



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

**SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Ord: 8989

Kandidat: 52

*ALT SOM FØR,  
MEN INGEN TING  
SOM DET VAR*

*Den største gaven jeg kan tenke meg å få*

*av mennesker*

*er at de ser meg,*

*hører meg,*

*forstår meg*

*og*

*tar på meg.*

*Den største gaven*

*jeg kan gi*

*er at jeg ser,*

*hører,*

*forstår*

*og*

*tar på*

*et annet menneske.*

*Når dette har skjedd*

*føler jeg at vi har skapt*

*kontakt*

*(Satir, 1980).*

## **Sammendrag**

Norsk

Bakgrunn: Hjerneslag ses på som en stor folkesykdom og er årsaken til over 15% av dødsfallene i Norge, hvor omtrent 15 000 personer dør hvert år. Sykdommen er den vanligste årsaken til alvorlig funksjonsnedsettelse og rammer pasienten både fysisk, psykisk og sosialt, og kan oppleves som en personlig krise. Det fokuseres lite på den kronisk sykes delproblemer, selv om symptomer på depresjon er veldig vanlig etter gjennomgått hjerneslag.

Hensikt: Tilegne meg kunnskap om hvilke tiltak jeg som sykepleier, i sykehus, kan ta i bruk for å forebygge tidlige symptomer på depresjon blant eldre slagrammede.

Metode: Oppgaven er bygd opp på et litteraturstudie.

Funn: Det kommer frem i studiene at emosjonelle symptomer er underdiagnostisert i norske slagenheter og at pasienten har behov for å skape en omsorgsfull relasjon med sykepleier i et mellommenneskelig forhold. Viktige sykepleietiltak viser seg å være informasjon, støtte, oppmuntring, motivasjon og håp for å opprettholde livskvaliteten til pasienter rammet av slag.

Nøkkelord: *"post-stroke depression", "nurs\*", "stroke", "depression", "older people" og "quality of life"*.

## **Abstract**

English

Background: Stroke is seen as a major national disease and the cause of over 15% of deaths in Norway, where about 15 000 people die each year. The disease is the most common cause of severe disability and affects the patient physically, mentally and socially, and can be experienced as a personal crisis. It focuses little on the chronic illness to partial problems, although symptoms of depression are very common after a serious stroke.

Purpose of the study: Assign me knowledge about what actions I, as a nurse in the hospital, can use to prevent the symptoms of depression among elderly stroke survivors.

Method: The assignment is based on a literature study.

Findings: It appears in the studies that emotional symptoms are underdiagnosed in Norwegian stroke units and that the patient has a need to create a caring relationship with the nurse in an interpersonal relationship. Important nursing action turns out to be information, support, encouragement, motivation and hope to maintain the quality of life of patients affected by stroke.

Keywords : *"post-stroke depression", "nurs\*", "stroke", "depression", "older people" and "quality of life"*.

# Innholdsfortegnelse

<b>INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
PROBLEMSTILLING.....	2
PRESISERING OG AVGRENSNINGER I OPPGAVEN.....	2
HENSIKT MED OPPGAVEN.....	2
OPPGAVENS DISPOSISJON .....	3
<b>BEGREPSMESSIG RAMMEVERK</b> .....	<b>4</b>
KRONISK SYKDOM .....	4
HJERNESLAG (APOPLEXIA CEREBRI) .....	4
DEPRESJON.....	4
HELSEFREMMEDE FOREBYGGING .....	5
KOMMUNIKASJON I RELASJONER OG INFORMASJON .....	5
STØTTE .....	7
MEDVIRKNING .....	7
HÅP .....	7
LIVSKVALITET .....	8
SYKEPLEIEFAGLIG PERSPEKTIV .....	9
<b>METODE</b> .....	<b>10</b>
<i>Kvalitative –og kvantitative forskningsmetoder</i> .....	10
LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	10
<i>Positive og negative sider ved litteraturstudie</i> .....	11
LITTERATURSØK OG VALG AV LITTERATUR .....	11
PRESENTASJON AV ARTIKLENE .....	12
KILDEKRITIKK.....	12
ETISKE ASPEKTER.....	13
<b>DRØFTING</b> .....	<b>14</b>
ALT SOM FØR, MEN INGEN TING SOM DET VAR.....	14
<i>Samtalens betydning for å skape en god mellommenneskelig relasjon</i> .....	14
<i>Informasjon for personer i en personlig krise</i> .....	17
<i>Støtte for å unngå symptomer på depresjon</i> .....	20
<i>Å bidra til medvirkning</i> .....	22
<i>Å opprettholde håp i en vanskelig tid</i> .....	24
<b>AVSLUTNING</b> .....	<b>26</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>I</b>
<b>VEDLEGG 1</b> .....	<b>V</b>
<b>VEDLEGG 2</b> .....	<b>VII</b>
<b>VEDLEGG 3</b> .....	<b>XII</b>

## **Innledning**

Apoplexia cerebri (Hjerneslag), også kalt cerebralt insult, er den tredje største dødsårsaken i Norge, hvor omtrent 15 000 dør hvert år, noe som tilsvarer 15% av alle dødsfall. Tilstanden kommer plutselig og skyldes sykdom i hjernen, eller halsens arterier og er den vanligste årsaken til funksjonsnedsettelse i Norge. Tilstanden rammer pasienten fysisk og sosialt, samt medfører ofte psykiske forandringer grunnet hjerneskaden som oppstår, samtidig som det er en reaksjon på det som har hendt. For pasienten oppleves et cerebralt insult ofte som en personlig katastrofe, hvor mange opplever nedsatt evne til å mestre sin nye situasjon, samt forvirring og fortvilelse hvor depresjon kan forekomme. Depresjon oppstår hos omtrent 20-40% av de slagrammede og medfører betydelig nedsatt livskvalitet(Wergeland, Ryen & Ødegård- Olsen, 2010; Røise, 2009).

## **Bakgrunn for valg av tema**

Det er både faglige og personlige grunner til valg av tema. Jeg har valgt temaet forebygging av depresjon blant slagrammede både fordi jeg synes det er spennende og fordi jeg synes det er et veldig viktig sykepleietiltak som får alt for lite oppmerksomhet. Hjerneslag er en stor belastning for pasienten og omkring en fjerdedel av slagpasientene opplever symptomer på depresjon og er underbehandlet(Lerdal, 2011). Med tanke på at fysisk –og psykisk helse ikke ekskluderer hverandre gjør dette helhetlig sykepleie til en utfordring. Sykepleier er en sentral ressurs i tiden etter slaget, noe som krever oppdatert kunnskap og kompetanse. Sykepleiers viktigste oppgave er å hjelpe pasienten til å gjenvinne mestring av egen livssituasjon(Hummelvoll, 2006).

Jeg har erfaring fra somatisk avdeling og slagpost, hvor jeg kom i møte med den slagrammede. Mange av de slagrammede uttrykker at de ser på seg selv som en byrde for samfunnet. En opplevde ofte at pasienten var trett, umotivert, nedstemt og frustrert. Som sykepleier er det viktig å vite hvilke tiltak som kan iverksettes for å få frem lyster og gleder i pasientens liv, men slike tiltak er lite kjente. Det var veldig lærerikt å arbeide med denne pasientgruppen og se hvordan de på best mulig måte prøvde å mestre sin nye livssituasjon. Dette vekket min interesse med tanke på hvordan jeg som sykepleier tidlig i forløpet kan

hjelpe pasienten til å unngå depresjon ved å forebygge tidlige symptomer. Jeg vil vite mer om hva litteraturen sier om depresjon etter slag og hva en kan gjøre for å forebygge dette.

## **Problemstilling**

Ved å fokusere på livet etter slag med tanke på depresjon er det ønskelig å sette fokus på problemstillingen:

*”Hvordan kan sykepleier bidra til forebygging av depresjon hos eldre slagrammede”.*

Problemstillingen vil besvares med utgangspunkt i sykepleievitenskapelig litteratur og forskning. Problemstillingen er relevant og stiller et faglig interessant spørsmål. Den er kort og presis og omfatter en veldig konkret men stor pasientgruppe. Problemstillingen omhandler pasientens psykiske helse som ett ledd i det å oppnå fullkommen helse, noe som viser til helhetlig sykepleie, som igjen er veldig aktuelt i sykepleieryrket.

## **Presisering og avgrensninger i oppgaven**

I oppgaven tas det utgangspunkt i slagpasienter over 60 år, generelt uten å dele inn i kjønn, fordi apoplexia cerebri rammer begge kjønn. Fokuset vil være på slagpasienter i sykehus, hvor de er innlagt på rehabiliterende slagenheter første tiden etter gjennomgått hjerneslag. Her vil jeg fokusere på den psykiske dimensjonen av rehabiliteringen. I oppgaven utelukkes forskjellen på høyre -og venstresidig hjerneslag og hvilke forskjeller de to utfallene medfører, samt fysisk –og medikamentell behandling, først og fremst fordi dette blir for omfattende.

Hovedfokuset vil være på hvordan sykepleier kan bidra til å motvirke depresjon og opprettholde pasientens livskvalitet.

## **Hensikt med oppgaven**

I følge de etiske retningslinjene for sykepleier sier punkt 5,4 at sykepleieren skal bidra til fagutvikling og forskning, og at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis (Brinchman, 2007.) Hensikten med denne oppgaven er å utvide mine kunnskaper om depresjon relatert til hjerneslag og hvordan sykepleier kan bidra til forebygging av depresjon. Utvidet kunnskap omkring emnet vil gi økt forståelse, som igjen gjør det lettere for sykepleier å finne konkrete forebyggende tiltak i relasjon med pasienten.



Hensikten med oppgaven er primært å finne metoder og tiltak som kan bidra til å forebygge depresjon og dermed gi økt livskvalitet til eldre pasienter med gjennomgått slag. Sekundært å vise til at forebygging av depresjon effektiviserer den videre behandlingen. Benner og Wrubler mener blant annet at fysisk rehabilitering bare dekker enkelte deler av pasientens behov for rehabilitering og at det tas for lite hensyn til pasientens behov for psykisk støtte(Konsmo, 1998).

### **Oppgavens disposisjon**

Første del av oppgaven tar utgangspunkt i bakgrunn for valg av tema, valgt problemstilling, avgrensninger og hensikten med oppgaven. Videre følger det teoretiske rammeverket hvor de ulike teorier og sykepleieperspektiv bli presentert. Begrepene jeg velger å ta utgangspunkt i er kronisk sykdom, hjerneslag, depresjon, helsefremmende forebygging, støtte, medvirkning, håp, kommunikasjon i relasjon og livskvalitet. Metodedelen viser til anvendt metode, litteratursøk og valg av litteratur, kildekritikk og etiske aspekter. Oversikt over anvendte artikler og søkemotorer blir lagt med som vedlegg. I drøftedelen vil de viktigste funnene i artiklene drøftes opp mot litteraturen og knyttes opp mot egne erfaringer fra praksis. Avslutningen blir en oppsummering av funnene som er gjort.

