



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 464

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9045

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 21

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Depresjon etter hjerneslag

Depression after a stroke

Kandidatnummer: 464

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 24.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

INNHALDSFORTEGNELSE

Abstract	3
1.0 Innledning	4
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	4
1.2 <i>Problemstilling og avgrensning</i>	5
2.0 Teori	6
2.1 <i>Hjerneslag</i>	6
2.2 <i>Depresjon</i>	7
2.3 <i>Sorgreaksjon</i>	9
2.4 <i>Selvbilde</i>	9
2.5 <i>Motiverende intervju</i>	10
2.6 <i>Joyce Travelbee</i>	10
2.7 <i>Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag</i>	12
3.0 Metode	13
3.1 <i>Litteraturstudium</i>	13
3.2 <i>Søkemetode</i>	13
3.3 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	14
3.4 <i>Utvalgsprosess</i>	14
3.5 <i>Kritisk vurdering</i>	16
3.6 <i>Etisk vurdering</i>	17
4.0 Resultat	19
4.1 <i>Informasjon</i>	19
4.2 <i>Mestring</i>	19
4.3 <i>Motivasjon</i>	21
4.4 <i>Inkludere familien</i>	21
4.5 <i>Se hele pasienten</i>	22
5.0 Diskusjon	23
5.1 <i>Informasjon</i>	23
5.2 <i>Mestring</i>	24
5.3 <i>Motivasjon</i>	26
5.4 <i>Inkludere familien</i>	27
5.5 <i>Se hele pasienten</i>	28
6.0 Konklusjon	30
7.0 Referanser	32
8.0 Vedlegg	34
<i>Vedlegg 1 PICO</i>	34
<i>Vedlegg 2 Søkehistorikk</i>	34
<i>Vedlegg 3 Flytdiagram</i>	36
<i>Vedlegg 4 Litteraturmatrise</i>	37

ABSTRACT

Title:

Research question: How can nurses contribute to patients in coping with symptoms of depression after a stroke?

Method: The method I used was a literature study. The databases Psychinfo, CINAHL, AMED, Epistemonikos, Medline, Svemed and Cochrane library were searched with search words from the research question. A search of the reference lists of relevant articles and a free search in google scholar was also performed. Articles were selected using specific inclusion- and exclusion criteria. Selected articles were critically assessed by using check lists from Critical Appraisal Programme (2018).

Result: Results from the literature search gave three systematic reviews and one qualitative study. The results were analyzed and presented under these subheadings: Information, coping, motivation, including the whole family and seeing the whole patient.

Conclusion: This literature study found that nurses should provide information to the patient in an active way. Nurses should help the patient cope with the symptoms of depression following a stroke, motivate the patient to find coping mechanisms for symptoms of depression symptoms after a stroke. In addition, nurses should include the family in the treatment of depression and nurses should see all the patient's needs.

1.0 INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Hvert år rammes rundt 15 000 personer av hjerneslag i Norge (Helsedirektoratet, 2010, s. 1). I Norge er hjerneslag er en av de hyppigste årsaken til død og funksjonshemming og er en stor utfordring for den enkelte som rammes, de pårørende og for helsetjenesten og samfunnet (Helsedirektoratet, 2010, s. 1).

I følge en systematisk oversikt gjort av Hackett, Yapa, Parag & Anderson (2005) vil en tredjedel av pasienter som har hatt hjerneslag oppleve en form for depresjon i etterkant av slaget. Oversikten presiserer likevel at dette vil være et estimert tall, da det mest sannsynlig er et stort potensiale for underrapportering og uoppdaget depresjon. Etter et hjerneslag vil alle pasienter kjenne på en eller annen form for sorg, tap eller depresjon. Depresjon er en av de alvorligste konsekvensene av hjerneslag (de Man-van Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman & Hafsteinsdottir, 2010). de Man-van Ginkel et al. (2010) hevder det er uvisst hvordan sykepleiere kan gjenkjenne og behandle pasienter med depresjon etter hjerneslag.

Etter egen erfaring fra rehabiliteringsavdeling på sykehus, har jeg møtt flere pasienter som er rammet av hjerneslag, og som har hatt flere ulike utfall etter hjerneslaget. Jeg har opplevd at det er en tidkrevende og omfattende prosess å finne frem til en ny måte å leve livet på og å tilvenne seg nye mestringsstrategier. Jeg opplevde et stort engasjement rundt den fysiske rehabiliteringen og stor optimisme rundt bedringen av de fysiske utfallene, men jeg la også merke til mangelen på fokus og kompetanse rundt de psykiske følgene av en så stor og plutselig forandring i livet.

I følge Helsedirektoratet (2010, s. 1) vil antallet hjerneslag øke med 50 prosent de neste 20 årene, på grunn av økende antall eldre i befolkningen. Etter min egen erfaring er jeg interessert i å finne ut hva sykepleiere kan gjøre for å støtte og hjelpe

pasienter som opplever depressive symptomer etter hjerneslag. Min problemstilling blir ut fra dette:

Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter mestrer depressive symptomer etter hjerneslag?

1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING

Med sykepleietiltak menes ikke-medikamentelle tiltak. Dette fordi beslutningen om å starte opp medikamentell behandling ikke er et sykepleietiltak, og anses i denne oppgaven for ikke å være relevant. Sykepleietiltak vil i denne oppgaven være alle tiltak, oppgaver, tilnærminger, handlinger og relasjoner sykepleiere kan opprette, ivareta og utføre i samarbeid med en pasient som er deprimert og har vært gjennom et hjerneslag. Med deprimerte pasienter menes pasienter som opplever symptomer på depresjon i løpet av tiden etter hjerneslaget. Dette inkluderer også sorgreaksjoner og psykiske tilstander der pasienten opplever en sterkt redusert livskvalitet. Hjerneslag brukes i denne oppgaven om alle tilstander der blødning eller blodpropp i hjernen har ført til utfall som er av betydning for pasienten. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 2.1 Hjerneslag. Problemstillingen vil ikke bli videre avgrenset med hensyn til grad av depresjon. Dette fordi depresjon kan ha konsekvenser for rehabiliteringen og livskvaliteten til pasienten, selv om depresjonen betegnes som en lav grad. Det vil ikke bli gjort avgrensninger rundt hvor langt pasienten har kommet i rehabiliteringsprosessen. Dette fordi jeg ønsker å undersøke alle typer intervensjoner det er gjort forskning på, uavhengig om intervensjonene er utført på sykehus eller i hjemmet.

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke samme benevnelser gjennom hele oppgaven for å ha en oversikt over roller og personer. Ordet pasient bruker jeg om alle som opplever symptomer eller har en klargjort diagnose eller sykdom. Ordet han brukes i denne oppgaven ved noen tilfeller om pasienten. Ordet sykepleier blir i denne oppgaven brukt om de personene som utøver sykepleie til pasienten.

2.0 TEORI

2.1 HJERNESLAG

Hjerneslag er en samlebetegnelse på en lokal hjerneskade på grunn av oksygenmangel og celledød som følge av nedsatt blodgjennomstrømming til et område i hjernen (Andreasen, 2015, s. 539). Organiseringen av behandlingen til pasienter rammet av hjerneslag har stor betydning for den enkeltes mulighet til å overleve og oppnå et godt funksjonsnivå og god livskvalitet. 80 % av hjerneslagtilfellene er hjerneinfarkt, 15 % er intracerebrale blødninger og 5 % er subaraknoidalblødninger (Andreasen, 2015, s. 539).

Hjerneinfarkt skyldes tilstopping av en blodåre som fører blod til en del av hjernen. Denne tilstoppingen fører til oksygenmangel i den delen av hjernen som blodåren forsyner. Symptomene på hjerneinfarkt er som oftest akutt innsettende, men kan også komme gradvis. Det kan vise seg i form av halvsidig lammelse, afasi og sensibilitetsproblemer. Symptomer på hjerneblødning kommer akutt, i form av intens hodepine fulgt av nevrologiske utfall og redusert bevissthet. Subaraknoidalblødning, eller hjernehinneblødning, setter inn akutt. Symptomer er akutt hodepine, nakkestivhet, kvalme, lysskyhet og redusert bevissthet. En slik blødning skyldes en utposning (aneurisme) i en av hjernens store arterier som sprekker. Denne aneurismen er som regel medfødt (Andreasen, 2015, s. 539-540).

Utfall av hjerneslag avhenger av hvor i hjernen skaden skjer. Utfall kan være nedsatt bevissthet, svimmelhet, kvalme, svelgeproblemer, parese/lammelser, sensibilitetsutfall, afasi, tap av synsfelt, nedsatt følelse av berøring, varme eller smerte, koordinasjonsproblemer, apraksi, neglekt, uforklarlig gråt, tristhet, personlighetsforandringer og emosjonell labilitet (Andreasen, 2015, s. 548).

Behandling og rehabilitering kan deles inn i tre faser: akutt fase, rehabiliteringsfase og kronisk fase. Akutfasen regnes for å være de første 24 timene etter hjerneslaget,

mens subakuttfasen regnes for å være 1. til 3. dag etter hjerneslaget. I den akutte og subakutte fasen skal pasienten overvåkes med tanke på vitale tegn, tegn til aspirasjon og tegn til nevrologiske utfall (Andreasen, 2015, s. 541). Den rehabiliterende fasen begynner samtidig som en gjør observasjoner i den akutte fasen (Andreasen, 2015, s. 557). Pasienten vil her få rehabilitering av et tverrfaglig team som skal hjelpe pasienten til å gjenvinne eller kompensere for tapt funksjon (Andreasen, 2015, s. 557). Den kroniske fasen kan regnes som livet etter rehabiliteringen avsluttes. Denne fasen vil være det livet pasienten og familien skal leve med de utfall og konsekvenser hjerneslaget har hatt.

