



Høgskulen
på Vestlandet

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling
- Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 521

Antall ord: 7492

Tilbake til en grå hverdag

- Sykepleie til eldre pasienter som er utsatt for depressive symptomer etter hjerneslag



Illustrasjonsbilde hentet fra: IMAGEQUEST.
http://quest.eb.com/search/depression/1/132_1272865/Depression

Bacheloroppgave i sykepleie

Haugesund 2017

Kull 2014

Antall ord: 7492

Sammendrag

Tittel: Tilbake til en grå hverdag

Bakgrunn: Depresjon har hyppig forekomst blant slagrammede og blir sett på som et alvorlig fenomen som ofte overses i rehabiliteringsprosessen. Hele 20-40 % av slagrammede opplever depresjon, noe som igjen vil være svært hemmede for rehabiliteringsprosessen.

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleier ivareta eldre pasienter som er utsatt for depressive symptomer etter hjerneslag i rehabiliteringsprosessen?”

Hensikt: Oppgavens hensikt er å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan ivareta pasientens behov når det kommer til utvikling av depressive symptomer etter hjerneslag.

Metode: Systematisk litteraturstudie.

Funn: Mangelfull kunnskap, tidspress og stort fokus på fysisk funksjon gjør det utfordrende for sykepleiere å fange opp depressive symptomer. Samtidig er depressive symptomer etter hjerneslag en kompleks utfordring som gjør det vanskelig å skille mellom depresjon og reaksjon på tap av funksjon.

Konklusjon: Sykepleiers kunnskap, kommunikative ferdigheter og helhetlig tilnærming kan ses på som viktige komponenter for å ivareta slagpasienter som er utsatt for depressive symptomer i rehabiliteringsfasen. Økt bevissthet og individuelt tilpasset tilnærming kan, sammen med bruk av kartleggingsverktøy, bidra til å fange opp depressive symptomer i et tidligere stadium.

Abstract

Title: Back to everyday life in shades of grey

Background: Depression has a frequent occurrence among patients with stroke and being seen as serious phenomena who often get overlooked in the process of rehabilitation. As many as 20-40 % who gets affected by stroke experiences depression, this can be debilitating for the process of rehabilitation.

Research question: "How can a nurse take care of elderly patients who are exposed to depressive symptoms after stroke in the process of rehabilitation?"

Aim: The purpose of the assignment is to gain increased knowledge of how nurses can take care of the patient's needs when it comes to developing depressive symptoms after a stroke.

Methods: Systematic literature review.

Findings: Insufficient knowledge, time pressure and great focus on physical function make it challenging for nurses to capture depressive symptoms. At the same time, post-stroke depressive symptoms are a complex challenge that makes it difficult to distinguish between depression and reaction to loss of function.

Conclusion: Nurses knowledge, communication skills and comprehensive approaches can be seen as important components for the care of stroke patients who are exposed depressive symptoms during the rehabilitation phase. Increased awareness and individualized approaches can, along with the use of mapping tools, help capture depressive symptoms at an earlier stage.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema	6
1.2 Hensikt	6
1.3 Problemstilling, avgrensning og presisering	7
1.4 Begrepsavklaring	7
2.0 Teoretisk perspektiv	8
2.1 Sykepleieteoretiker – Joyce Travelbee	8
2.2 Psykososiale behov	10
2.3 Hjerneslag	10
2.3.1 Motoriske – og kognitive utfall	11
2.3.2 Depresjon hos pasienter rammet av hjerneslag	11
2.3.3 Sykepleie til pasienter rammet av hjerneslag og depresjon	12
3.0 Metode	14
3.1 Definisjon	14
3.2 Litteraturstudie som metode	14
3.3 Kvantitative - og kvalitative studier	14
3.4 Kildekritikk	15
3.5 Forskningsetikk	15
3.6 Litteratursøk	16
4.0 Resultat	17
4.1 Presentasjon av søk og valgte vitenskapelige artikler	18
4.2 Presentasjon/sammendrag av vitenskapelige artikler.	19
4.2.1 Artikkel 1:	19
4.2.2 Artikkel 2:	20
4.2.3 Artikkel 3:	21
4.2.4 Artikkel 4:	22
4.2.5 Artikkel 5:	23
4.3 Oppsummering av hovedfunn	24
5.0 Drøfting	25
5.1 Kunnskap	25
5.2 Informasjon og kommunikasjon	26
5.3 Kartlegging	28
5.4 Betydning av håp og uavhengighet	29
6.0 Avslutning	32
Referanseliste	33
Vedlegg	37
Vedlegg 1 – søketabell	37

1.0 Introduksjon

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Gjennom praksis fra medisinsk slagenhet og sykehjem, har jeg møtt flere pasienter med gjennomgått hjerneslag. Jeg har sett hvilke fysiske følger pasientene vil kunne få i etterkant av hjerneslaget, samt den gode oppfølgingen de får med tanke på opptrening i den rehabiliterende fasen. Samtidig er dette en sykdom som ikke bare handler om de synlige symptomene, men kanskje like mye om de mindre synlige symptomene. Jeg ønsker derfor å belyse de psykiske behovene denne pasientgruppen har.

I Følge nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag har depresjon en hyppig forekomst blant slagrammede (Helsedirektoratet, 2010). Depresjon etter hjerneslag er et stort og alvorlig fenomen, men samtidig er dette noe som ofte blir oversett i praksis (Kowenhoven & Kirkevold, 2013). Når en rammes av depresjon etter hjerneslag vil det for mange føre til en redusert rehabiliteringsprosess (Wergeland, Ryen & Olsen, 2010, s.268-269).