# Begrepsmessig rammeverk

## Kronisk sykdom

Kronisk sykdom er en tilstand det er vanskelig å definere. Ut fra en undersøkelse gjort av statistisk sentralbyrå hvor voksne i den norske befolkningen har vurdert egen helse i et intervju vises det til at 57% av de som deltok i undersøkelsen hadde en kronisk sykdom(Statistisk sentralbyrå, 2008). Kronisk sykdom gjør at livet endrer seg både for den som blir syk og for de som står personen nær. Sykdommen tar over hverdagen og setter grenser for livsutfoldelse (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). WHO definerer helse som; *”Fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær fra sykdom og lidelse”*, det vil da være opp til deg selv å vurdere hvor nær du er dette idealet(Kristoffersen et al., 2005. s.39).

## Hjerneslag (Apoplexia cerebri)

Hjerneslag er en av de mest utbredte og alvorlige sykdommene blant gamle og en av de viktigste årsakene til funksjonsnedsettelse, sykelighet og død(Kirkevold, 2008). Hjerneslag inntreffer når hjernevevet i hjernen får for lite blod. Området i hjernen som forsynes av disse årene kan dermed dø av mangel på næring og oksygen. Symptomer og tegn på hjerneslag avhenger av hvor i hjernen skaden oppstår. De vanligste nevrologiske utfallene er ensidig lammelse, følelsetap, taleforstyrrelser, synsforstyrrelser, svimmelhet, svelgevansker, bevisstløshet, desorientering, dårlig balanse og samordning av bevegelse. Det er en livstruende tilstand som krever øyeblikkelig behandling(Wergeland, Ryen & Ødegård- Olsen, 2010; Røise, 2009).

## Depresjon

Depresjon er en følelsmessig reaksjon på sorgen etter et tap. Depresjon er en tilstand som karakteriseres ved redusert stemningsleie, økt tretthet og nedsatt lyst og interesse. Andre ting som kan være tegn på depresjon er nedsatt selvtillit, konsentrasjonsvansker, skyldfølelse, psykomotoriske forstyrrelser, søvnforstyrrelser, nedsatt appetitt eller vekttap. Risikoen for utvikling av depresjon påvirkes av psykologiske eller sosiale belastninger(Skårderud, Haugsgjerd & Stanike, 2010). Eldre mennesker utsettes for mange påkjenninger og de

vanligste utløsende årsakene til depresjon er dødsfall, stress eller funksjonssvekkelse grunnet somatisk sykdom. Vedvarende belastninger, et liv i isolasjon, mye selvkritiske holdninger og kroniske sykdommer kan ofte være grunnen til at depresjon holdes ved like og er langvarig (Moksnes, 2010).

Et menneske er deprimert når det opplever seg selv som mislykket uten at en ser en mulighet for at ting kan bli bedre. Depresjon utvikler seg ofte hos pasienter som befinner seg i vanskelige livssituasjoner. Jo mer pregende depresjonen er, desto mindre vil pasienten formidle av egne tanker og opplevelser, og desto mer vil det prege livssituasjonen. Dette medfører at pasienten ikke er i stand til å se lyspunkter i livet. Pasienten opplever ofte dette som en personlig krise, hvor en ikke er i stand til å benytte seg av vanlige og kjente metoder for å komme frem til løsninger i aktuelle situasjoner (Håkonsen, 2009). Med krise menes

*”Den psykologiske reaksjonen mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger i en vanskelig situasjon”* (Håkonsen, 2009. s. 276 ). Slike kriser utløses vanligvis av situasjoner hvor pasienten opplever tap eller krenkelse og som virker livstruende på individets integritet, selvforståelse og kontinuitet i livet (Håkonsen, 2009).

### **Helsefremmende forebygging**

I denne oppgaven vil forebygging av depresjon stå i fokus. Forebygging tar utgangspunkt i å bygge opp, i forkant, for å forhindre negativ utvikling. Tiltak bygges opp som en barriere for å hindre eller svekke uønsket utvikling. Primærforebyggende tiltak kan forhindre at skade eller uønskede tilstander oppstår. Sekundærforebyggende tiltak kan forhindre at de utvikles videre og teriærforebyggende tiltak kan bidra med å sette i verk tiltak for ytterligere hjelp til mennesker med problemer. Forebygging handler derfor om å fremme psykisk og fysisk helse, samt sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade (Helsedirektoratet, 2011).

### **Kommunikasjon i relasjoner og informasjon**

Kommunikasjon brukes i følge Travlebee (1999) av sykepleier til å informere og motivere den syke og bidrar til å skape et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon binder mennesker sammen. Alle mennesker har evne til å kommunisere og det er noe vi gjør hele

tiden. Gjennom ord, stemme, ansiktsuttrykk og blikk formidler vi oss selv til hverandre. Den relasjonen to personer har, preger kommunikasjonen som foregår. Grunnleggende kommunikasjon er basert på å lytte til andre, skape gode og likeverdige relasjoner, strukturere en samtale, formidle informasjon og samarbeide for å finne løsninger(Eide & Eide, 2004). I fagartikkelen påpeker Anderson og Marlett(2004) at den dyktigheten og innsatsen vi legger inn i vår kliniske kommunikasjon gjør inntrykk på våre pasienter.

God kommunikasjon mellom sykepleier og pasient vil i følge sykepleieteoretiker Travlebee(1999) bidra til at informasjonen som blir gitt blir forstått. Alle pasientgrupper har behov for informasjon gjennom kommunikasjon, noe som kan by på store utfordringer både for pasient og helsepersonell. Studiet av Kavlie(1994) viser til at flere pasienter mener de får for lite informasjon i sykehuset og at dette gjorde at de følte seg utrygge når de kom hjem. Profesjonell hjelpende kommunikasjon har som hensikt å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse(Eide & Eide, 2007).

Molven (2009) skriver at sykepleier må legge til rette for åpen og god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier for å sikre pasienten medvirkning og informasjon. Informasjon vil være viktig for pasienten grunnet manglende kunnskap omkring sykdom, utredning, symptomer, behandling og pleie. Hjerneslag er en akutt situasjon som pasienten havner oppi, helt uventet uten noen form for forberedelse, når en da ender på sykehuset vil en oppleve mange nye inntrykk og konkret informasjon vil da være nødvendig, selv om pasienter i denne fasen gjerne bare har moderat effekt av informasjonen. Kirkevold(2008) hevder at en viktig sykepleieoppgave vil være å hjelpe pasienten til å forstå den situasjonen de har havnet i, dette gjennom saklig informasjon.

Viser til pasientrettighetsloven(1999) § 3-2, Pasientens rett til informasjon:

*”Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger”.*

Og pasientrettighetsloven(1999) § 3-5, som tar utgangspunkt i informasjonens form:

*”Informasjonen skal være tilpasset mottakers individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur –og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene”.*

## **Støtte**

Sykepleiers støttende funksjon vil i følge Wergeland, Ryen og Olsen(2010) være å skape tillit og trygghet, slik at pasienten forebygger depresjon ved å opprettholde håpet. Dette ved å gi konstruktiv ros og oppmuntring, støtte og ledsage pasienten, samt bidra til å styrke pasientens selvbilde, verdighet, integritet og motivere og hjelpe pasienten til å opprettholde sitt sosiale nettverk. Sykepleie må i følge Kirkevold(2008) inneholde målrettet støtte og veiledning som oppmuntrer og motiverer til å se fremover. I følge Brataas(2003) kan støtte fra andre mennesker være en ressurs når en opplever situasjoner som er fysisk krevende og belastende. Støtte kan bidra til å gi pasienten kunnskap omkring hvordan en kan håndtere ulike situasjoner og bidra til økt mot, noe som medfører at pasienten blir i stand til å tenke og handle mer selvstendig, som igjen bedrer livskvaliteten. Ved å oppfordre en pasient til å se fremover vil det oppmuntre pasienten til å arbeide videre mot sine mål(Eide & Eide, 2007).

## **Medvirkning**

Medvirkning er oppbygd på prinsippet om å vise respekt for pasientens integritet og autonomi. Det handler om å la pasienten få være med å bestemme over den psykiske –og fysiske behandlingen som angår en selv som person. Som sykepleier er en derfor pliktet til og gi informasjon, samt undervise og veilede pasienten i henhold til sykdom og behandling, slik at pasienten er opplyst om egen helsetilstand og helsehjelpen(Molven, 2010).

*Pasientrettighetsloven §3-1 viser til at: "Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen"*(Molven, 2010. s. 148).

Derimot er ikke retten pasienten har til å medvirke en plikt, en kan selv bestemme hvor mye en vil være involvert og samarbeide. Retten til medvirkning omfatter alle terapeutiske valg. Dersom pasienten ikke har evne til og gi og motta informasjon og derfor ikke har samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke(Molven, 2010).

## **Håp**

Håp blir betraktet som følelsen av at det er en vei utenfor vanskelighetene og knyttes til mestring av kronisk sykdom, samtidig som det er en viktig faktor for å fremme livskvalitet. Kronisk sykdom medfører ofte tap av kontroll, selvfølelse, sikkerhet, kontroll og sosiale relasjoner. På grunn av disse omfattende tapene vil pasienten grunnet sin uforutsigbare fremtid gjerne oppleve håpløshet, håp bidrar da til at pasienten får styrke til å mestre selv om

en opplever tap, tragedier, nederlag, ensomhet og lidelse. Håp knyttes ut fra dette til mestring av kronisk sykdom, og er en avgjørende faktor for at pasienten ikke gir opp (Rustøen, 2009). I følge Travlebee (1999) blir håp sett på som en motiverende faktor i menneskelig adferd. Begrepet håp fokuserer på fremtiden i følge Lohne og hjelper pasienten å oppleve trygghet og velvære til tross for sykdom. Sykepleiers funksjon for å fremme håpet vil i følge Lohne være å hjelpe pasienten til å utvikle nye kunnskaper, holdninger og ferdigheter. Forfatteren beskriver håpet som en drivkraft som aktiverer styrke og mot hos pasienten (Lohne, 2010). I henhold til Travlebee (1999) er håp den viktigste faktoren for at et menneske skal klare å bære byrden av en sykdom/lidelse. I motsetning til håp kan håpløshet bringe frem negative forventninger som begrensninger og hjelpeløshet som medfører at pasienten gjerne gir opp og føler at de ikke har noe å se frem til. Travlebee (1999) påpeker at dersom en er i stand til å oppleve håpløshet må en tidligere i livet ha opplevd håp for så å miste det.