2.2 DEPRESJON

I følge Hummelvold (2014, s. 193) ligger nedtrykthet og sorg som en naturlig del av oss alle og alle vil oppleve en form for depresjon i løpet av livet. Følelsen kan blusse opp ved tap av noe som betyr noe for ens selvaktelse, for eksempel økonomi, arbeid og sosial anseelse. I følge Hummelvold (2014, s. 198) er depresjonens mest tydelige symptomer, psykiske symptomer som tristhet, pessimisme, lav selvaktelse, kraftløshet, nedsatt energi og følelse av håpløshet. I tillegg til psykiske symptomer, kan fysiske symptomer som nedsatt appetitt, forstoppelse, søvnforstyrrelse, smerter, ubehag og nedsatt seksuell lyst.

Hummelvold (2014, s. 199) viser til at depresjon kan deles inn i mild, moderat og alvorlig depresjon. Ved mild depresjon vil realitetsorienteringen være intakt. Mild depresjon vil være en forbigående tilstand av tristhet, men det påvirker ikke dømmekraften. I denne tilstanden vil en objektivt sett kunne se en sammenheng mellom personens situasjon og hans følelser. Ved moderat depresjon kan personen ha en tendens til fordreid virkelighetsoppfatning. Det oppstår gjerne en tendens til å misforstå andres forventning og oppfattelse av en selv. I denne tilstanden vil selvbilde være negativt preget og initiativet vil være redusert. Det vil også være en tendens til å trekke seg tilbake fra sosiale situasjoner og andre mennesker. Ved alvorlig depresjon vil vrangforestillinger og psykotiske symptomer kunne forekomme. Vurderingsevnen er sterkt redusert og personen vil ikke bry seg om konsekvensene

av sine handlinger. På grunn av stor avstand mellom hvordan personen mener han burde være og hvordan personen oppfatter seg selv, vil han oppleve en følelse av skyld og verdiløshet (Hummelvold, 2014, side 199-200).

I følge Snoek og Engedal (2017, s. 103) kan man skille mellom en depressiv episode og en depressiv reaksjon. En depressiv episode er en kronisk stemningslidelse, mens en depressiv reaksjon vil ha en utløsende faktor og kan ses på som en tilpasningsforstyrrelse. En depressiv reaksjon kan ha de samme symptomene som en depressiv episode. Symptomer som initiativløshet, det å ikke mestre daglige gjøremål, manglende evne til å glede seg over noe, håpløshetstanker, selvbredelse og skyldfølelse og somatiske symptomer, søvn- og appetittforstyrrelser og vekttap kan være felles for en depressiv episode og en depressiv reaksjon (Snoek og Engedal, 2017, s. 103)

Snoek og Engedal (2017, s. 104) viser til at behandling av depresjon avgjøres av hvilken forståelse man har av den depressive tilstanden. I en dynamisk forståelsesramme skapes depresjonen av en indre konflikt hos pasienten selv. Den indre konflikten oppstår når avstanden mellom samvittigheten og de ideelle kravene man har til seg selv blir for stor sammenlignet med hva man faktisk tror man mestrer. Ved bruk av individuell dynamisk terapi, vil man forsøke å minske denne forskjellen som skaper indre konflikt hos pasienten (Snoek og Engedal, 2017, s. 104). Med kognitiv atferdsterapi vil en forsøke å gjøre pasienten bevisst på hvordan han tenker om egen tilstand og hvordan han gir seg selv negative instruksjoner, og videre prøve å forandre disse tankebanene (Snoek og Engedal, 2017, s. 105). Det kan også være nyttig med familie- eller parterapi der familierelasjoner skaper eller opprettholder depresjonen, eller der pasientens depresjon får store konsekvenser for familien (Snoek og Engedal, 2017, s. 105).

2.3 SORGREAKSJON

Ved første øyekast kan det være vanskelig å skille mellom sorg og depresjon (Hummelvold, 2014, s. 194). Felles for sorg og depresjon er fortvilelse. Når en mister en som står en nær, vil en oppleve sorg. Det å sørge er viktig og det er nødvendig å sørge og å akseptere tapet av en nær person (Hummelvold, 2014, s. 194).

Sorgarbeid er tidkrevende og tapper krefter, men det er nødvendig for å på nytt kunne involvere seg i livet og andre mennesker (Hummelvold 2014, s. 194). Sorg vil i større grad ha en klarere og mer direkte utløsende årsak enn depresjon (Hummelvold 2014, s. 196-197)

2.4 SELVBILDE

I følge Hummelvold (2014, s. 135) kan selvbilde sees på som en sammensetning av en fysisk identitet, det fysiske selvet, og en personlig identitet, det personlige selvet. Under det fysiske selvet ligger kroppsoppfatningen, altså summen av de bevisste og ubevisste holdninger vi har til egen kropp og dette påvirkes hele tiden av hvordan de kroppslige funksjonene utvikler seg (Hummelvold, 2014 s. 136). Når deler av det fysiske selvet blir berørt av tap, kan selvbildet slå sprekker. Det vil da være nødvendig å reorientere det fysiske selvbildet og finne nye måter å erstatte de tapte funksjonene på (Hummelvold, 2014, s. 137).

I følge Hummelvold (2014, s. 137) kan kroppen også sees på som vår sosiale selv. Det er med kroppen vi uttrykker oss og viser oss frem til verden. Det personlige selvet kan oppfattes som ideal-selvet, det moralske selvet, selvaktelse og selv-konsistens (Hummelvold, 2014, s. 137). Med ideal-selvet menes personens oppfattelse av hvordan han burde oppføre seg ut fra personlige idealer. Det moralske selvet er den funksjonen som dømmer personen ut fra hvordan han syns han burde være opp mot hvordan han syns han er. Selvaktelse er personens oppfatning av hans egenverd (Hummelvold, 2014, s. 138). Selvaktelsen påvirkes både av personens egen oppfatning av seg selv og personens oppfattelse av andres synspunkter, respekt og kjærlighet til han selv (Hummelvold, 2014, s. 138).

Selv-konsistens er personens behov for en fast og vedvarende selv-organisering (Hummelvold, 2014, s. 140).

2.5 MOTIVERENDE INTERVJU

Motiverende intervju, eller motiverende samtale, er en effektiv og empatisk metode for samtaler om endring, motivasjon og mestring. Målet er at pasienten skal få mulighet til å overtale seg selv til å bestemme at endring skal skje, og å tenke ut hvordan han best kan få det til (Helsedirektoratet, 2017). Grunnverdiene i motiverende intervju er partnerskap, aksept, medfølelse og nysgjerrighet/fremkallelse. Partnerskap vil si at sykepleier og pasient skal sammen finne problemet og målet. Sykepleier skal ikke ha en manipulerende rolle i partnerskapet. Aksept går ut på at det å føle aksept fremmer forandring. Pasienten har alltid et valg og dette må anerkjennes i samtaler om endring. Nysgjerrighet/fremkallelse vil si at sykepleier gjør en aktiv innsats for å forstå hvordan pasienten har det. Sykepleier lytter aktivt ved å speile det som blir sagt (Helsedirektoratet, 2017).

2.6 JOYCE TRAVELBEE

Joyce Travelbee (1999, s. 29) definerer sykepleie som "... en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikanten hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene". Travelbee (1999, s. 177-178) viser til at sykepleie er en mellommenneskelig prosess der menneske-til-menneske-forholdet står i sentrum. I motsetning til pasient-sykepleier-forholdet, ser Travelbee på menneske-til-menneske-forholdet som et likeverdig forhold. I dette forholdet finnes det to parter som forholder seg til hverandre som to menneskelige individer. Selv om det er to parter i forholdet, er det sykepleier som har ansvar for å opprette og vedlikeholde dette forholdet.

I følge Travelbee (1999, s. 219) er sykepleiens mål og hensikt å hjelpe enkeltindividet, familien og samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og å finne mening i erfaringene med sykdom og lidelse. Travelbee (1999, s. 219) mener at mening også kan finnes i sykdom og lidelse, og at det er mulig å bruke sykdomserfaring som en positiv livserfaring. For å hjelpe en person å finne mening i sykdom og lidelse, må sykepleieren hjelpe personen å finne mening i de reglene personen må følge for å bevare helsen og kontrollere symptomer og sykepleieren må hjelpe personen å akseptere de begrensningene sykdommen medfører (Travelbee, 2017, s. 228). Konkret mener Travelbee (1999, side 231-232) at en sykepleier må vise personen at en er til å stole på, ved å være oppmerksom på samtlige av den sykes ønsker og behov. Sykepleieren bør ikke gå dypt inn i hvorfor den syke opplever sykdommen som unødvendig eller meningsløs. Så fort den syke har bekreftet disse tankene og følelsene, bør ikke dette utdypes mer. Deretter bør sykepleieren hjelpe den syke til å godta sin menneskelighet. Det å godta at en er menneskelig, kan være en god hjelp til å godta at en kan bli alvorlig syk (Travelbee, 1999, s. 232). Når en sykepleier skal hjelpe en pasient til å godta sin menneskelige natur og sin menneskelige disposisjon for å bli syk, kan sykepleier fortelle en kjent historie som poengterer det at alle kan bli syke (Travelbee, 1999, s. 233). Sykepleier kan også bruke en teknikk Travelbee (1999, s. 234) kaller problemkamouflering. Ved problemkamouflering bruker sykepleier ordene "vi", "oss" og "våre" om pasientens problemer. På denne måten kan problemet bli lettere for pasienten å håndtere følelsesmessig. Det kan også gjøre at pasienten kan klare å distansere seg noe fra problemene (Travelbee, 1999, s. 234).

Joyce Travelbee (1999, s. 35) presenterer begrepet helsefremmende undervisning, der sykepleiers rolle er å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdom og å finne mening i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene. Dersom pasienten endrer sine rutiner med grunnlag i at helsepersonell ser det som hensiktsmessig, uten å forstå meningen i endringene, kan endringene virke meningsløse og håpløse for pasienten. Dersom pasienten har fått helsefremmende undervisning, slik Travelbee (1999, s. 35) legger det frem, kan pasienten forstå hvorfor disse endringene må gjøres og dermed forstå hvordan endringene kan gagne pasientens liv og mestringsfølelse.

2.7 NASJONAL RETNINGSLINJE FOR BEHANDLING OG REHABILITERING VED HJERNESLAG

Helsedirektoratet (2010, s. 1) utarbeidet nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag for å bidra til en forskningsbasert, effektiv behandling av og kvalitet for pasienter rammet av hjerneslag. Målgruppen for retningslinjen er helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010, s. 1). I følge Helsedirektoratet (2010, s. 132) er emosjonelle symptomer blant de mest oversette problemene etter hjerneslag.

Depresjon bør vurderes hos pasienten i løpet av den første måneden etter hjerneslaget. Ikke-medikamentell behandling som kan være aktuell inkluderer støttesamtaler, informasjon til pasient og pårørende, for eksempel ved et lærings- og mestringssenter, og oppfordring til fysisk aktivitet og trening (Helsedirektoratet, 2010, s. 133). Ved et lærings- og mestringssenter kan en møte helsepersonell, pasienter, pårørende og erfarne representanter fra brukerorganisasjonene (Helse Bergen, u.å., Lærings- og mestringssenteret) Målet ved disse sentrene er at pasienter og pårørende skal få mulighet til å få veiledning til å mestre hverdagen med langvarig sykdom eller nedsatt funksjon (Helse Bergen, u.å., Lærings- og mestringssenteret). Lærings- og mestringssenteret skal ha en koordinerende oppgave der de utvikler læringstilbud for ulike diagnoser og stimulerer til samarbeid om opplæring mellom brukerorganisasjoner, helsepersonell, kommunehelsetjenesten og sykehusene (Helse Bergen u.å., Lærings- og mestringssenteret).

Et trygt og godt miljø rundt pasienten i rehabiliteringsfasen har god effekt på den psykiske helsen. Det er også viktig å kartlegge og eventuelt fjerne utløsende og medvirkende årsaker til depresjon, som smerte og sosial isolasjon (Helsedirektoratet, 2010, s. 133).

3.0 METODE

3.1 LITTERATURSTUDIUM

Denne oppgaven er et litteraturstudium. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2017, s. 79). Først utarbeidet jeg en problemstilling ut fra det temaet jeg ønsket å undersøke. Deretter var det nødvendig å søke etter hva som finnes av litteratur innen fagområdet som kan bidra til å besvare problemstillingen (Dalland 2017, s. 222). Diskusjonen i denne oppgaven baserer seg på et antall utvalgte artikler (Thidemann, 2017, s. 81) diskutert i et teoretisk perspektiv (Dalland, 2017, s. 224).

3.2 SØKEMETODE

Ut fra problemstillingen ble det satt opp en PICO med emneord (Vedlegg 1). PICO er et rammeverk for å operasjonalisere problemstillingen (Thiedemann, 2017, s. 86). Jeg valgte å bruke dette verktøyet for å finne frem til aktuelle søkeord fra problemstillingen. Ved hjelp av en nettside laget i samarbeid mellom Folkehelseinstituttet, Helsebiblioteket og Universitetet i Agder, med søkemotor for mesh-ord ble de norske ordene fra problemstillingen søkt opp som engelske mesh-ord (<http://mesh.uia.no>). Mesh-ordene stroke, depression, depressive symptoms, nursing, rehabilitation nursing og mental health nursing ble satt inn i PICO-skjemaet (Vedlegg 1). På grunn av manglende mesh-ord i søkemototen, ble ikke nursing intervention tatt med i PICO. Søkeord som ble brukt var stroke, depression poststroke depression, nursing, rehabilitating nursing og mental health nursing. Ordet poststroke depression ble brukt som søkeord, men ikke som mesh-ord, da det heller ikke var lagt inn som mesh-ord i databasen. Søkeordene ble satt sammen med AND og OR. Søkeordene depression, depressive symptoms og poststroke depression ble kombinert i søket med ordet OR. Søkeordene nursing, rehabilitation nursing og mental health nursing ble kombinert med ordet OR. Til slutt ble søkeordene som var kombinert med OR og de resterende søkeordene kombinert med ordet AND (Vedlegg 2).

Søkeordene ble brukt til å søke i databasene Psychinfo, CINAHL, AMED, Epistemonikos, Medline, Svemed og Cochrane library. Søket ble i alle databaser begrenset til å omfatte studier fra de siste ti årene, altså fra 2009 (Vedlegg 2). Det ble ikke gjort ytterligere begrensninger i søket for å unngå å miste aktuelle artikler.

Det ble også gjort et søk i google scholar og et manuelt søk i referanselister til aktuelle artikler ble undersøkt. Dette ble gjort for å fange opp aktuelle artikler som eventuelt ikke hadde kommet med i søket i databasene.

Underveis i prosessen var det nødvendig med assistanse fra søkeakutten på biblioteket på Høgskulen på Vestlandet. Jeg fikk her hjelp til å sette opp en relevant PICO og hjelp til å sette søkeordene riktig inn i søkemotorene jeg ønsket å bruke.

3.3 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Ut fra problemstillingen var det aktuelt å inkludere studier som handlet om ikke-medikamentell behandling, studier som undersøker tiltak og effekt av tiltak, studier som undersøker sykepleierelevante tiltak og studier på norsk og engelsk. Studier som bruker medikamentelle tiltak ble ekskludert og studier som er eldre enn ti år ble ekskludert.

3.4 UTVALGSPROSESS

Etter utført søk i databaser var det behov for å vurdere artiklene opp mot relevans for problemstillingen. Søket i databasene ga et stort antall treff og det var nødvendig å gjøre en systematisk utvalgsprosess.

Først ble det gjort en vurdering av artiklene ut fra tittel. Deretter ble sammendragene til de aktuelle artiklene lest. Etter å ha lest fulltekst ble aktuelle artikler vurdert med sjekklister for kvalitativ studie (Critical appraisal programme 2018b) og sjekklister for

systematisk oversikt (Critical appraisal programme 2018a) for å rette et kritisk blikk på utføringen og resultatene av studiene. Artikkene ble valgt ut etter de oppsatte inklusjons- og eksklusjonskriteriene (se kapittel 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier). Underveis i søkeprosessen viste det seg at det var lite nyere forskning på området. Ut fra søkeordene og begrensningen gjort til de siste ti årene, ble 743 artikler funnet i databasene. Av disse var kun 3 artikler aktuelle for å besvare problemstillingen (Vedlegg 3). Dette viser til at det er gjort lite forskning gjort på området de siste ti årene og det gjorde det utfordrende å skulle besvare problemstillingen.

Analyse av artiklene ble gjort ved flere nøye gjennomlesninger med tanke på å besvare problemstillingen. Innholdet ble sortert ved å sette opp en litteraturmatrikse (Vedlegg 4). Ved å sette innholdet i artiklene inn i en litteraturmatrikse ble relevante resultater i artiklene trukket frem og irrelevante resultater ble ekskludert. Noen artikler hadde spennende og aktuelle hensikter, men inneholdt intervensjoner med medikamenter. Denne oppgaven baserer seg kun på sykepleietiltak og kun på tiltak uten bruk av medikamenter, og derfor måtte alle studier og artikler som brukte medikamenter som en del av tiltaket, ekskluderes.

En kvalitativ studie (Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal og Kim, 2011) gjort med dybdeintervju hadde ikke til klar hensikt å finne sykepleietiltak mot depresjon etter hjerneslag, men gikk i dybden på hvordan pasienter opplever det å være deprimerte etter hjerneslag. På bakgrunn av problemstillingen og teorigrunnet i denne oppgaven, ble denne studien inkludert, da data fra disse intervjuene kan vise til tiltak sykepleiere kan iverksette.

Det ble gjort en syntese av de aktuelle resultatene, der resultatene ble trukket ut av de aktuelle artiklene og satt inn i aktuelle tema under kapittel 4. Resultater i artiklene som ikke viste seg relevant for problemstillingen vil ikke bli nevnt videre i denne oppgaven. Videre blir resultatene diskutert opp mot teori og egen erfaring fra praksis i kapittel 5. Resultatene presenteres som de er presentert i artiklene.

3.5 KRITISK VURDERING

Artiklene som var aktuelle å ta med etter lest fulltekst, ble kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister fra Critical Appraisal Skills Programme (2018a, 2018b). Alle artiklene som ble vurdert som aktuelle etter å ha lest artikkelen i fulltekst, fikk akseptable antall poeng ut fra sjekklisten, og ble vurdert som troverdige og pålitelige.