## **Livskvalitet**

Begrepet livskvalitet har i sykepleieforskning vært knyttet til psykologisk, fysisk, sosialt, mellommenneskelig, økonomisk og materielt velvære. Livskvalitet vil derfor være subjektivt og det er bare du som individ som kan vurdere hvor godt du har det. En kan oppleve god helse og livskvalitet selv om en er syk, men sykdom kan også påvirke livskvaliteten på en negativ måte. Det handler derfor om å lære seg å mestre de ulike belastninger og begrensninger sykdom medfører (Rustøen, 2009).

WHO definerer livskvalitet som:

*”En persons oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kultur og det verdssystem du lever i, i en relasjon til egne mål, forventninger, normer og interesser”* (Kristoffersen, et al., 2005. s. 48).

## Sykepleiefaglig perspektiv

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke Travlebees(1999) teoretiske perspektiv med tanke på menneske-til-menneske-forholdet. Teoretikeren sier at kommunikasjon er det viktigste redskapet for å kunne hjelpe mennesker til å mestre sykdom og lidelse. Travlebee betrakter sykepleie som:

*”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleier hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om finne mening i disse erfaringene”*(Travlebee, 1999. s. 29).

I tillegg påpeker hun at en skal være bevisst på at hver situasjon er ulik og at det ikke finnes noe oppskrift for å kunne skape et bånd mellom sykepleier og pasient. Hun mener derfor at det er viktig å fokusere på det innledende møte, fremvekst av identiteter, ta del i pasientens tilstand der personen befinner seg her og nå og vise sympati. Dette bidrar til å skape en relasjon med gjensidig kontakt og forståelse mellom sykepleier og pasient(Travlebee, 1999).

Travlebees teori beskriver også hvordan pasienten kan finne mening i lidelsen som en erfaring en kan vokse på, både personlig og åndelig. Som sykepleier kan en bidra til å skape og bevare håp og motivasjon gjennom samtaler, samt ved å gi veiledning og informasjon til pasienten på en ærlig og respektfull måte. Travlebee beskriver hvordan relasjonen mellom sykepleier og pasient utvikler seg til det beste for pasienten, i det hun kaller et ”menneske-til-menneske-forhold”(Travlebee, 1999).

## Metode

Metode handler om å velge hvilken framgangsmåte en vil ta i bruk for å undersøke og samle inn ulike data for å få den informasjonen en har behov for. Dette for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Metode er det viktigste redskapet en har for å finne informasjonen som trengs for å undersøke noe (Dalland, 2007). I flere sammenheng har metode blitt definert som:

*”En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer for å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formål, hører med arsenalet av metoder”* (Dalland, 2007. s. 83).

Metode er i hovedsak det redskapet en bruker for å samle inn data, finne kunnskap og informasjon som en tar i bruk i undersøkelser eller forskning. Bakgrunn for valg av metode er at den gir konkret data og kan belyse problemstillingen på en faglig og interessant måte. For at andre skal kunne vurdere verdien av kunnskapen har forskerne ansvar for å redegjøre for de valgene som er tatt, samt følge spesifikke regler for at undersøkelsen skal bli karakterisert som forskning (Dalland, 2007).

### **Kvalitative –og kvantitative forskningsmetoder**

Metode kan deles inn i kvalitative –og kvantitative forskningsmetoder. Disse metodene gir informasjon på ulike måter, selv om det finnes grunnleggende likheter mellom kvalitative og kvantitative studier, med tanke på at begge har som formål å bedre forståelsen i samfunnet basert på hvordan enkeltmenneske, grupper og institusjoner samhandler med hverandre. Videre påpekes det at forskjellen på kvalitative og kvantitative studier er at kvantitativ metode former kunnskapen til målbare enheter gjennom data, tall og mengde, som gjør at vi blant annet kan regne ut gjennomsnittet. Kvalitativ metode derimot tar utgangspunkt i sosiale prosesser eller sammenheng og fanger opp opplevelser og meninger som ikke kan måles i tall. Dette viser til at de gir informasjon på ulike måter (Dalland, 2007).

### **Litteraturstudie som metode**

Denne oppgaven tar utgangspunkt i litteraturstudie som metode. I litteraturstudiet kan en ta i bruk forskningsartikler, tidsskrifter, pensumlitteratur, praksiserfaringer og annen litteratur som er aktuell for tema og problemstilling. Den kunnskapen vi tilegner oss gjennom aktuell litteratur blir brukt til å drøfte opp mot problemstillingen. Litteraturstudie som metode vil



bidra til å styrke sykepleiers kompetanse, med tanke på søk etter relevant forskning og litteratur(Dalland, 2007).

Litteraturstudiet innebærer i hovedsak å søke kritisk, systematisk og sammenligne litteratur omkring valgt emne. Gjennom et litteraturstudie kan en finne svar på problemstillingen gjennom eksisterende litteratur som lærebøker, forskningsartikler og offentlig godkjent informasjon. Kriteriet for å gjennomføre et slikt studie er at det finnes tilstrekkelig informasjon og tidligere forskning omkring emnet(Fosberg & Wengstrøm, 2008).

### **Positive og negative sider ved litteraturstudie**

Det finnes både positive og negative sider ved et litteraturstudie. Det positive er at en får tilegne seg godkjent og etisk kunnskap gjennom eksisterende litteratur og forskning om det temaet en velger å skrive om. Samt at en kan tilegne seg mye informasjon på kort tid og dermed får god innsikt i det gjeldende temaet. Metodens svakheter er derimot den litteraturen og forskningen man velger å bruke. Med tanke på at min oppfatning brukes til å tolke et allerede tolket materiale, dette kan medføre at det allerede tolkede materialets opprinnelige tolkning blir feiltolket. Innhenting av relevant forskning kan da medføre et dårlig resultat på oppgaven. Litteraturens funn, rammer, påstander og konklusjoner kan også være en svakhet ved studiet(Fosberg & Wengstrøm, 2008).

### **Litteratursøk og valg av litteratur**

I følge Nortvedt(2007) er formålet med et litteratursøk å se hvilken kunnskap som allerede er oppdaget relatert til egen problemformulering. Her vil måten en velger å søke på ha stor betydning for resultatet av funnene i de ulike studiene. Det handler derfor om å ha en god søkestrategi. Mengden av relevant litteratur er ofte stor og må begrenses til fokusområdet i oppgaven.

*”En god sykepleier integrerer kunnskap fra forskning sammen med sin erfaringsbaserte kunnskap og sine ferdigheter på en slik måte at pasienten får optimal sykepleie”*(Nortvedt, 2007. s.15).

For å finne relevant litteratur til oppgaven i tillegg til pensum har jeg tatt i bruk biblioteket på høgskolen og brukt skolens databaser/søkemotorer. Jeg fant flere bøker som omhandlet kronisk sykdom, hjerneslag og depresjon som jeg kunne bruke som en del av oppgaven. Databaser som er brukt er: PubMed, CINAHL, Vård i Norden og Journal of Advanced Nursing(JAN). Databasene med de beste artiklene rettet mot min problemstilling var

CINAHL og JAN. Jeg brukte søkeordene “stroke”, “communication”, “nurs\*”, “depression”, “post-stroke depression” “older people” og “quality of life”. Jeg brukte kriterier som full tekst, alder over 60, søk kun i sykepleiejournaler og årstall fra 2002 til dags dato, for å finne den nyeste forskningen innen emne.

CINAHL var den søkemotoren som gav flest relevante artikler, og det er derfor de fleste artiklene kommer fra denne siden. Til å begynne med fikk jeg frem flere artikler som så ut til å være relevante for min problemstilling. Ved videre gransking fant jeg ut at flere av artiklene var irrelevante, disse ble derfor ekskludert. Jeg fant noen gode artikler etter å ha lest gjennom sammendraget, men har valgt de mest sentrale for min problemstilling. Disse vil jeg vil fokusere videre på i drøftingen.

*Søk i CINAHL og JAN legges med som vedlegg 1.*

### **Presentasjon av artiklene**

Gjennom søk i databasene fant jeg fort ut at det var forsket lite på akkurat det jeg hadde valgt å fokusere på i oppgaven. Flere av artiklene omhandler i hovedsak livet etter slag, hvor pårørende, pasienten selv og helsepersonell viser til hva som kunne vært bedre og hva som var nødvendig i den akutte fasen for å bedre den slagrammedes livskvalitet.

*For utfyllende oversikt over anvendte forsknings og fag artikler se vedlegg 2 og 3.*

### **Kildekritikk**

I følge Dalland(2007) er kildekritikk de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann og dette betyr at en vurderer og karakteriserer den litteraturen som blir benyttet i oppgaven. For å kunne fastslå at informasjonen jeg har brukt er av god kvalitet må en se på om den er relevant og gyldig i forhold til valgt problemstilling. Kildekritikk viser til at det stilles kritiske krav til materialet som tas i bruk i oppgaven(Dalland, 2007). Litteratur er ofte sekundærkilde til et annet materiale, dette viser til at materialet allerede er bearbeidet av andre. For å få best mulig referanser vil det lønne seg å søke frem primærkilden, selv om dette ikke alltid er like lett. Litteratur kan være relevant selv om den er gammelt, men nyere forskning og litteratur anbefales for at kunnskapen og kompetansen skal være mest mulig oppdatert. Jeg har prøvd å holde meg innenfor en ramme på maksimalt 10 år, selv om jeg har tatt i bruk noe eldre forskning og litteratur grunnet dets relevans til oppgaven.

## **Etiske aspekter**

Etikk er teori om moral, noe som viser til regler og retningslinjer for hva som er rett og galt i konkrete handlinger (Brinchmann, 2007). I oppgaven tas det utgangspunkt i andres forskning, meninger og synspunkter, en må derfor fremstille litteraturen korrekt og henviser til brukte kilder for å unngå plagiat. Etisk forsvarlighet er stilt som krav både innenfor forskning og fagutvikling (Bjørk & Solhaug, 2008). Det er viktig at en tar utgangspunkt i vitenskapelige artikler som er godkjent av etisk komite eller er vurdert i forhold til de etiske prinsippene. Ikke alle artiklene viser til at de er godkjent av etisk komite, men artikler som er godtatt og publisert i anerkjente tidsskrifter er etter min vurdering etisk forsvarlige artikler som jeg har tatt i bruk i oppgaven. Høyskolens retningslinjer for kildebruk og referanser er lagt til grunn i besvarelsen, der jeg har forsøkt å skille mellom hva som er mitt eget og forfatterens.

## **Drøfting**

### **Alt som før, men ingen ting som det var**

I denne drøftingsdelen tar jeg for meg hovedfunnene i studiene og drøfter opp imot relevant litteratur for å komme frem til hvordan sykepleier kan bidra til å forebygge depresjon blant eldre slagrammede i sykehus. Funnene i studiene går mye inn i hverandre og viser til mye av det samme. Jeg har derfor valgt å trekke ut noen sentrale tema som vist nedenfor, som vil gi helsefremmende gevinst med tanke på å forebygge depresjon.

- Samtalens betydning for å skape en god mellommenneskelig relasjon
- Informasjon for personer i en personlig krise
- Støtte for å unngå symptomer på depresjon
- Å bidra til medvirkning
- Å opprettholde håp i en vanskelig tid

### **Samtalens betydning for å skape en god mellommenneskelig relasjon**

Engman og Lundgren(2009) viser i studiet til at pasienten ønsker en dypere relasjon med sykepleier. Eide og Eide påpeker i litteraturen viktigheten av å etablere en god relasjon for å skape trygghet og tillit mellom pasient og sykepleier, slik at kommunikasjonen blir så optimal som mulig. Felles for all samtale er den innledende delen som er viktig for å etablere en mellommenneskelig relasjon som skaper tillit og trygghet. Relasjonen mellom to mennesker preger den kommunikasjonen som foregår. Det handler om å lytte til andre og skape en strukturert samtale hvor en kan formidle informasjon og jobbe sammen for å finne løsninger(Eide & Eide, 2007). Travlebee(1999) beskriver menneske-til-menneske-forholdet som en relasjonskapning. Forfatteren viser til at en må se på mennesket en samhandler med som unikt for å kunne skape en relasjon. Dette er ikke alltid like lett i en travel hverdag, i praksis opplever en ofte at alle pasienter blir behandlet likt etter et ”fast oppsett”. En ser gjerne ikke enkeltindividets behov, men utfører en standard prosedyre for å innhente den informasjonen en har behov for.

Engman og Lundgren viser til at selv om pasientene opplevde sykepleierne som snille og hjelpsomme ble de likevel usynlige for pasienten. De ønsket å opparbeide et forhold til få personer som kjente dem og som de dermed kunne vise tillit til. Det å vite at noen kjenner ens situasjon og som tar seg tid til å høre på det en grubler over uttrykte pasienten som en viktig del av omsorgen(Engman & Lundgren, 2009). Travlebee(1999) påpeker at sykepleier formidler omsorg gjennom kommunikasjon. Kitzmüller(2007) viser i studiet til at sykepleier som følger pasienten over tid har bedre evne til å lykkes i samhandling med pasienten, og at pasienten da opplever å føle seg respektert og forstått. På denne måten er det mulig å få frem dypere tanker og følelser hos pasienten. Dette uttalte sykepleierne, i studiet til Engman og Lundgren(2009), at de ikke hadde tid til. Min erfaring fra praksis er at litt ekstra omtanke i en travel hverdag blir sett på som god omsorg av pasientene og bidrar til trygghet og tillit.

I studiet til Engman og Lundgren(2009) uttrykte pasientene at de hadde behov for at sykepleierne tok seg tid til dem, ikke lang tid, bare noen minutter til å føre en personlig dialog. Nortvedt(2006) hevder i fagartikkelen at samtalen mellom pasient og sykepleier mer eller mindre dreier seg om informasjonsutveksling omkring pasientens sykdom, problemer og behov. En behandler ofte pasientene etter faste rutiner i stede for å tilpasse seg hvert enkelt individ. Travelbees(1999) teori handler om å se hvert menneske som et unikt individ ikke bare en sykdom. Nortvedt (2006)viser til viktigheten av konkret og strukturert informasjon, samtidig som en ikke må glemme pasientens behov for uformelle samtaler om egne tanker og følelser omkring tapsopplevelse, sårbarhet, nedstemthet, håp og hva som er det ”gode liv” for pasienten.

Kvåle(2006) fremhever i studiet at det ikke er den tidskrevende og vanskelige samtalen pasienten forventer, men at de ønsker å bli hørt og sett. Bekreftende kommunikasjon er et tiltak som i henhold til Eide og Eide kan være avgjørende for å skape en god relasjon, ved å bekrefte at du lytter og er interessert. Ved bruk av verbal og nonverbal kommunikasjon kan en med bekreftende, medfølende, oppmuntrende strofer og kroppsholdning styrke pasientens selvfølelse, samtidig som det vil fylle et eksistensielt og psykologisk behov for tilknytning til deg som sykepleier. Å oppleve at noen tar seg tid til å lytte på det du har på hjertet stimulerer pasienten til å prate om sine tanker og følelser, noe som er hensiktsmessig for sykepleier for å få innsikt i pasientens helsetilstand med tanke på videre hjelp og støtte(Eide & Eide, 2007).

I studiet til Engman og Lundgren(2009) kom det frem at pasientene ikke ble hørt eller sett før de oppsøkte pleierne ved å ringe på dem. Travelbee(1999) hevder at det er den profesjonelle sykepleiers oppgave å hjelpe, uten å bli bedt om det. I følge Heggdal(2003) er det helsepersonellets oppgave å vise tilgjengelighet og oppmerksomhet, samt gi pasienten mulighet til å bestemme selv om en er interessert i dialog omkring kroppslige endringer. Kirkevold(1997) beskriver i sin forskning at den trøstende funksjonen er et viktig sykepleietiltak og at den viktigste oppgaven innen denne funksjonen er sykepleiers ansvar til å etablere et tillitsfullt forhold til pasienten, dette hjelper pasienten med tilrettelegging av sorgprosessen, fremmer håp og motvirker depresjon. Travelbee(1999) sier at kommunikasjon er en gjensidig prosess hvor sykepleier innhenter informasjon, mens pasienten tar imot informasjonen for å få svar på spørsmål en sitter inne med.

I forskningsstudiet til Lynch, Butt, Heinemann, Victorson, Nowinski, Perez & Cella kom det frem at slagpasienten kan oppleve ekstreme følelsesmessige reaksjoner grunnet kommunikasjonsvansker. Nedsatt evne til å kommunisere med fagfolk oppleves som ydmykende. I motsetning til pasientenes utsagn ser ikke sykepleierne på dette som et problem(Lynch et al., 2008). Mens i følge Kirkevold(2008) kommer det frem at også profesjonelle helsearbeidere ofte føler seg utilstrekkelige i samtale med den slagrammede pasienten. I praksis opplever en gjerne at pasienten har det tungt og ønsker å snakke, men at en som helsepersonell overser det på grunn av at en ikke vet hva en skal si eller svare, og for at en gjerne er redd for å ikke forstå pasienten eller selv å bli mistolket. En unngår dermed denne viktige samtalen for å slippe å komme opp i ubehagelige situasjoner. Slagpasienten opplever da å sitte igjen med sine tanker og følelser alene, noe som kan medføre nedstemthet. I motsetning til dette viser studiet av Sundin og Jansson(2003) til at sykepleiers holdning bar preg av å prøve å forstå pasienten som person. De tok seg tid til å vise interesse for pasienten for så å kunne vurdere hvordan hver enkelt pasient opplevde sin situasjon. De vektla sykdommen men fremhevet individets unike personlighet, noe som medførte bedret livskvalitet.

Engman og Lundgren(2009) hevder at pasientene opplevde sykepleierne som diffuse og ønsket en nærere og mer personlig relasjon med noen av dem, slik at de kunne få støtte i sin vanskelige tid. Nortvedt(2006) hevder i fagartikkelen at samtalen mellom pasient og sykepleier mer eller mindre dreier seg om informasjonsutveksling omkring pasientens sykdom, problemer og behov. En behandler ofte pasientene etter faste rutiner i stedet for å

tilpasse seg hvert enkelt individ. Travelbees(1999) teori handler om å se hvert menneske som et unikt individ ikke bare en sykdom. Nortvedt viser til viktigheten av konkret og strukturert informasjon, samtidig som en ikke må glemme pasientens behov for uformelle samtaler omkring egne tanker og følelser(Nortvedt, 2006). Pasienten har i følge Kvåle(2006) behov for samtale som får tankene deres på annet enn sykdommen de er rammet av. Kitzmüller(2007) fremhever i studiet at pasienten verdsatte at sykepleier pratet om andre ting i livet enn selve sykdommen, de opplevde da å føle seg som et ”helt menneske”.

Samtalen i sin helhet er i følge forskningen til Ginkel, Gooskens, Schuurmans & Hafsteinsdottir(2010), et tiltak med forebyggende effekt på depressive symptomer. Lerdal(2011) viser i fagartikkelen til viktigheten av å være sensitiv over symptomer og tegn på depresjon for tidlig å kunne forebygge dette. I henhold til Fure(2007) i fagartikkelen kan pasientens egen rapportering i kommunikasjon med sykepleier bidra til å gi et konkret bilde av pasientens emosjonelle tilstand. Kirkevold påpeker at sykepleier har en viktig rolle med tanke på å identifisere hvilke pasienter som har symptomer på depresjon, dette kan komme frem i samtalen mellom pasient og sykepleier. Sykepleier er i kontakt med pasienten mer enn de fleste andre og har derfor god mulighet til å observere og samtale med pasienten. Dersom noe fungerer dårlig har en mulighet til å prate med pasienten for å komme frem til hva som gjør at nettopp dette ikke fungerer. Ved at pasienten opplever sykepleier som en støttespiller en kan uttrykke sine følelser og behov til, kan de sammen komme frem til realistiske mål for pasienten(Kirkevold, 2007). Her vil Travelbees(1999) menneske-til-menneske-forhold være relevant for å skape en tillitsfull relasjon slik at pasienten åpner seg og forteller sykepleier hvordan en har det. Dette blir mye praktisert i praksis og får pasienten til å uttrykke seg på en fortrolig måte til deg som sykepleier. Kirkevold hevder at pasientens psykiske tilstand må være stabilisert før den fysiske treningen kan stå i fokus. Bedring av pasientens psykiske helsetilstand medfører at håpet om å gjenoppta livet slik det var før slaget økes(Kirkevold, 2008). Ved å lytte, bekrefte og vise tilstedeværelse vil det i følge Kvåle(2006) bli sett på som god omsorg.

### **Informasjon for personer i en personlig krise**

Backe, Larsson & Fridlund(1996) viser til at i den første tiden etter slaget er pasientens evne til å motta informasjon delvis blokkert. Pasienter som rammes av hjerneslag har ofte behov for spesielle hensyn med tanke på informasjon. I følge Pessah- Rasmussen(2007) rammes

mange slagpasienter av kommunikasjonsforstyrrelser og hele 20-40% av afasi. Dette kan medføre at pasientens evne til å være oppmerksom, lære, tenke logisk og ta initiativ kan være nedsatt. Bjøro og Kirkevold påpeker at sykepleier derfor må tenke på hvordan en ordlegger seg når en gjennom kommunikasjon skal informere pasienten. Hjerneslag er en akutt fase som gjerne medfører avvikende konsentrasjonsevne, slik at pasienten lett glemmer slike situasjoner. Pasienten har heller ikke forutsetninger for å forstå sykepleiers fagspråk, noe som kan medføre unødvendig usikkerhet hos pasienten. Det er en forutsetning at informasjonen er lett å forstå, og en fordel er å gi informasjonen både muntlig og skriftlig, hvor det er viktig å utelukke fagord –og uttrykk(Bjøro & Kirkevold, 2005). I praksis opplever en ofte at personalet uttrykker seg på en måte som for andre i samme yrke virker veldig logisk og forklarende, men som for pasienten kan være ukjent og skremmende. En opplever da at informasjonen ikke blir mottatt på den måten at den blir forstått, noe som kan medføre usikkerhet omkring egen livssituasjon, som igjen hos noen kan være en faktor for å utvikle depresjon.