Søket som ble utført har både svakheter og styrker. Styrkene er at det ble søkt i flere forskjellige databaser, som gir et bredt resultat. Artiklene er nøye vurdert og det er brukt kvalitetssikrede verktøy for å vurdere kvaliteten på artiklene som er valgt ut (Critical Appraisal Skills Programme, 2018a, 2018b). Den største utfordringen ved dette søket var mangelen på nyere forskning innen fagfeltet. Flertallet av nyere forskningsartikler omhandlet medikamentelle intervensjoner og ble på grunn av oppgavens problemstilling ikke aktuelle. Det ble satt en begrensning at artiklene ikke skulle være eldre enn ti år og dette kan ha vært en begrensning for resultatet av søket. Søket kan være svekket grunnet min manglende erfaring og ferdighet rundt søkeprosessen. Min manglende erfaring kan ha påvirket søkeprosessen, ved at den kan ha vært lite effektiv og at det kan være mulig at jeg ikke har fått med aktuelle søkeord eller satt opp en korrekt og optimal søkemetode. Søket ga 743 artikler, men kun 3 av disse var aktuelle for problemstillingen. Det at søket ga et så stort antall irrelevante artikler viser at mine søkeferdigheter ikke er optimale og at søket kunne vært gjort på en mer hensiktsmessig måte der jeg kunne fått flere og mer relevante resultater.

Med utgangspunkt i kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket, 2016a) søkte jeg i utgangspunktet etter systematiske oversikter, da dette kan gi en god oversikt over forskning som er gjort rundt den aktuelle problemstillingen. Det ble tatt med en enkeltstudie (Kouwenhoven et al. 2011) da denne viste seg å være aktuell for å svare på problemstillingen. I det teoretiske grunnlaget i denne oppgaven ble det også brukt en kunnskapsbasert retningslinje (Helsedirektoratet, 2010) fra det nest øverste leddet i kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket 2016a).

Teoretiske kilder ble i denne oppgaven hovedsakelig valgt ut fra pensumlisten fra sykepleieutdanningen på Høgskulen på Vestlandet. Dette ble vurdert som relevant og pålitelig litteratur, da denne litteraturen er vurdert av lærere ved utdanningen som relevant litteratur. I denne oppgaven er det referert til boken av Joyce Travelbee oversatt til norsk. En oversetting kan føre til at informasjon og formuleringer blir misforstått eller oppfattet annerledes enn det forfatteren opprinnelig hadde som intensjon. Denne feilmarginen må tas i betraktning når denne oversatte versjonen av boken er tatt i bruk i denne oppgaven. Den teoretiske litteraturen benyttet i denne oppgaven har stedvis funksjon som sekundærlitteratur, som vil si at litteraturen refererer til annen litteratur. Jeg har som mål å kun bruke primærlitteratur, men har i enkelte tilfeller brukt sekundærlitteratur. Dette kan føre til at fakta og informasjon kan gå tapt i overføringen fra en forfatter til en annen. Ved å ikke oppsøke den primære kilden kan jeg også miste informasjon og fakta som kunne vært aktuell for å besvare problemstillingen. Grunnen til at jeg har valgt å bruke sekundærlitteratur i enkelte tilfeller, er fordi jeg ønsket å beholde min teoretiske kilde sitt syn på temaet, uten å trekke inn for mange forfatteres syn på samme tema.

Kilder fra internett er vurdert ut fra hvem som står som utgiver og forfatter. I hovedsak er det teori fra Helsedirektoratet som er tatt i bruk, da dette i denne sammenheng regnes som pålitelig og godt forskningsbasert fagstoff.

3.6 ETISK VURDERING

I en litteraturstudie er det viktig at en er klar over at en benytter seg av andres forskning. Å bruke referansene riktig slik at forfatterne av studien kommer klart og tydelig frem er en måte å vise hvem som har gjort arbeidet bak studien. Det er ingen intensjoner i denne oppgaven om å ta på seg ansvaret for forskningen andre har gjort, men heller å diskutere og videreformidle det arbeidet som er gjort og å diskutere det i et nytt lys. De systematiske oversiktene i denne oppgaven inkluderer flere andre studier og resultatene som brukes i denne oppgaven stammer fra studier som ikke refereres til i denne oppgaven. Dette er etisk sett ikke riktig etter min mening, men jeg har valgt å kun referere til den systematiske oversikten for å gjøre

denne oppgaven oversiktlig å lese og med tanke på at en kan spore forfattere av enkeltstudiene i de systematiske oversiktene ved finne den systematiske oversikten i litteraturlisten i denne oppgaven.

I det teoretiske grunnlaget i denne oppgaven har jeg som hovedregel brukt primærlitteratur og referert korrekt til disse med hensikt å gi forfatterne av litteraturen den anerkjennelsen de bør ha for det arbeidet de har gjort.

Forskningen som er brukt i denne oppgaven er vurdert som etisk riktig utført. Den kvalitative studien har blitt godkjent i regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, sørøst-Norge og deltakerne i studien har fått grundig informasjon om studien og skrevet under på et samtykkeskjema for deltakelse i studien. De andre studiene inkludert i denne oppgaven er systematiske oversikter, der forfatterne har tatt vurderingen om studiene inkludert er etisk forsvarlig. Jeg velger å stole på forfatterne av de systematiske oversiktene når det kommer til etiske spørsmål rundt deltakelsen i de enkelte studiene som er inkludert.

I diskusjonsdelen av denne oppgaven vil det bli brukt erfaringer fra egen praksis. Disse historiene og erfaringene er anonymisert og jeg anser ikke pasientenes personvern for å være krenket. Erfaringene er basert på enkelte små samtaler og er ikke samlet inn med hensikt å bruke det til forskning, og jeg anser det å bruke slike erfaringer for å være etisk forsvarlig.

4.0 RESULTAT

For å besvare problemstillingen i denne oppgaven viste fire artikler seg som aktuelle da de omhandlet tiltak sykepleiere kan gjøre for å hjelpe pasienter med depressive symptomer etter hjerneslag. De fire artiklene vil i dette kapitlet presenteres sortert etter temaet resultatene i artiklene fremstiller.

4.1 INFORMASJON

de Man-van Ginkel et al. (2010) presenterer en meta-analyse som viser resultater av aktiv informasjon. Aktiv informasjon i denne studien ble regnet som informasjon der det ble lagt opp til at pasienten skulle få ta til seg informasjonen og en plan for å klargjøre og bekrefte informasjonen.

I den systematiske oversikten gjort av de Man-van Ginkel et al. (2010) vises det til at aktiv informasjon har god effekt på alvorligheten av depresjonen, men ikke en betydelig effekt på antall deprimerte. En annen studie inkludert i den systematiske oversikten til de Man-van Ginkel et al. (2010) viser gode resultater for et utdanningsprogram over 82 timer, der pasienten lærer å utvikle mestringsstrategier for å ta vare på seg selv. Dette utdanningsprogrammet hadde god effekt på alvorligheten av depresjonen, men ikke betydelig effekt på antall deprimerte.

4.2 MESTRING

Korpershoek, van der Bijl og Hafsteinsdottir (2011) presenterer i sin systematiske oversikt effekten av mestringsstroens påvirkning på mobilitet, ADL-funksjoner, depresjon og livskvalitet. Denne systematiske oversikten fant at sammenhengen mellom mestringsstro og depresjon var undersøkt i fire studier. En studie fant at pasienter som hadde liten tro på at en kan mestre å ta vare på seg selv var vesentlig mer deprimerte enn pasienter med stor tro på egen mestringssevne. Videre fant en annen studie at pasienter med alvorlige depressive symptomer hadde lavere mestringsstro. Mestringsstro var positivt assosiert med god bruk av mestringsstrategier

og positive syn på livet, mens pasienter med alvorlige depressive symptomer brukte mestringsstrategier på en mindre effektiv måte. En studie viste at pasienter med liten tro på egen mestring i henhold til hukommelse, var vesentlig mer deprimerte enn de som hadde stor tro på egen mestring i henhold til hukommelse. Den systematiske oversikten til Korpershoek et al. (2011) har ikke funnet noen spesifikke effektive tiltak mot depresjon ved bruk av mestringstro.

de Man-van Ginkel et al. (2010) fant flere studier som undersøker forskjellige former for støtteprogram. Disse studiene er utført veldig forskjellig og støtteprogrammene utføres på ulik måte. De fleste av disse studiene ga ingen resultater på depresjon hos pasienter som hadde hatt hjerneslag. En RCT undersøkte effekten av et spesifikt sykepleiestøtteprogram. RCT er en forkortelse for engelske Randomized Controlled Trial, som på norsk vil si randomisert kontrollert studie. I følge Helsebiblioteket (2016b) vil deltakerne i en RCT deles tilfeldig inn i to grupper, der den ene er en kontrollgruppe og den andre en eksperimentell gruppe. En RCT er en tidsavgrenset studie, der de etter en viss tid sammenligner kontrollgruppen med eksperimentgruppen. En RCT egner seg godt for å finne effekten av tiltak (Helsebiblioteket, 2016b). RCT-studien inkludert i den systematiske oversikten til de Man-van Ginkel et al. (2010) som undersøkte effekten av sykepleiestøtteprogram, gikk over tre måneder og inkluderte tre hovedelementer: aktivere pasienten til å forstå og akseptere diagnosen og behandlingen av depresjonen, ta initiativ til antidepressive medikamenter og observere effekten av behandlingen. Dette programmet viste betydelig effekt i å redusere alvorligheten av depresjonen.