Backe et al.(1996) viser i sin forskning til at viktige sykepleietiltak vil være korte, hyppige og konkrete samtaler med pasienten og at det er enighet mellom pasientens eget ønske og sykepleiers mål, samt at en bidrar til å skape og bevare håp og motivasjon gjennom samtaler ved å gi informasjon til pasienten på en ærlig og respektfull måte. Sneltvedt(2005) skriver at det er sykepleiers oppgave å sikre at pasienten har mottatt og forstått informasjonen som gis. I henhold til pasientrettighetsloven(1999) har pasienten rett til individuelt tilpasset informasjon og sykepleiers viktigste oppgave er å sikre at informasjonen blir forstått. For at pasienten skal ha bedre mulighet til å ta imot informasjonen som gis, vil en i praksis utføre samtalen i rolige og trygge omgivelser, bruke god tid og vise tålmodighet, slik at pasienten får tid til å uttrykke seg. Dette medfører at pasienten blir oppmuntret til å åpne seg og prater med deg som sykepleier, noe som bidrar til at informasjonen blir forståelig og meningsfull.

Kvåle(2006) hevder at ved å gi informasjon, vil pasienten oppleve trygghet og kontroll over egen livssituasjon, noe som er grunnleggende for å kunne mestre det å ha en kronisk sykdom. God informasjon har i følge Brataas(2003) positiv effekt både på lang og kort sikt, samtidig som det reduserer psykisk stress og har en tilfredsstillende innvirkning på livskvaliteten. Fagermoen(2001) skriver blant annet at informasjon er en viktig faktor for å hjelpe pasienten å mestre sin hverdag. I praksis opplever en at pasienten mangler kunnskap og ferdigheter for ivaretagelse av personlige behov, noe som ofte medfører nedstemthet. Det er derfor viktig at



sykepleier gir informasjon omkring eventuelle forhold i dagliglivet som kan påvirke livsutfoldelsen til pasienten før utreise(Rustøen, 2007). Travlebee(1999) sier at kommunikasjon er det viktigste redskapet for å kunne hjelpe mennesker til å mestre sykdom og lidelse. Thomas og Lincoln(2006) påpeker i studiet at det er økt behov for informasjon gjennom bedret kommunikasjon.

Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal og Hesook(2011) skriver at pasienten har behov for informasjon omkring emosjonelle symptomer som kan oppstå i tiden etter slaget, og at nedstemthet ikke nødvendigvis medfører depresjon, men at det er en normal sorgprosess etter tap av fysisk –og psykisk funksjon. Renolen(2008) viser i teorien til at en som sykepleier må gi informasjon og veiledning tilpasset hvert enkelt individs behov. Sykepleien må ta utgangspunkt i Pasientrettighetsloven(1999)§3-2 som fastslår at pasienten har rett på individuell informasjon om egen helsetilstand og eventuelt innhold i helsetjenesten. Med dette kan en si at informasjon er et viktig sykepleietiltak, hvor en skal sikre seg at pasienten er innforstått med informasjonen som gis. Samtidig påpeker Kirkevold(2008) at sykepleier må være klar over at korrekt informasjon ikke er tilstrekkelig for pasienten for å skape en realistisk forståelse av situasjonen. Dette må erfares gjennom pasientundervisning som gis i en tverrfaglig arbeidsgruppe. I praksis opplever en at informasjonen må tilpasses hvert enkelt individs tanker og følelser og at den må gjentas flere ganger for å bli oppfattet av pasienten.

Kirkevold viser til at ved å hjelpe pasienten til å forstå konsekvensene av hjerneslaget, gjennom å gi realistisk informasjon omkring sykdommen, behandlingen og rehabiliteringen, samt peke på forbedringsmuligheter, er avgjørende for å hjelpe og støtte pasienten i dets forsøk på å gjenoppbygge forståelsen av livet, og forebygge nedstemthet i form av depresjon. Informasjon og veiledning i forhold til pasienter rammet av hjerneslag handler derfor om å gi innsikt og kunnskap omkring selve sykdommen og dens forløp, behandlingen, og hvordan pasienten selv kan bidra til å bedre egen tilværelse. Informasjon og veiledning må da rettes mot hvert enkelt individs behandling(Kirkevold, 1997). Min erfaring fra praksis er at ved å svare på pasientens spørsmål og hjelpe dem å forstå at ved hardt arbeid kan ting bli mer eller mindre som før, var det flere av pasientene som ble oppmuntret til å fortsette rehabiliteringen, det var også med på å forebygge symptomer på depresjon ved at pasienten fikk håp om en bedre fremtid.

I studiet til Renjö og Post(2007) kom det frem at sykepleiere med god kompetanse og tilstrekkelig kunnskap omkring pasientens situasjon var med på å skape trygghet gjennom å gi informasjon til pasienten. Forfatterne viser til at informantene i slagenheter føler seg tryggere på å gi informasjon, og at kompetansen til de ansatte er høyere der, noe som resulterer i bedre omsorg. I studiet til Tingvoll(2002) kommer det frem fra pasientene at de ikke kunne vise til at sykepleier hadde informert og undervist dem om selve sykdommen og symptomer på depresjon som kunne oppstå etter slaget. Dette viser i følge forfatteren til at det blir gitt for lite informasjon til pasient i sykehuset. Det kommer også frem at pasienten ønsker kontakt med og informasjon fra noen som har kunnskap om ens sykdom og som kan besvare spørsmål de har omkring det. Kouwenhoven et al.(2011) hevder at de slagrammedes erfaringer sirkulerer rundt meningsløshet med tanke på håp, fortvilelse og sorg grunnet tap av funksjoner. Forfatterne viser derfor til at kunnskapsbasert og individualisert sykepleie vil være et viktig aspekt ved tilnærming til den slagrammede. Dette er noe en i praksis opplever at en bør bli flinkere på.

### **Støtte for å unngå symptomer på depresjon**

Backe et al. viser til viktigheten av støtte som et forebyggende tiltak med tanke på at hjerneslag ofte medfører psykiske traumer som en reaksjon på funksjonstapet pasienten opplever(Back et al., 1996). I flere tilfeller medfører hjerneslag psykiske forandringer, delvis grunnet hjerneskadene som oppstår, men også som en reaksjon på det som har hendt(Wergeland, Ryen, Ødegaard- Olsen, 2010). Kirkevold(2008) skriver at de fleste pasienter har behov for profesjonell hjelp og støtte etter gjennomgått hjerneslag, med tanke på at hjerneslaget ofte gir betydelige og vedvarende kroppslige endringer som får konsekvenser for pasientens selvforståelse, identitet og rolle. Backe et al.(1996) påpeker i sin forskning at det er hensiktsmessig at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om sykdomstilstanden slik at de kan støtte pasienten fra første stund. Sykepleier støtter og hjelper pasienter gjennom, blant annet, kommunikasjon. I praksis opplever en gjerne at pasienten ikke forstår hva som har hendt. Det kan være vanskelig å innse at ting som tidligere fungerte bra nå ikke lenger fungerer, dette kan pasienten oppleve som en personlig krise, hvor en ser at pasienten trenger støtte gjennom oppmuntring for å klare å se fremover.

I artikkelen av Kouwenhoven et al.(2011) hvor pasientene sier at de opplever å føle seg fanget og at de mister deler av seg selv, kommer det frem at det og plutselig oppleve at ting ikke

lengre er som før, uten noen form for forvarsel, er vanskelig for pasienten. Min erfaring fra praksis er at dersom psykologisk bearbeiding uteblir vil pasienten oppleve større funksjonsnedsettelse, blant annet, på grunn av nedsatt motivasjon til rehabilitering.

Kirkevold(2008) viser til viktigheten av psykologisk bearbeiding av det som har skjedd gjennom støtte, oppmuntring og realistisk informasjon for å unngå utvikling av symptomer på depresjon. Ved å forebygge slike symptomer tidlig vil en også kunne forebygge psykososiale utfordringer som ofte forekommer etter rehabiliteringstilbudet er avsluttet.

Engmann og Lundgren(2009) viser i sin forskning til at slagpasientens kapasitet øker ved oppmuntring og motivasjon. Dersom en som sykepleier har evne til å være empatisk og aksepterende vil det i følge Olesen være et effektivt og motiverende kommunikasjonsverktøy. Sykepleier må hele tiden tenke over hvordan en behandler pasienten og måten en kommuniserer på. Ved at sykepleier er oppmerksom på pasientens følelsesmessige områder omkring atferd, handlinger og kommunikasjon vil en kunne støtte og oppmuntre pasienten hvor en er i livet akkurat nå. Motiverende faktorer vil i følge forfatteren være, blant annet nærvær, engasjement og kreativitet(Olesen, 2010). Heggdal(1994) viser til at sykepleiere som hadde kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjorde dem i stand til å oppmuntre og formidle håp, ble sett på som gode støttespillere for pasienten. Det kom også frem i noen studier, blant annet, i studiet av Kvåle(2006), at humor kunne ha en lett og oppmuntrende effekt hos pasienten. I praksis opplever en ofte at humor og god stemning mellom sykepleier og pasient letter stemningen og gjør at pasienten blir lettere til sinns.

Som sykepleier er det i følge Kirkevold(1997) viktig å være tilstede for pasienten gjennom spørsmål, tanker og behov. Lynch et al.(2008) hevder i sin forskning at god omsorg gjennom støtte bidrar til økt styrke og mot. Forfatterne viser til at en kan støtte pasienten ved å hjelpe, fortelle, forklare, være ærlig, vise hensyn, være nær, bry seg og ha humor. Dette ved at sykepleier er oppmerksom på pasientens behov for trøst og er positiv, noe som medfører at pasienten får en god følelse. I følge Eide og Eide(2007) er det mulig å oppmuntre pasienten ved å komme med oppfordringer gjennom ord som ”å fortsette”, ”utdype” eller ”fortell videre”. Oppfordring stimulerer pasienten til å fortsette med det de gjør, samtidig som de opplever at det de gjør er positivt fra sykepleiers side. Sykepleier vil på denne måten formidle respekt og interesse for pasienten som et unikt individ. Dette kan en i følge Wergeland(2010) komme frem til ved å gi konstruktiv ros og oppmuntring til pasienten. Dersom pasienten følte seg alene med sine problemer, opplevde jeg i praksis at en lettere gav opp.

I henhold til Kirkevold(1997) er sykepleiers informasjonsoppgave i relasjon med pasienten avgjørende for å kunne støtte og oppmuntre pasienten. Slagrammede har behov for støtte og veiledning omkring helhetlig rehabilitering som tar utgangspunkt i både psykiske, fysiske –og sosiale faktorer for å kunne oppnå god livskvalitet i henhold til Tingvoll(2002). Renjö og Post påpeker at oppmuntring og trøst er tiltak med forebyggende effekt på depresjon og at det fremmer livskvalitet. Forfatterne hevder også at møte med andre i samme situasjon er en erfaring pasienten kan vokse på, ved at pasienten får prate med mennesker i samme situasjon og høre hvordan de mestrer situasjonen(Renjö & Post, 2007). Min erfaring fra praksis er at pasienten da opplever at en ikke er alene om problemet. Det å møte andre i samme situasjon bidrar for de fleste til følelsesmessig støtte, samtidig som en har mulighet til å utveksle ideer og praktiske råd.

I artikkelen til Lynch et al.(2008) kommer det frem at pasienten verdsetter støtte fra omsorgspersoner og nær familie, selv om de ikke liker å være avhengige av andre. Kirkevold(1997) viser i studiet til at sykepleiers hjelpende rolle inkludere å etablere et helbredende forhold hvor en vil tolke og lindre smerte, gi emosjonell støtte og informasjon, samt veilede pasienten gjennom endringer i livet, samt ikke å umyndiggjøre pasienten. En opplever ofte i praksis at en må oppmuntre pasienten til å se fremover, dersom støtte og oppmuntring uteblir vil pasienten oppleve livet som meningsløst og nedstemthet vil forekomme i flere tilfeller. Nedstemthet medfører at progresjon i rehabiliteringen uteblir og faren for at pasienten utvikler symptomer på depresjon er stor. De ekstra minuttene en sykepleier bruker på å vise pasienten at livet er verdigfult, samt at det er mulig å vinne tilbake deler av kroppens funksjon, vil som sett i praksis medføre at pasienten blir motivert og gjerne ser lysere på livet fremover.

### **Å bidra til medvirkning**

Sundin og Jansson(2003) viser i sin forskning til viktigheten av at pasienten opplever medvirkning i behandlingen. Pasienten har rett og plikt til medvirkning i avgjørelser som angår dem selv(Vardeberg & Einarsen, 2010. s. 47). Pasienten får på denne måten mulighet til å respektere seg selv og påvirke eget helsetilbud. Thomas og Lincoln(2008) påpeker viktigheten av at pasienten opplever autonomi. I studiet av Tingvoll(2002) kom det frem at pasientene følte de ble tilsidesatt i planleggingen av egen livssituasjon etter hjerneslaget.

Dette viser igjen i praksis, hvor en ofte ikke tar hensyn til pasientens ønsker og behov, men kjører en felles rutine på alle pasientene uansett funksjonstap.

I studiet av Engman og Lundgren(2009) påpeker forfatterne viktigheten av at sykepleier og pasient sammen kommer til enighet om mål som er ønskelige og realistiske for å bedre pasientens helsetilstand, uten at kravene blir så høye at pasienten blir umotivert bare av tanken på dem. Conradi og Hendriksen(2004) skriver at det er viktig å komme frem til mål som har betydning for pasienten for å fremme motivasjon. Eide og Eide(2007) viser til at realistiske mål styrker pasientens motivasjon og vilje til forandring. Pasienten vil på denne måten i følge Nortvedt(2006) oppleve daglig makt og ansvar for eget liv. Medvirkning bidrar til ansvarliggjøring av pasienten, gir selvrespekt og opplevelse av mestring. I praksis opplever en viktigheten av realistiske mål, dersom en setter for høye krav til pasienten vil en oppleve håpløshet og forbedring har en tendens til å utebli. Men en ser at gjennom realistiske mål klarer mange av de slagrammede å få tilbake tapte funksjoner, noe som bidrar til å forebygge nedstemthet. Dessverre er rehabilitering sett i både forskning og praksis vanskelig å gjennomføre dersom en fullt og helt skal følge pasientens premisser.

Lynch(2008) påpeker at slagpasienten verdsetter all hjelp og støtte som mottas fra pleie –og omsorgspersoner, men at følelsen av å være avhengig av andre er ubehagelig. Det er som nevnt tidligere vanlig at pasienter som er rammet av funksjonsnedsettelse etter gjennomgått slag føler seg som en burde for samfunnet(Wahl & Hanestad, 2002). Avhengighet av andre og manglende evne til selv å utføre oppgaver medfører i mange tilfeller depresjon i henhold til Lynch(2008). Conradi og Hendriksen(2010) skriver blant annet at det ikke er selve uavhengigheten som er viktig for pasienten, men det å selv kunne velge å være avhengig. I praksis ser en at det er vanskeligere for personer som var helt friske før slaget inntraff å innse at de har en funksjonsnedsettelse. Det å måtte motta hjelp kan i mange tilfeller være krenkende og medføre at pasienten føler seg ubrukelig.

Tingvoll(2002) hevder i studiet at en må jobbe sammen mot et felles verdigrunnlag som ivaretar pasientens verdighet og rett til å bestemme over eget liv. Eide og Eide(2007) viser til viktigheten av at sykepleier vurderer pasientens individuelle behov, slik at en blir i stand til å delaktiggjøre pasienten, for å oppnå et best mulig resultat. En ser i praksis at dersom en tar seg tid til å la pasienten styre store deler av rehabiliteringen, vil tankene være på annet en bare funksjonstapet og dermed motiveres pasienten til å komme i form igjen.

Pasientrettighetsloven(1999) §3-2 viser blant annet til pasientens rett til medvirkning i gjennomføring av helsehjelpen, hvor pasienten har rett til å være med i avgjørelsen av undersøkelse –og behandlingsmetoder(Eide & Eide, 2007). Kitzmüller(2007) påpeker at medbestemmelse gir opplevelse av å føle seg respektert.

### **Å opprettholde håp i en vanskelig tid**

Håp kommer gjennom oppmuntring, støtte og motivasjon, samt at pasienten opplever at ting kan bli bedre i henhold til Engman og Lundgren(2009). I følge Travelbee(1999) er det sykepleiers oppgave og medvirke til håp og forebygge håpløshet, noe som krever kompetanse og empatisk omsorg. Lohne(2010) viser til at det er ikke alltid de store tingene en trenger å håpe på, men at en kan begynne i det små. I praksis opplever en ofte at pasienten lever i håpet om å bli slik de var før slaget inntraff, bare på noen få dager og dersom dette uteblir vil de oppleve håpløshet og nedstemthet. Et viktig sykepleietiltak vil da være realistisk informasjon omkring pasientens sykdomstilstand slik at en kan komme frem til mål som er realistiske for pasienten for å oppnå optimal helse på nåværende tidspunkt(Eide & Eide, 2007).

I henhold til Lohne(2010) er det liten vei mellom håp og håpløshet og at sykepleiers oppgave er å oppmuntre pasienten til å se fremover. Håp er i følge Renolen(2008) viktig i mestring av sykdom og er nemlig noe som gir oss energi og styrke til å takle motgang. Rustøen skriver at funksjonssvikt grunnet kronisk sykdom og pasientens framtidsutsikter kan føre med seg håpløshet hos enkelte pasienter. Forfatteren påpeker da at håp vil kunne bringe med seg styrke til å takle vanskelige situasjoner. Her må sykepleier bidra til å styrke håpet hos pasienten, med tanke på at dette er en sykepleieoppgave(Rustøen, 2004). Gjennom håpet blir det i følge Travelbee(1999) mulig for den syke å mestre hindringer som oppstår i hverdagen, samtidig som det gjør det mulig å takle tap, ensomhet og mestre sykdom. Rustøen(2007) skriver at håp er knyttet til fremtiden og er dermed sentralt for livskvaliteten. I henhold til Travelbee(1999) er et menneske uten håp uten mulighet til å mestre eller forbedre sin situasjon. Jeg erfarte i praksis at mennesker med kronisk sykdom gjerne opplever håpløshet. Pasienten virker da nedstemt og er ikke positiv til noen form for behandling. Sykepleier må da ta tak i situasjonen å få frem lyspunktene i pasientens liv, slik at en gjerne opplever å se nye muligheter som kan gi helsegevinst i pasientens liv.

Engman og Lundgren(2009) viser til at håp er viktig for egenomsorgen, samtidig som Rustøen(2001) påpeker at håp også bidrar til mestring. Det er i følge Finset(2004) viktig å finne en balanse mellom håp og hva som er realistisk for hvert enkelt individ. En opplever i praksis at pasienten har behov for god innsikt i egen helsetilstand, uten at en tar bort håpet om at ting kan bli bedre. Dette opplever en at medfører optimisme og pågangsmot hos pasienten, som igjen er en drivkraft mot bedre livskvalitet. Engman og Lundgren(2009) skriver at informantene i studiet opplevde å få tro og håp om at de kom til å bli friske igjen av sykepleierne under sykehusoppholdet. Gjengdal og Hanestad(2007) viser til at håp kan bidra til at pasienten ser lysere på livet.

Kirkevold(1997) påpeker viktigheten av å etablere et tillitfullt forhold mellom pasient og sykepleier slik at en kan hjelpe pasienten å fremme håp i en vanskelig tid. Forfatteren viser også til at håp er viktig for å forebygge depresjon. Rustøen(2009) skriver at håp blant annet er avhengig av omgivelsene og påvirkes av mange forhold. Konstant tilskudd av oppmuntring og motivasjon fra omgivelsene rundt en vil i henhold til Engman og Lundgren(2009) bidra til å opprettholde tro og håp om en bedre fremtid. Min praksiserfaring er at noen oppmuntrende ord daglig, bidrar til å fremme livskvalitet grunnet økt håp om en bedre fremtid.

## Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var i hovedsak å finne metoder og tiltak som kunne iverksettes av sykepleier for å forebygge symptomer på depresjon blant eldre rammet av hjerneslag, i sykehus.

Eldre mennesker utsettes for mange påkjenninger og de en av de vanligste utløsende årsakene til depresjon er funksjonssvekkelse grunnet somatisk sykdom. Etter å ha studert forskning –og faglitteratur omkring slagpasienten, depresjon og post slag depresjoner kom det frem flere tiltak som vil være helsefremmende med tanke på å forebygge depresjon og ivareta den psykiske helsen. Helsefremmende og forebyggende sykepleietiltak er blant annet relasjonsskapning for å skape tillit og trygghet, informasjon for å gi pasienten kontroll over egen livssituasjon og medvirkning slik at pasienten opplever autonomi, samt fremstå som en støttespiller og bidra til økt håp, slik at pasienten blir i stand til å mestre sin sykdom og dermed får økt livskvalitet.