Kouwenhoven et al. (2011) sin kvalitative studie viser at pasienter som har vært gjennom et hjerneslag beskriver en følelse av å være fanget. Det å føle seg fanget ble beskrevet på tre måter. Det å føle seg fanget i egen kropp, ved at en ikke lenger har evnen til å uttrykke seg som før, og dermed lever på innsiden av seg selv, uten å kunne uttrykke sine ønsker og behov. Den andre måten å føle seg fanget på var at kroppen hadde fanget en i kjedsomhet og isolasjon. Det å trenge hjelp til alle aktiviteter som en tidligere kunne gjøre selv, gjør at en føler seg isolert. Bare det å miste førerkortet og å trenge hjelp til å bevege seg, gjør at en ikke kan leve som tidligere. Den tredje måten å føle seg fanget på var ved at en beskytter seg selv mot

ubehagelige sosiale situasjoner. En deltaker beskrev hvordan hun ikke turte å møte mennesker lenger i frykt for å måtte svare på spørsmål hun ikke følte hun kunne svare på, på grunn av konsekvenser av hjerneslaget.

4.3 MOTIVASJON

de Man-van Ginkel et al. (2010) har tatt med en RCT der de undersøker effekten av motiverende intervju på depresjon etter hjerneslag. Motiverende intervju ble her gjennomført i individuelle møter der de diskuterte dilemmaer, ambivalens og motiverte pasientene til å identifisere egne løsninger for å få frem optimisme og mestring. Tre måneder etter hjerneslaget viste det seg at dette hadde hatt en god effekt på antall deprimerede pasienter som hadde hatt hjerneslag.

4.4 INKLUDERE FAMILIEN

Vallury, Jones og Gray (2015) fant i sin systematiske oversikt fem RCT med effektive familierettede tiltak mot depresjon hos pasienter som har hatt hjerneslag. De tiltakene Vallury et al. (2015) fant som effektive var at sykepleiere jobber aktivt med pasienten og hans familie for å opparbeide seg ferdigheter som kreves for å mestre den nye tilværelsen etter hjerneslaget. Dette aktive arbeidet inkluderte målsettinger, problemløsningsaktiviteter og øving på praktiske ferdigheter som pasienten og hans familie vil trenge i hverdagen. Videre fant Vallury et al. (2015) det effektivt at sykepleier ser til at pasienten mottar koordinert og nødvendig oppfølging og får den støtten han har behov for. Det å strukturere tiltakene, men også å kunne være fleksibel, slik at behandlingen ble tilpasset hver enkelt pasient, viste seg også å være effektivt mot depresjon hos pasienter som har hatt hjerneslag.

Tiltakene i studiene som ble funnet effektive ble alle satt i gang tidlig etter at hjerneslaget oppsto. Det seneste effektive tiltaket som ble satt i gang, var to måneder etter hjerneslaget. Vallury et al. (2015) fant at manglende struktur, få direkte møter og telefonbasert støtte var lite effektive på depresjon etter hjerneslag.

4.5 SE HELE PASIENTEN

Kouwenhoven et al. (2011) fant i sin kvalitative studie at pasienter opplevde å miste seg selv. Det å miste seg selv ble av deltakerne beskrevet som å ha en annen kropp enn de hadde tidligere og følelsen av å være fremmed for seg selv. Det ble en avstand mellom det de forventet av seg selv og det de faktisk klarte å utføre. Dette førte til en følelse av å ikke mestre. Det å ikke kunne kontrollere egne følelser, føltes av flere deltakere som et nederlag. Flere beskrev sitt humør som langt nede og at de lett begynte å gråte eller følte seg triste. Det å miste evnen til å ta vare på seg selv og måtte ha hjelp til alt, føltes for flere som et nederlag. En deltaker beskrev det som å bli et lite barn igjen. Alle deltakerne i studien beskrev det å være trøtt, være utslitt eller mangle energi. En deltaker fortalte om det å sovne under aktiviteter, til og med under måltid.

Flere av deltakerne i studien til Kouwenhoven et al. (2011) fortalte om trettheten som fører til lite initiativ, passivitet og tap av aktiviteter som betyr mye for dem. Ut fra intervjuene i studien har forfatterne kommet frem til metaforen "living a life in shades of grey". Ingen av historiene som ble fortalt hadde beskrivelser av glede, lykke, aggresjon eller irritasjon. De beskrev livet som diffust og nedstemt, en følelse av å miste seg selv. Videre diskuterer studien ansvaret sykepleiere har for å gå i dybden av betydningen hjerneslaget har hatt i livet til pasienten (Kouwenhoven et. al 2011).

I sin systematiske oversikt har de Man-van Ginkel et al. (2010) inkludert en liten RCT som undersøker om life-review therapy har effekt. Life-review therapy går i denne studien ut på tre individuelle timer med en sykepleier, der de diskuterer barndom, oppvekst, familie og hjemmesituasjon. Dette viste seg å ha en god effekt på alvorligheten av depresjon.

5.0 DISKUSJON

5.1 INFORMASJON

Den systematiske oversikten gjort av de Man-van Ginkel et al. (2010) viser en studie der aktiv informasjon har god effekt på alvorligheten av depresjon. I motsetning til passiv informasjon, der informasjonen gis én gang uten oppfølging, ligner aktiv informasjon en læringssituasjon, der det er en samarbeidsprosess for å forsikre seg om at pasienten har forstått og oppfattet informasjonen (de Man-van Ginkel et al. 2010).

Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) foreslår informasjon til pasient og pårørende som et tiltak mot depresjon etter hjerneslag. Denne informasjonen kan blant annet gis ved et lærings- og mestringssenter. For en pasient kan det å bli satt i kontakt med et lærings- og mestringssenter gjøre at den nødvendige informasjonen blir formidlet på en aktiv måte, slik som studien til de Man-van Ginkel et al. (2010) viser har god effekt på alvorligheten av depresjon etter hjerneslag. Ved å ta del i undervisning ved et lærings- og mestringssenter kan både pasienter og pårørende få veiledning og informasjon om det nye livet som venter etter hjerneslag. Her kan de også få veiledning for å finne mestringsstrategier for å kunne leve et selvstendig liv hjemme og å mestre de følelsene som kan oppstå rundt den nye tilværelsen. Et lærings- og mestringssenter kan også være en god arena for sykepleiere for å få kompetanse i det å støtte pasienter med depresjon etter hjerneslag. Ved å ha en arena der alle instansene kan møte erfarne brukerrepresentanter, pasienter og pårørende, kan erfaringer deles og en større forståelse av hverandre på tvers av grupper kan oppstå. Det er likevel et spørsmål om tilbudet ved et lærings- og mestringssenter er tilstrekkelig kringkastet og om pasienter som ville hatt nytte av å delta på aktiviteter ved et slikt senter, får tilstrekkelig informasjon om dette tilbudet.

Helsefremmende undervisning går i følge Travelbee (1999, s. 35) ut på at sykepleier skal hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdom og i de tiltakene som må

settes i verk for å bevare pasientens helse og kontrollere symptomer. For en pasient som er deprimert etter et hjerneslag vil det være nødvendig å gjøre endringer i rutinene i hverdagen. Depressive symptomer etter hjerneslag kan være vanskelig å kombinere med et liv der fysiske utfordringer er en stor del av hverdagen. Sykepleier må hjelpe pasienten til å finne mening i de forandringer som må skje i livet, slik at pasienten forstår meningen i forandringene. Dersom pasienten ikke forstår endringene han gjør, kan endringene virke meningsløse og håpløse for pasienten. Helsefremmende undervisning, slik Travelbee (1999, s. 35) foreslår, kan føre til at sykepleier hjelper pasienten til forstår endringene som må gjøres i livet og dermed forstår hvordan disse endringene kan være til pasientens eget beste.

Kouwenhoven et al. (2011) fant i sine intervjuer at alle deltakerne i studien opplevde at livet forandret seg brått, fra en dag til en annen. Denne plutselige overgangen til et nytt ukjent liv kan være skummel for mange. Pasientene føler de har mistet den kroppen de en gang hadde (Kouwenhoven et al. 2011). Fra egen praksis har jeg opplevd at pasienter føler de har kommet inn i en helt ny verden de ikke visste at fantes. En pasient jeg møtte fortalte at sykepleierne noen ganger glemte at hun var helt ny i denne verden og at hun måtte etterlyse informasjon og støtte. For sykepleier vil det være viktig å hjelpe pasienten til å finne mening i de forandringer som må gjøres i måten de lever sine liv på. Det vil være nødvendig for sykepleier å sørge for at pasienten forstår hvorfor kroppen ikke lenger fungerer som tidligere, og hvorfor nedstemthet og håpløse tanker trenger seg på, slik at de kan finne mening i disse følelsene og bruke erfaringen med depressive symptomer til noe positivt i fremtiden.