Litteraturen viser til at mellommenneskelig relasjon bidrar til bedret kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. God kommunikasjon blir sett på som god omsorg og er viktig for forståelsen dem imellom, og bidrar til å støtte, oppmuntre og motivere pasienten gjennom en vanskelig tid i livet. Det kom frem at informasjon må gis på en hensynsfull, ærlig og respektfull måte for å skape og bevare håp hos pasienten. Det er en forutsetning at informasjonen er konkret, muntlig og skriftlig, samt at en utelukker fagord og uttrykk. Støtte, oppmuntring og realistisk informasjon gjennom en psykologisk bearbeiding vil i henhold til forskning være viktig for å forebygge depresjon og fremme håp for å mestre sykdom. Dette viser til at tilskudd av støtte gjennom oppmuntring og motivasjon vil opprettholde tro og håp på en bedre fremtid.



## Litteraturliste

- Anderson, S. & Marlett, N. J. (2004). Communication in stroke: the overlooked rehabilitation tool. *Age and Ageing*; 33: 440-443. DOI: 10.1093/ageing/afh 163
- Backe, M., Larsson, K. & Fridlund, B. (1996). Patients conceptions of their life situation within the first week after a stroke event: a qualitative analysis. *Intensive and Critical Care Nursing* 12; 285-294
- Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. En ressursbok. Akribe AS.
- Bjøro, K. & Kirkevold, M. (2005). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie I: N.J., Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 4*, (s. 149 - 183). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brataas, H. V. (2003). Å innhente og formidle informasjon og støtte pasienten. I: H. V. Brataas & T. Steen- Olsen (Red.), *Kvalitet i samspill: Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell (S.48-65)*. Kristiansand: Høyskole Forlaget AS
- Brinchmann, B. S. (2007). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Conradi, S. & Rand-Hendriksen, S. (2004). Rehabiliteringsprosessen. I: L. L. Wekre. & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. (s. 35-39). Bergen: Fabokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dietrich, E. (2009). Karsykdommer. I: Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise; *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi (s.87-120 )*. Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T.(2004). *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Eide, H., Eide, E. & Eide, E. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Engman, M. & Lundgren, S.M. (2009). Vad innebär rehabilitering och sjuksköterskans omvårdnad för patienter vid stroke. [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden* 3(29), 32-36.
- Fagermoen, M. S. (2001). Samtale, undervisning og veiledning. I: H. Almås (red) *Klinisk sykepleie 1* (3.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Finset, A. (2004). Kommunikasjon som en del av rehabiliteringsprosessen. I: Wekre, L.L. & Vardeberg, K. (red.). *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*.(s.41- 45). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur
- Fure, B. (2007). Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. [Elektronisk versjon]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 10(127): 1387-9
- Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schuurmans, M.J., Lindeman, E. & Hafsteinsdottir, T. B. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for post-stroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*;19(23-24):3274-90. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x.
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursending*. Cappelen akademisk
- Heggdal, K. (1994). Å være syk - en studie av sykdomsopplevelse ved hjerneslag. *Det medisinske fakultet ved universitetet i Bergen*, Hovedfagsoppgave
- Heggdal, K. (2003). *Kroppskunnskaping: en grunnleggende prosess for mestring av kronisk sykdom*. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Hentet fra:  
<http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/Hjerneslag/Rehabilitering.aspx>
- Helsenett. (2003). *Hjerneslag og depresjon*. Hentet fra:  
[http://www.helsenett.no/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3052&catid=122&Itemid=72](http://www.helsenett.no/index.php?option=com_content&view=article&id=3052&catid=122&Itemid=72)
- Hummelvoll, K. J. (2006). *Helt ikke stykkevis og dels*. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse (6. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. Gyldendal Akademisk
- Kavlie, K. (1994). *Hjerneslagspasienters selvverd og mestring ved rehabilitering*. Universitetet i Trondheim, Hovedoppgave
- Kirkevold, M. (1997). The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients. Toward a unified Theoretical Perspective. *Advances in Nursing Science* vol 19 (4).
- Kirkevold, M. (2007). Hjerneslag – ”blålys-sykdom” med langsiktige implikasjoner. I: Gjengedal, E. & Hanestad, B.R. (red.). *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursending*. (s. 175-188). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2008). Hjerneslag blålys sykdom med langsiktige implikasjoner. I: Gjengedal, E. & Hanestad B. R. *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursending*, Capellen Akademiske forlag.

- Kirkevold, M. (2008). Hjerneslag. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*(s. 406-417). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kitzmüller, G. (2007). Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2007; 3(2): 42-55.
- Konsmo, T. (1998). *En hatt med slør: om omsorgens forhold til sykepleie* - Presentasjon av Benner og Wrublers teori. Otta: TANO forlag.
- Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K. & Hesook, S. K. (2011). Living a life in shades of grey: experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal of Advanced Nursing*. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05855.x
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Kvåle, K. (2006). *Den omsorgsfulle sykepleier: slik pasienter ser det*. *Vård i Norden* 1/2006. PUBL. No.79 VOL. 26 No. 1PP 15-19
- Lerdal, A. (2011). Å være deprimert etter hjerneslag var som å leve i grånyanser. *Sykepleien forskning* 2011 6(4): 313-313 – DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0218
- Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I: U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: sentrale begreper i klinisk sykepleie* (S.108-123). Oslo: Akribe AS.
- Lynch, E. B., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, C. J., Perez, L. & Cella, D. (2008). *A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships*. *Journal of Rehabilitation Medicine*; 40: 518.523
- Molven, O. (2009). *Sykepleie og Jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Moksnes, K. M. (2010). Livets siste fase. I: Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stånicke, E. *Psykiatriboken: sinn- kropp- samfunn*(s. 446-486). Oslo: Gyldendal akademisk
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk Sykepleie Forbund
- Olesen, J. (2010): Målsætning spesielt med fokus på apopleksi [Elektronisk versjon]. *Fysioterapeuten*, 77(10), 2-6.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter* av 2. Juli. 1999 nr 63. Hentet fra <http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-063.html#3-2>
- Pessah-Rasmussen, H. (2007). Rehabilitering och eftervård. I: Mätzsch, T. & Gottsäter, A. (red.). *Stroke och cerebrovaskulär sjukdom*. (s. 291-303). Författarna och Studentlitteratur.

- Rejnö, Å. & Post, V.I. (2007). Att vårdas på en kombinerad akut och rehabiliterande strokeenhet – Patienters opplevelser från vårdtiden. [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden* 3(27), 49-52.
- Renolen, Å. (2008). Forståelse av mennesker: En innføring i psykologi for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rustøen, T. (2009). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Satir, V. (1980). Psykososiale reaksjoner og behov- konsekvenser for sykepleien. I: Moesmand, A. & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akuttkritisk syk*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Slettebø, Å. (2005). Etiske utfordringer og kvalifikasjonskrav i helsetjenesten. Hva innebærer det å være profesjonell utøver i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten? Kristiansand-s, Høyskoleforlaget AS - Norwegian Academic Press.
- Sneltvedt, T. (2005). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere I: B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleie*, (s. 88 - 104). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Statistisk sentralbyrå.(2008).Hentet fra:  
<http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201002/05/tab-2010-05-03-02.html>
- Sundin, K. & Jansson, L. (2003). "Understanding and being understood" as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing* 12(1), 107-116.
- Tingvoll, W-A. (2002). Slagenhetens rolle i helhetlig rehabilitering. *Institutt for helse og sykepleievitenskap*. [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden* 4(22), 48-51.
- Thomas, S. A. & Lincoln, N. B. (2008). *Predictors of Emotional Distress After Stroke*. American Stroke Association, 39;1240-1245 DOI: 10.1161/strokeaha.107.498279
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegård-Olsen, T, G. (2010). Sykepleie ved hjerneslag. I: H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth, (Red.) *klinisk sykepleie: bind 2*.(s. 261-284). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

## VEDLEGG 1

### Søk i databaser

Fikk frem mange funn som virket relevante, men etter å ha lest gjennom sammendraget var det mye som var irrelevant for min problemformulering. Jeg valgte derfor ut de artiklene jeg anså som mest hensiktsmessige for å kunne svare på problemstillingen.

### CINAHL

#### Kriterier for å ekskludere irrelevante artikler:

- Full text
- Alder 60+
- 2002- 2012
- Sykepleiefaglig

Med eller uten kriterier	Søkeord	Antall treff
Uten kriterier	Stroke	32 257
Uten kriterier	Stroke and Nurs*	3158
Uten kriterier	Stroke and depression	1603
Med kriterier	Stroke and depression	367
Uten kriterier	Stroke and depression and quality of life	37
Med kriterier	Stroke and depression and quality of life	12

## Journal of Advanced Nursing

### Kriterier for å ekskludere irrelevante artikeler:

- Full text
- Alder 60+
- 2002- 2012

<b>Med eller uten kriterier</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Antall treff</b>
	Stroke	871
	Stroke and depression	19 085
	Stroke and depression and quality of life	10 483
Med kriterier	Stroke and depression and quality of life	8913
Med kriterier	Post-stroke depression and quality of life	774
Med kriterier	Pst-stroke depression and older people and quality of life	579

## VEDLEGG 2

### Forskningsartikler

Tittel	Forfatter (årstall)	Hensikt	Metode	Funn	Resultat
<i>Patients' conceptions of their life situation within the first week after a stroke event: a qualitative analysis</i>	Backe, Larsson & Fridlund. (1996).	Finne ut hvordan pasienten ser på egen livssituasjon i løp av første uken etter slaget	Kvalitativt studie hvor seks personer ble intervjuet.	Viser til viktigheten av samtale med pasienten og enighet mellom pasientens ønske og sykepleiers mål. Funnene viser til behov for samtale med sykepleier som inneholder blant annet støtte, informasjon og veiledning, hvor sykepleier sikrer seg at informasjonen blir forstått.	Viser til at kroppslige endringer som følge av hjerneslag fører til psykiske forandringer som for mange oppleves som en personlig katastrofe. Pasienten har derfor behov for helhetlig omsorg og pleie.
<i>Vad Innebär rehabilitering och sjuksköterskans omvårdnad för patienter vid stroke?</i>	Engman & Lundgren. (2009).	Hensikten med artikkelen er å få kunnskap om hvilken betydning rehabiliteringen og sykepleiernes omsorg har for slagrammede pasienter.	Kvalitativ forskningsartikkel.	Funnene viser til at sykepleier må være hjelpsomme, støttende, involverende, samarbeidende og kommunisere med pasienten i et "jeg-du" forhold.	Behov for personlig dialog med sykepleier, for å skape tro og håp på en bedre fremtid.