5.2 MESTRING

Korpershoek et al. (2011) fant i sin systematiske oversikt ingen effektive tiltak ved bruk av mestringstro som var effektive mot depresjon, men de fant en klar sammenheng mellom det å ha tro på egen mestringsevne og alvorligheten av de depressive symptomene. I følge Joyce Travelbee (1999, s. 219) er sykepleiers mål og hensikt å hjelpe pasienten og familien til å mestre sykdom og lidelse og å finne mening i erfaringene med sykdommen. For at pasienten skal kunne føle mestring i

situasjonen etter hjerneslag, er det nødvendig at pasienten har tro på at han kan mestre situasjonen. Som Korpershoek et al. (2011) viser til i sin systematiske oversikt, er det en klar sammenheng mellom egen tro på mestring og alvorligheten av depresjon. Ved å bruke Travelbees (1999, s. 219) teori, kan sykepleier hjelpe pasienten å finne mening i depresjonen og å bruke erfaringen fra en depresjon som en positiv opplevelse og motivasjon for å mestre og ha tro på egen evne til å mestre de utfordringer som følger et hjerneslag. I den systematiske oversikten gjort av de Man-van Ginkel et al. (2010) fant de et støtteprogram utført av sykepleiere effektivt mot depresjon etter hjerneslag. Ved at sykepleier over en periode møter pasienten og hjelper pasienten å forstå og akseptere depresjonen etter hjerneslaget, slik Travelbee (1999, s. 219) også poengterer, vil pasienten opparbeide tro på egen evne til å mestre livet etter hjerneslag.

Erfaringer fra intervjuene i den kvalitative studien til Kouwenhoven et al. (2011) viser at pasientene følte seg fanget i egen kropp. Pasientene følte ikke lenger at de hadde mulighet til å uttrykke seg på samme måte som tidligere, og de følte at de var fanget i ensomhet og isolasjon. Det samme opplevde jeg i egen praksis, der en pasient kjente på håpløshet da døren ble lukket. Han hadde ikke lenger mulighet til å reise seg opp og oppsøke sosiale situasjoner eller støttende samtaler. Dette gjorde at pasienten ble liggende over lengre tid med egen grubling og egne negative tanker. Det er viktig at sykepleier jobber med menneske-til-menneske forholdet til pasienten, slik at pasienten har tillit til sykepleier (Travelbee, 1999, s. 177-178). På denne måten kan sykepleier oppfatte signaler pasienten sender ut når han trenger hjelp til å mestre slike tunge tanker.

Hummelvold (2014, s. 199-200) beskriver et symptom ved depresjon som en følelse av stor avstand mellom hvordan pasienten mener han burde være og hvordan pasienten oppfatter seg selv. En pasient som opplever depressive symptomer etter et hjerneslag kan oppfatte å ikke mestre de utfordringene som følger etter hjerneslaget. Kouwenhoven et al. (2011) viser til opplevelser fra pasienter der de fremdeles ser seg selv som den personen de var før hjerneslaget. Dersom pasientene har en følelse av at de burde ha samme identitet og samme verdier som

før hjerneslaget, kan avstanden bli stor til hvordan de nå oppfatter seg selv og hvordan de mestrer tilværelsen etter hjerneslag. Denne avstanden kan føre til en følelse av skyld og verdiløshet (Hummelvold, 2014, s. 199-200). For sykepleier kan det være nødvendig å hjelpe pasienten å finne mening i den situasjonen han nå befinner seg i. Sykepleier kan bruke en kjent historie som poengterer det at alle mennesker kan bli syke (Travelbee, 1999, s. 233). Ved at pasienten forstår sin menneskelige disposisjon for å bli syk, kan pasienten akseptere sin sykdom og på denne måten arbeide med å mestre forventninger til seg selv og å justere sine forventninger til seg selv. Sykepleier kan også omtale pasientens problem som "våre", for at pasienten skal føle et samhold og ha mulighet til å ta litt avstand fra de problemene han har (Travelbee, 1999, s. 234).

5.3 MOTIVASJON

de Man-van Ginkel et al. (2010) fant at motiverende intervju der de diskuterte dilemmaer og ambivalens og motiverte pasienten til å finne egne løsninger for å fremme mestring og optimisme effektivt mot alvorligheten av depresjon. I følge Helsedirektoratet (2017) er motiverende intervju noe som kan utføres av flere forskjellige hjelpegrupper. I en situasjon der en pasient som er rammet av hjerneslag opplever depressive symptomer, kan det være hensiktsmessig at en sykepleier utfører det motiverende intervjuet. I følge Travelbee (1999, s. 177-178) har sykepleier ansvar for å opprette og vedlikeholde et menneske-til-menneske forhold med pasienten. Dette skal være et likeverdig forhold mellom to menneskelige individer. Denne relasjonen kan det være nyttig når en pasient har behov for motiverende intervju. Ved motiverende intervju kan pasienten, sammen med sykepleier, jobbe mot en endring av opplevelsen av sykdom. På denne måten kan pasienten kan snu synet fra håpløshetstanker til håp og pasienten kan finne mening i sykdommen, slik Travelbee (1999, s. 219) beskriver sykepleierens mål for møte med pasienten.

de Man-van Ginkel et al. (2010) fant en effektiv RCT der et spesifikt støtteprogram ledet av sykepleiere hadde betydelig effekt i å redusere alvorligheten av depresjon. I denne studien gikk støtteprogrammet ut på å aktivere pasienten til å forstå og

akseptere diagnosen og behandlingen av depresjon og å ta initiativ til å bruke antidepressive medikamenter. Et slikt støtteprogram kan tenkes å utvikles til å også omhandle hjelp til å motivere pasienten til å gjøre tiltak for å mestre depresjonen. Ved å ha jevnlig samtaler med en sykepleier pasienten har en relasjon til, kan det bli en forutsigbar og trygg arena for pasienten å jobbe med egne mestringsstrategier. Det å ha en slik trygg støtteperson kan være en motivasjon for pasienten for å kunne mestre depressive symptomer etter hjerneslag. Av egen erfaring kan et slikt støtteprogram, mot sin hensikt, føre til at pasienten kjenner på uønsket press og at han føler han må prestere mer enn det han er i stand til. Det er her viktig at sykepleier snakker med pasienten om hvilke forventninger de har til hverandre og at sykepleier er observant rundt pasientens selvbilde. Som Hummelvold (2014, s. 199-200) skriver, kan det være stor avstand mellom hva pasienten forventer av seg selv og hva pasienten faktisk mestrer. Det er viktig at sykepleier ikke legger for mye press på pasientens evne til å mestre egen depresjon, samtidig som det å motivere pasienten kan føre til et behov for noe press fra sykepleiers side.

5.4 INKLUDERE FAMILIEN

Når et nært familiemedlem får et hjerneslag, kan det påvirke livene til alle i familien. Et hjerneslag påvirker ikke bare pasienten som rammes av hjerneslaget, men også familiene deres, som lider av sykdommen mist like ofte som pasienten selv (Vallury et al. 2015). Avhengig av hvilke utfall pasienten får etter hjerneslaget, vil pasientens liv forandre seg under og etter rehabilitering. Mange pasienter som har vært gjennom rehabilitering etter hjerneslag vil ikke oppnå full funksjon igjen. Dette kan påvirke familien, da det kan bli behov for nye rutiner i hjemmet og endrede prioriteringer for hele familien.

Den systematiske oversikten av Vallury et al. (2015) viser at effektive familierettede tiltak hovedsakelig går ut på å inkludere familien i rehabiliteringen og å sette felles mål for hele familien. Oversikten viser også at det å hjelpe familien til å mestre den nye hverdagen og finne felles problemløsningsstrategier er effektivt mot depresjon

etter hjerneslag. Å ha et nært familiemedlem som har overlevd et hjerneslag, og som har depressive symptomer i etterkant, kan være belastende for både pasienten selv og familien. Fra egen erfaring i rehabiliteringsavdeling erfarte jeg at familien opplever en stor glede over at pasienten overlevde hjerneslaget og at det gikk så bra som det gikk, tross utfallene. Om pasienten da har depressive symptomer med tanker om skyld, skam og lite initiativ, vil det kunne bli en stor avstand mellom pasientens og familiens forståelse av situasjonen. Pasienten kan føle at familien ikke forstår hva han går gjennom og hvordan han har det, mens familien vil kunne føle på maktesløshet overfor pasientens nedstemte følelser. Sykepleier kan her veilede familien og pasienten til å finne en felles forståelse for situasjonen. Ved hjelp av denne veiledningen, kan familien og pasienten sammen finne frem til felles mål og felles mestringsstrategier, der både pasientens og familiens synspunkter og behov er dekket.

Fra egen erfaring i rehabiliteringsavdeling for pasienter som har hatt hjerneslag opplevde jeg at pasientene var bekymret for sin nærmeste familie. Pasientene var redd for at deres sykdom skulle være en belastning ved hjemkomst og at familien skulle oppleve depresjon på grunn av dem. Ut fra de opplevelsene jeg har fra egen praksis, ser jeg viktigheten i de effektive tiltakene Vallury et al. (2015) fant. Det å inkludere hele familien og finne felles mål og mestringsstrategier, kan gjøre at familien ser hvordan pasienten jobber og hvordan de kan mestre livet hjemme med de utfall som følger pasienten.

5.5 SE HELE PASIENTEN

Sykepleier har et ansvar for å behandle hele pasienten, både psykisk, fysisk og åndelig. Etter et hjerneslag kan det være mye fokus på de synlige utfallene slik at en kan overse de psykiske utfallene. Det å ha fokus på pasientens opplevelse av situasjonen og å ta på alvor de behov og ønsker pasienten har (Travelbee, 1999, s. 231-232), kan bidra til at pasienten føler håp og tilhørighet i en vanskelig situasjon. For en sykepleier kan det være nødvendig å snakke med pasienten om hvordan han oppfatter seg selv i den nye situasjonen etter hjerneslaget og hvordan pasientens

selvbilde kan ha forandret seg. Hummelvold (2014, s. 135) ser selvbildet som en sammensetning av det fysiske selvet og det psykiske selvet. I følge Hummelvold (2014, s. 137) kan selvbildet slå sprekker når deler av det fysiske selvet blir berørt av tap. Det vil da være nødvendig å reorientere det fysiske selvbildet og finne nye måter å erstatte de tapte funksjonene på. Etter et hjerneslag vil pasientens selvbilde påvirkes, og dette kan føre til depressive symptomer som skyld, skam, isolasjon og en følelse av å være verdiløs. Ved at sykepleier veileder pasienten til å reorientere det fysiske selvbildet, vil pasienten kunne bearbeide og redusere de depressive tankene og opplevelsene av seg selv.

Kouwenhoven et al. (2011) foreslår at sykepleiere må ha innsikt i alvorligheten av de forandringene som har skjedd i pasientens liv. Selv om det kan være vanskelig å oppfatte depressive symptomer etter hjerneslag, signaliserer pasientene som var inkludert i studien til Kouwenhoven et al. (2011) at de har behov for støtte og hjelp. Det å ha hatt et hjerneslag kan sammenlignes med en "liten død" eller en personlig krise. (Kouwenhoven et al. 2011). For de fleste pasienter vil det oppstå en sorgreaksjon og det vil være nødvendig å gjennomgå en sorgprosess. I følge Hummelvold (2014, s. 194) er det nødvendig å bearbeide sorgen for å på nytt kunne involvere seg i livet og andre mennesker. Ved å hjelpe pasienten til å mestre sorgen og å finne mening i de depressive symptomene, vil pasienten kunne bruke erfaringen til noe positivt i fremtiden. Ved å bruke tid med pasienten, også utenom de rutinebelagte, fysiske behovene, vil sykepleier kunne opprette og vedlikeholde et menneske-til-menneske forhold med pasienten, slik Travelbee (1999, s. 177-178) sin teori har beskrevet. Å ha et tillitsforhold til pasienten og å bruke tid med pasienten vil kunne gjøre at sykepleier kan observere og oppdage behov pasienten har for å bearbeide sorg, reorientere selvbilde og snakke om følelser han har rundt situasjonen han er i etter hjerneslaget. Et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient vil også kunne gjøre at pasienten føler en tilhørighet og en nærhet til et annet menneske. Dette kan være viktig i en situasjon der han ikke lenger har initiativ, krefter eller fysiske forutsetninger til å oppsøke sosiale eller støttende situasjoner. Det er viktig at sykepleier er tilstede for pasienten slik at pasientens behov, også de psykiske og sosiale, blir ivaretatt.

de Man-van Ginkel et al. (2010) fant en liten RCT som undersøker life-review therapy, der det viser seg at det å diskutere barndom, oppvekst, familie og hjemmesituasjon kan ha god effekt på alvorligheten av depresjon. Det er her et spørsmål om pasientene inkludert i denne studien har en depresjon fra tidligere eller om det er andre årsaker enn hjerneslaget som har utløst depresjonen. Om pasienten har tidligere historie med depressive reaksjoner, kan det være depresjonen er en depressiv episode, en kronisk stemningslidelse (Snoek og Engedal, 2017, s. 103). Det å ha en stemningslidelse fra tidligere når en får hjerneslag vil ikke nødvendigvis gjøre de depressive symptomene etter hjerneslaget lettere å mestre. Det kan her være nødvendig at sykepleier må fokusere på andre områder og mestringsstrategier enn om depresjonen kommer som en enkelthendelse og med hjerneslaget som en direkte utløsende faktor. Selv om depresjonen er en depressiv reaksjon, kan det være hensiktsmessig å diskutere forholdene rundt barndom, oppvekst, familie og hjemmesituasjon. I praksis møtte jeg en pasient som hadde vonde opplevelser fra barndommen, men disse hadde han lagt bak seg og han hadde ikke følt på de vonde følelsene på mange år. I etterkant av hjerneslaget beskrev han disse vonde minnene og følelsene fra barndommen som påtrengende og han opplevde at han på nytt måtte bearbeide og mestre situasjoner og følelser han trodde han var ferdig med. Life-review therapy kan være hensiktsmessig for mange pasienter, men det er viktig å vurdere hva pasienten vil ha nytte av og lytte til pasientens behov for å bearbeide opplevelser eller følelser fra før hjerneslaget. Om sykepleier ser at pasienten har behov for å bearbeide hendelser eller situasjoner fra før hjerneslaget, kan det være nødvendig å sette i gang med life-review therapy for å støtte pasienten med å mestre vonde følelser.

6.0 KONKLUSJON

Problemstillingen "Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter mestrer depressive symptomer etter hjerneslag?" ble gjennom et systematisk litteratursøk forsøkt besvart. Underveis i litteratursøket viste det seg at det finnes lite nyere forskning på området. Gjennomgangen av forskning viste flere tiltak sykepleiere kan utføre for å bidra til at pasienten mestrer depressive symptomer etter hjerneslag.

Ved at sykepleier gir pasienten og familien informasjon på en aktiv måte, kan pasienten og familien bedre forstå situasjonen og mestre de utfordringer som følger med en depresjon etter hjerneslag. Sykepleier kan bruke helsefremmende undervisning som et tiltak for pasienter som ikke føler de mestrer de depressive symptomene og sykepleier kan sette pasienten i kontakt med et lærings- og mestringssenter for videre informasjon og veiledning til mestring av de depressive symptomene. Det ble ikke funnet noen spesifikt effektive tiltak ved bruk av mestringstro mot depresjon etter hjerneslag, men det viste seg å være en klar sammenheng mellom liten tro på egen mestringsevne og alvorlighet av depresjon. Ved å bruke Travelbee sin sykepleierteori, kan sykepleier ved hjelp av enkelte tiltak bidra til å øke pasientens tro på egen mestringsevne. Motiverende intervju ble presentert som effektivt mot depresjon etter hjerneslag og ved at sykepleiers bevisste bruk av Travelbees menneske-til-menneske forhold, kan en skape et trygt og godt miljø, der motiverende intervju kan motivere pasienten til å mestre depressive symptomer etter hjerneslag. Et sykepleierledet støtteprogram der pasienten motiveres gjennom jevnlig samtale kan også være effektivt mot depresjon etter hjerneslag. Forskningen viser at sykepleiers inkludering av familien i behandlingen, kan gjøre at pasienten opplever reduserte depressive symptomer. Familien og pasienten bør jobbe sammen om å sette felles mål og sammen forstå de depressive symptomene, slik at de sammen kan finne måter å mestre depresjonen på. Sykepleier må bruke tid med pasienten og opprette og vedlikeholde et godt menneske-til-menneske forhold. Sykepleier må lytte til alle pasientens behov og sammen med pasienten jobbe med å justere og mestre pasientens selvilde og pasientens forventninger til seg selv etter et hjerneslag. Sykepleier kan om nødvendig bruke life-review therapy for å bidra til at pasienten mestrer følelser og opplevelser fra tidligere i livet som pasienten trenger å bearbeide.

Denne litteraturstudien fant ikke mye forskning som kunne besvare problemstillingen, men forskningen som kom frem av litteratursøket er høyst relevant for praksis. Ved å bruke forskning og teoretisk materiale sammen, kan sykepleiere bidra til at pasienten mestrer depressive symptomer etter hjerneslag.

7.0 REFERANSER

Andreasen, H. A. (2015) Sykepleie til pasienter med sykdommer i sentralnervesystemet. I U. Knutstad (red.) *Utøvelse av klinisk sykepleie, sykepleieboken 3* (s. 537-608). Cappelen Damm Akademisk.

Critical Appraisal Skills Programme (2018a). CASP Systematic Review Checklist. Hentet fra: https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable-form.pdf

Critical Appraisal Skills Programme (2018b). CASP Qualitative Checklist. Hentet fra: https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

de Man-van Ginkel, J., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E. Hafsteinsdottir, T.B. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of clinical nursing*, 19, 3274-3290.

Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V. & Anderson, C. S. (2005) Frequency of depression after stroke. *Stroke*, 36, 1330-1340.

Helse Bergen (u.å.) Lærings- og mestringssenteret. Hentet fra: <https://helse-bergen.no/avdelinger/forskings-og-utviklingsavdelinga/fag-og-utdanning/lerings-og-meistringssenteret>

Helsebiblioteket (2016a, 07. Juni) Kildevalg. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket (2016b, 07. Juni) Randomisert kontrollert undersøkelse. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/rct>

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. IS-1688. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2017, 07. mars) Motiverende intervju som metode. Hentet fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Hummelvold, J. K (2015) *Helt – ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo. Gyldendal akademisk.

Korpershoek, C., Van der Bijl, J., Hafsteinsdottir, T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 67(9), 1876-1894.

Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K., Kim, H. S. (2011). 'Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal of advanced nursing*, 68(8), 1726-1737.

Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017) *Psykisatri for helse- og sosialfagutdanningene*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Thiedemann, I. J. (2017) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Univeritetsforlaget.

Thomassen, L (2018) Hjerneslag. *Store medisinske leksikon*. Hentet 15.november 2018 fra
<https://sml.snl.no/hjerneslag>

Travelbee, J (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.) (1. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk

Vallury, K., Jones, M. F., Gray, R. (2015). Do family-oriented interventions reduce poststroke depression? A systematic review and recommendations for practice. *Topics in stroke rehabilitation*, 00(0), 1-8.