<p><i>A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses.</i></p>	<p>Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindemann &amp; Hafstensdottir. (2010).</p>	<p>Utforske sykepleierollen i forvaltning av post-slag depresjon og identifisering av ikke-farmakologiske intervensjoner som sykepleier kan bruke i den daglige omsorgen for personer med gjennomgått slag.</p>	<p>Kvantitativt studie utført av COCHRANE metoden. Systematisk gjennomgang av 15 artikler.</p>	<p>Tiltak med positiv effekt på depresjon etter slag ved intervju, sykepleiestøtte og aktivitet. Samtalen er et tiltak med positiv effekt på depresjon.</p>	<p>Depresjon er et problem med negativ effekt på pasientens evne til å delta i rehabiliteringen. Mange pasienter er underbehandlet med tanke på depressive symptomer etter slag. Sykepleier må gripe inn tidlig for å effektivt redusere forekomsten og alvorlighetsgraden av depresjon hos slagpasienten. Resultatet viser til at dette er det første studiet med fokus på terapeutiske intervensjoner for PSD.</p>
--	--	---	--	---	--

<p><i>The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: Toward a unified theoretical perspective</i></p>	<p>Kirkevold. (1997).</p>	<p>Hensikten med studien var å finne spesifikke sykepleieroller i forbindelse med slagpasienter.</p>	<p>Kvalitativt studie</p>	<p>Funnene viste fire terapeutiske sykepleiefunksjoner; Sykepleiens fortolkende, trøstende, bevarende, og integrerende funksjon.</p>	<p>Dersom sykepleier og pasienten sammen kommer frem til et felles mål som er av pasientens interesse vil dette bidra til større helsegevinst. Et tillitfullt forhold mellom pasient og sykepleier bidrar til å fremme håp.</p>
--	---------------------------	--	---------------------------	--	---



<p><i>Living a life in shades of grey: experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke.</i></p>	<p>Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal, &amp; Hesook. (2011).</p>	<p>Å beskrive den levde erfaring av den slagrammedes depressive symptomer i akutfasen.</p>	<p>Kvalitativ metode. Dybdeintervju av ni personer.</p>	<p>Pasientene opplever at de mister seg selv og føler seg fanget i egen kropp. Depresjon er derfor relatert til opplevelse av tap av egen funksjon.</p>	<p>Post stroke depresjon er relatert til de tapene pasienten opplever. Behov for mer forskning med tanke på hvordan sykepleier kan hjelpe og støtte pasienter med symptomer på depresjon og hvordan de depressive symptomene utvikler seg over tid. Slagrammedes erfaringer sirkulerer rundt meningsløshet med tanke på håp.</p>
--	---	--	---	---	--

<p><i>Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det</i></p>	<p>Kvåle. (2006).</p>	<p>Hensikten med artikkelen er å belyse hva en som 5sykepleier, kan gjøre for at pasientene skal oppleve god omsorg.</p>	<p>Dette er en kvalitativ forskningsartikkel.</p>	<p>Artikkelen viser til at god omsorg styrker og motiverer pasienten. Funnene påpeker økt behov for samtale, informasjon og bruk av humor , som er oppmuntrende og hadde positiv effekt på pasientens livskvalitet.</p>	<p>Resultatet i artikkelen var at pasientene ønsket å bli kjent med sykepleierne som medmennesker. De hadde et ønske om å ha noen å snakke med, noen som tok seg tid til dem og var smilende og glade. Det er ikke de tidkrevende, vanskelige og alvorlige samtalene pasientene forventer og trenger mest.</p>
--	-----------------------	--	---	---	--

<i>A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships</i>	Lynch, Butt, Heinemann, Victorson, Nowinski, Perez & Cella. (2008).	Hensikten er å finne ut hvordan hjerneslag, langsiktig påvirker livskvaliteten.	Kvalitativt forskningsstudie	Funne viser til at tiltakene bør omfatte sosial støtte, mestringsstrategier, kommunikasjon, fysisk funksjon og uavhengighet.	Resultatet i artikkelen viser at pasienter med hjerneslag får endrede sosiale relasjoner.
--	---	---	------------------------------	--	---

<i>Att vårdas på en kombinerad akut och rehabiliterande strokeenhet – patienters upplevelser från vårtiden</i>	Renjô & Post. (2007).	Hensikten med studien er å studere pasienters opplevelse av å være i en kombinert akutt og rehabiliterende slagenhet.	Studien er en kvalitativ forskningsartikkel.	Funnene viser til at samtale, oppmuntring, trøst, håp, følelse av helhet og sosial støtte oppleves som viktige tiltak for å forebygge depresjon og fremme livskvalitet.	Resultatet som kom frem i artikkelen var at pasientene følte trygghet, sykepleierne var gudommelig snille. De fikk utmerket rehabiliteringsmuligheter og fikk dele erfaringer med andre slagpasienter. Trygghet effektiviserer den helhetlige behandlingen.
--	-----------------------	---	--	---	---

<i>'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia.</i>	Sundin & Jansson. (2003).	Få frem sykepleierens opplevelser om hvordan det er å kommunisere med afasipas.	Fenomeno- logisk hermi- neutisk metode 5 spl 3 pasienter	Funn viser til den positive effekten av å møte pasineten I en mellommenneskelig relasjon.	Viktig at pasienten opplever Medvirkning I behandlingen.
--	---------------------------	---	---	---	--

<i>Slagenhetens rolle i helhetlig rehabilitering</i>	Tingvoll. (2002).	Hensikten med artikkelen er å fokusere på hvor viktig slagenheten er for kvaliteten av rehabiliteringen. Både for den akutte behandlingen innenfor sykehuset, og den videre behandlingen i ettertid.	Denne artikkelen er en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode.	Behov for bedret kommunikasjon i sykehuset, gjennom støtte og veiledning, samt fokus på fokus på å forebygge depresjon som kan medføre nedsatt livskvalitet.	I resultatet ble det understreket at både pasienter og pårørende manglet informasjon fra sykehuset. Pasientene følte ikke at de fikk være med å planlegge deres livssituasjon etter hjerneslaget.
--	-------------------	--	---	--	---

<i>Predictors of Emotional Distress After Stroke.</i>	Thomas & Lincoln. (2008).	Formålet med Studien var å beskrive de levde erfaringen som utvikler seg hos slagrammede som lider av tidlige depressive symptomer.	Kvalitativ studie gjennom intervju.	Viktig at pasienten opplever autonomi, støtte og får motivasjon til å se fremover.	Depressive symptomer har alvorlig innvirkning på livet etter Hjerneslag. Livssituasjon, blir påvirket av grad av gjenværende funksjon.
---	---------------------------	---	-------------------------------------	--	--

## VEDLEGG 3

### Fagartikler

Tittel	Forfatter (årstall)	Hensikt	Metode	Funn	Resultat
<i>Communication in stroke: the overlooked rehabilitation tool.</i>	Anderson & Marlett. (2004).	Få frem viktigheten av bruk av kommunikasjon	Fagartikkel	Funnene viser til behov for informasjon, forklaring, rådgivning og oppmuntring.	Folk som har hatt slag og deres familier i alle ledd etter slag oppgir at de krever mer informasjon. De ønsker å bli informert om alle aspekter ved hjerneslag deres og deres omsorg og være involvert i beslutningsprosessen
<i>Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag</i>	Fure. (2007).	Finne ut hvordan en kan forebygge emosjonelle symptomer	Fagartikkel Manuskriptet bygger på søk i Medline (1980 - 2006), egen klinisk erfaring og forskning.	Studiet viser til viktigheten av og observer og påvise emosjonelle symptomer for tidligst mulig å kunne forebygge disse. Studiet påviser også økt behov for kunnskap omkring effekten av medikamentelle og ikke-medikamentelle intervensjonr ved emosjonelle symptomer etter slag.	Emosjonelle symptomer er trolig blant de mest oversette utfallene etter gjennomgått hjerneslag. Depresjon er best beskrevet, og forekommer hos 20 - 40 % av slagpasientene. Trisykliske antidepressive legemidler har effekt, men er ofte uegnet på grunn av bivirkninger.

<i>Hvordan kan afasipasienters positive erfaring i møte med helsepersonell påvirke mestring?</i>	Kitzmüller. (2007).	En holistisk tilnærming hvor pasientenes funksjonshemming blir sett i lyset av personlighet, livssituasjon og livshistorie bidrar til mestring.	Tidsskrift	Det ble etterlyst bedre kunnskap om afasi og større vektlegging på pårørende. Hjelp til å bearbeide krise- og sorgreaksjoner, medbestemmelse, opplevelse av respect, håp og motivasjon.	Vise til de spesielle utfordringene helsepersonell står ovenfor når de skal gi behandling og omsorg til pasienter som er rammet av hjerneskader. En kan lese at når helsepersonell kommuniserer godt og har tilstrekkelig med kunnskap om afasi som brukes til det beste for pasient og pårørende, er det lettere å mestre.
<i>Å være deprimert etter hjerneslag var som å leve i grånyanser.</i>	Lerdal. (2011).	Forskerne ønsket å beskrive hvordan depresjon oppleves i den tidlige fasen etter hjerneslag og hvordan det var å leve med depresjon.	Fagartikkel hvor forfatter tar utgangspunkt i studiet "Living a life in shades of grey" av Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal, Kim. (2011), som gjennom kvalitativ metode utførte dybdeintervju av ni personer.	"Å føle seg fanget" og "å miste seg selv" ble identifisert som to hovedtemaer. Deltakerne omtalte ikke sin depresjon med typiske psykiatriske termer, men heller innvevd i historier. Tre beskrev seg selv spontant som deprimert, fire brukte ikke ordet depresjon i løpet av samtalen og to beskrev seg selv som ikke deprimert. Noe som viser til viktigheten av samtalen.	Det var stor variasjon i måten informantene omtalte sin depressive tilstand på. Dette viser hvor viktig det er å være sensitiv overfor symptomer og tegn på depresjon hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerneslag.
<i>Rehabilitering med respect</i>	Nortvedt. (2006).	Hensikten med artikkelen var å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til at hodeskadepasienter som er innlagt til et	Fagartikkel	Behov for anerkjennelse, mestring, informasjon, samtale og følelse av verdighet.	Resultatet viste at ved å sørge for daglig makt hos pasient, ansvar for eget liv, anerkjennelse og mestring, informasjon,

		rehabiliteringsopphold får en opplevelse av verdighet.			<p>samtale og estetikk, vil pasienten kunne føle verdighet. Samtalen er et verktøy for informasjonsveksling omkring sykdom og behov.</p>
--	--	--	--	--	--

<p><i>Målsætnings- og motivationsarbejde indenfor rehabilitering – spesielt med fokus på apopleksi</i></p>	Olesen. (2010).	<p>Hensikten med artikkelen var å illustrere og analysere målsetnings- og motivasjonsbegrepene, med særlig fokus på slag og hjerneskade.</p>	Fagartikkel	<p>Motivasjon er en viktig faktor hvor en kan påvirke pasienten til å mestre sin vanskelige situasjon.</p>	<p>Funnene viste at motivasjon er en relasjonell følelsesprosess som kan påvirkes innenfra så vel som utenfra. Målet er at pasienten skal gå fra å være passiv, til å bli aktiv deltaker i den hekketlige rehabiliteringsprosessen.</p>
--	-----------------	--	-------------	--	---