8.0 VEDLEGG

VEDLEGG 1 PICO

TABELL 1 PICO

P	Stroke Depression Poststroke depression Depressive symptoms
I	Nursing Rehabilitation nursing Mental health nursing
C	
O	Sykepleier har bidratt til at pasienten mestrer de depressive symptomene etter hjerneslag

VEDLEGG 2 SØKEHISTORIKK

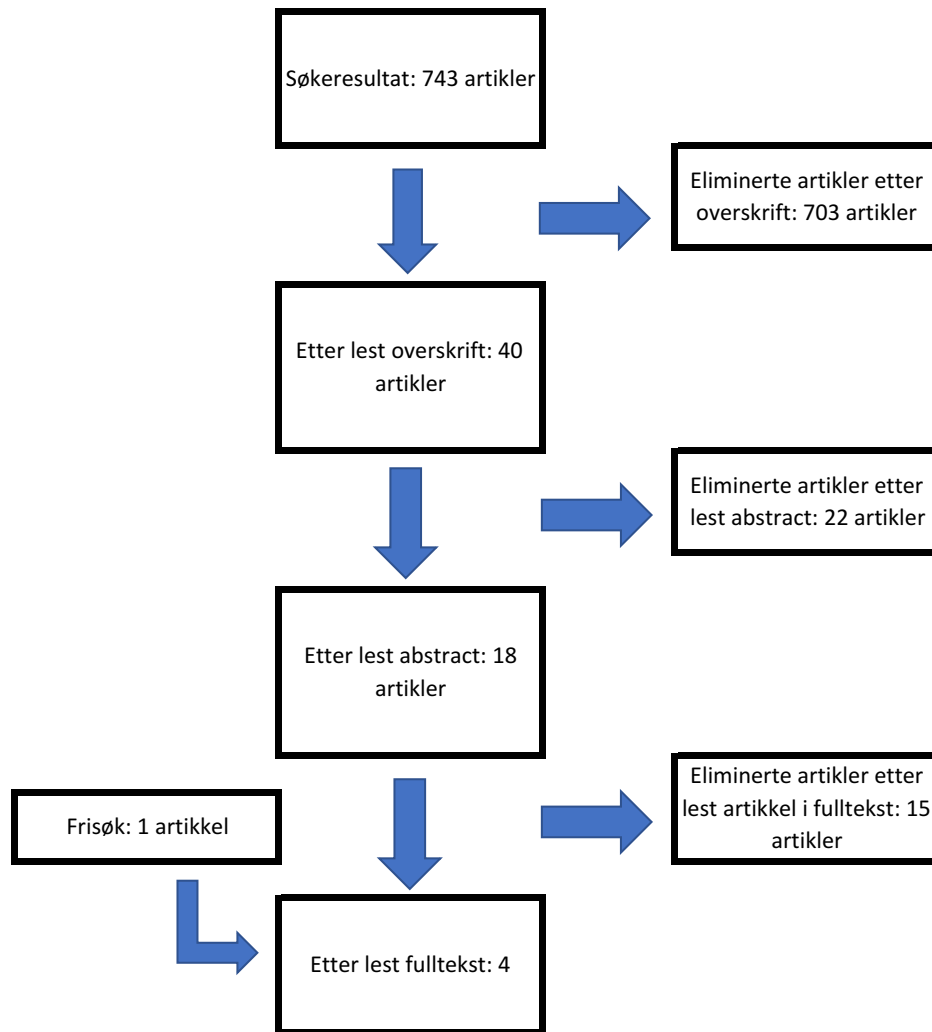
TABELL 2 SØKEHISTORIKK

Database/dato	Søk nr.	Søkeord	Treff	Etter overskrift	Etter abstract	Etter full tekst	Avgrensninger
Epistemonikos 16.04.19	1	Stroke AND depression OR poststroke depression AND rehabilitation nursing OR mental health nursing	60	25	7	2	Siste 10 år
CINAHL 16.04.19	1	S1 (MH"stroke") OR "stroke" OR (MH"stroke patients) S2(MH"depression) OR "depression" S3"poststroke depression" S4: (MH"rehabilitation nursing") OR "rehabilitation nursing" S5: (MH "psychiatric nursing") OR "mental health nursing" S6: S1 AND S2 S7: S3 OR S6 S8: S4 OR S5 S9: S7 AND S8	12	7	3	0	Siste 10 år

Medline 17.04.19	1	1: stroke.mp. or Stroke/ or Stroke Rehabilitation/ 2: depression.mp. or Depression/ 3: Psyciatric nursing/ or Nursing/ or Rehabilitation Nursing/ 4: 1 and 2 and 3	10	0	0	0	Siste 10 år
SveMed 17.04.19	1	1: stroke 2: depression 3: nurse 7: rehabilitation nursing 8: mental health nursing 10: #3 OR #7 OR #8 11: #1 AND #2 AND #10	1	1	1	0	
Psycinfo 18.04.19	1	1: exp. Cerebrovascular Accident/ or stroke.mp. 2: exp "DEPRESSION (EMOTION)" / or depression.mp. 3: nursing.mp. or exp NURSING/ 4: 1 and 2 and 3	61		4	0	Siste 10 år
AMED 18.04.19	1	1: strok/ or stroke.mp 2: Depression/ or depression.mp. 3: Nursing care/ or Nursing/ or nursing.mp. 4: 1 and 2 and 3	11	3	3	1	Siste 10 år
Cochrane library 20.04.19	1	#1: stroke #2: depression #3: poststroke depression #4: nursing #5: rehabilitation nursing #6: mental health nursing #7: #1 AND #2 #8: #7 OR #3 #9: #4 OR #5 OR #6 #10: #8 AND #9	305	0			Siste 10 år, cochrane reviews, trials
Cochrane library 20.04.19	2	#1: stroke #2: depression #3: nursing intervention	293	0			Siste 10 år

		#4: #1 AND #2 AND #3					
--	--	-------------------------	--	--	--	--	--

VEDLEGG 3 FLYTDIAGRAM



FIGUR 1 FLYTDIAGRAM

VEDLEGG 4 LITTERATURMATRISE

TABELL 3 LITTERATURMATRISE

Forfatter	Årstall	Tittel	Type studie	Pasientgruppe	Hensikt	Metode	Resultat	Kritisk vurdering
de Man-van Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindemann, Hafsteinsdottir	2010	A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses	Systematisk oversikt	Slagpasienter med depresjon og sykepleiere eller andre profesjonelle involvert i pleien av pasienten. Pasienter i akutt fase, rehabiliteringsfase og i kronisk fase etter hjerneslag.	Utforske sykepleierollen i behandlingen av PSD og hvilke ikke-medikamentelle tiltak sykepleiere kan gjøre	Cochrane metode, søkt i flere databaser med relevante søkeord, kritisk vurdert. Klare inklusjonskriterier.	15 artikler inkludert som omhandler sykepleiere som kjenner igjen PSD og daglige sykepleietiltak. Seks intervensjoner ble funnet: informasjon, life review therapy, motiverende intervju, musikkterapi, fysisk aktivitet og støtteprogram.	9
Vallury, Jones, Gray	2015	Do family-oriented interventions reduce poststroke depression? A systematic review and recommendations for practice	Systematisk oversikt	Pasienter og deres familie der pasienten hadde hatt slag, og som hadde en målbar grad av depresjon.	Samle forskning om familierettede tiltak for å forebygge, oppdage og behandle depresjon hos slagrammede.	Søkt i flere databaser. Primary og secondary studier ble inkludert. Klare inklusjons- og eksklusjonskriterier er beskrevet. Artiklene ble kritisk vurdert. Bias er vurdert.	Fem studier hadde effektive tiltak, alle RCT. De effektive tiltakene i de fem studiene var: aktiv problemløsning, målsetting, ferdighetsutvikling og å koble pasienter til relevant oppfølging.	9
Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal, Kim	2011	Living a life in shades of grey: experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke	Kvalitativ studie.	Voksne slagpasienter i slagenheter i Norge som hadde hatt slag for første gang. For å være med måtte	Å beskrive opplevelsene hos slagrammede som har depressive symptomer i akutt fase	Kvalitativ studie med hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Data ble samlet inn ved dybdeintervju gjort av erfarne sykepleiere. Intervjuene ble tatt	Kun få pasienter brukte ordet depresjon om egen tilstand, men tolkning av datamaterialet viste at pasientene likevel hadde symptomer på depresjon.	10

				<p>pasientene ha en skår på BDI II skala over 14. Pasienter som ble inkludert i studien måtte være kognitivt i stand til å delta i et intervju. Pasientene kunne ikke bruke antidepressiva eller ha en kjent stemningslidelse fra tidligere. Ni pasienter ble inkludert i studien.</p>		<p>opp og tolket av flere erfarne sykepleiere.</p>	<p>Pasientene beskrev det å være fanget og miste seg selv.</p>	
<p>Korpershoek, van der Bijl, Hafsteinsdottir</p>	<p>2011</p>	<p>Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review</p>	<p>Systematisk oversikt</p>	<p>Voksne slagpasienter i alle faser etter hjerneslag og i alle sammenheng er.</p>	<p>Å få en oversikt over litteratur om egen mestringsevnes innvirkning på mobilitet, ADL, livskvalitet og depresjon</p>	<p>Litteratursøk ble gjort i flere databaser. Det ble satt klare kriterier inklusjonskriterier og utvalgsprosessen er beskrevet i detalj. Studiene ble kritisk vurdert av to forfattere</p>	<p>Depresjon: fire studier nevnte depresjon. Pasienter med lav mestringfølelse var mer deprimert. Pasienter med liten tro på hukommelsesmestring viste seg å være veldig deprimerte.</p>	<p>9</p>