I Norge rammes årlig ca. 15 000 personer av hjerneslag. Det er den tredje hyppigste årsaken til død og den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemning (Helsedirektoratet, 2010). I og med økning i andel eldre, kan det trolig bli en økning på hele 50% tilfeller de neste 25 årene (Wergeland, Ryen & Olsen, 2010, s.262).

1.2 Hensikt

Det finnes flere aspekter i rehabiliteringsfasen etter slag, som ikke er tydelig og systematisk inkludert i rehabiliteringstilbudet. Disse aspektene har særlig å gjøre med pasientens psykososiale mestring av sykdommen og dens konsekvenser (Kirkevold, 2007, s.175-176). Gjennom valgt tema ønsker jeg å tilegne meg kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan ivareta eldre pasienter som er utsatt for depressive symptomer etter hjerneslag i den rehabiliterende fasen.

1.3 Problemstilling, avgrensing og presisering

”Hvordan kan sykepleier ivareta eldre pasienter som er utsatt for depressive symptomer etter hjerneslag i den rehabiliterende fasen?”

I oppgaven tar jeg utgangspunkt i eldre pasienter i alderen 65 år og oppover, som befinner seg i den rehabiliterende fasen. Som sykepleier vil en møte pasienter med behov for rehabilitering innen flere instanser, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s. 11) Det vil da være viktig at sykepleiere har kompetanse innenfor dette temaet, og velger derfor å ikke avgrense problemstillingen ut i fra hvilken instans en møter pasientene, men å heller se på rehabiliteringsfasen som en prosess. I henhold til at det er omtrent like mange menn som kvinner som rammes av hjerneslag årlig, avgrenser jeg ikke i forhold til kjønn (Folkehelseinstituttet, 2015). I oppgaven ønsker jeg å ha fokus på pasientens psykososiale behov og vil derfor avgrense oppgaven fra den medisinske behandlingen. Pårørende vil ha en sentral rolle og blir ofte sett på som en ressurs for pasientene i den rehabiliterende fasen etter hjerneslag, men grunnet oppgavens omfang velger jeg å ikke vektlegge de pårørende i stor grad.

1.4 Begrepsavklaring

Rehabilitering:

I forskrift om habilitering og rehabilitering (2012) blir rehabilitering definert som ”tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons – og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet”.

Sykepleie i rehabilitering: er en målrettet prosess som baseres på individets ressurser, hvor sykepleier samarbeider med andre aktører for å assistere personen, familien og nettverket rundt til å oppleve mestring over eget liv. Gjennom arbeid med relasjoner og intervensjoner, som blir basert på fortid, nåtid og fremtid, vil sykepleier etablere et gjennombyggende miljø, ivareta grunnleggende behov, fremme verdighet og bistå personen med erfaring av ulike livsfenomen (Norsk sykepleieforbund, 2011).

2.0 Teoretisk perspektiv

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere relevant sykepleieteori, kunnskap om hjerneslag, samt depresjon etter gjennomgått hjerneslag. Jeg vil også legge frem kunnskap om sykepleierens funksjon i møte med den slagrammede.

2.1 Sykepleieteoretiker – Joyce Travelbee

I oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i Joyce Travelbees teoretiske perspektiv på sykepleie. Teorien til Travelbee er relevant i forhold til min problemstilling, da hun er opptatt av den mellommenneskelige prosessen i forhold til det å mestre erfaringer med sykdom og lidelse.

Travelbee definerer sykepleie som ”en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren 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.29).

Teoretikeren er opptatt av at det skal være et menneske – til menneske – forhold mellom sykepleier og pasient. Et slikt forhold vil være en eller flere erfaringer og opplevelser som sykepleier og den syke opplever sammen. Kjentegnet ved slike erfaringer og opplevelser, er at individet, pårørende eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. Teoretikeren påpeker også at kommunikasjon som prosess kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold, som igjen vil kunne oppfylle sykepleiens mål og hensikt for å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Et slikt forhold er bygget på noe som er godt, konstruktivt og pasientens behov blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s.41,135, 172).

For å kunne danne et slikt forhold hevder Travelbee at pasient og sykepleier må gjennom ulike faser. Sykepleiers observasjoner og meninger knyttet til det første møtet med pasienten blir sett på som det viktigste trinnet, da dette blir grunnlaget for videre beslutninger som tas. Videre vil det være viktig at sykepleier og pasient verdsetter hverandre som enkeltindivider, samt bygger på evnen til å etablere en

tilknytning til hverandre. I denne fasen vil sykepleier kunne fange hvordan pasienten oppfatter sin situasjon med tanker og følelser (Travelbee, 1999, s.172, 186, 188-189).

Sykepleier er opptatt av å hjelpe personen til å komme seg igjen etter sykdom og gjenvinne helse etter akutt sykdom. Sykepleier vil hjelpe den syke til å mestre sykdom og lidelse som erfaring. Gjennom tilknytning til den syke vil sykepleier formidle at den rammede blir forstått og at en ikke står alene i den vanskelige perioden. Personen trenger støttende medmennesker rundt seg, som viser kunnskap og forståelse ovenfor hans livssituasjon, for at han skal unngå fortvilelse og bevare livskvaliteten. Det er viktig at pleien og omsorgen som utøves blir gitt til den personen pasienten er og ikke fordi han er syk og pleietrengende (Travelbee, 1999, s. 35-36).

For sykepleier kan det være utfordrende å hjelpe personen til å mestre sin sykdom, spesielt når det er lite sannsynlighet for at han vil bli helt frisk igjen. Den største utfordringen vil være den sykes egen holdning til sykdommen, med tanke på hvilke utfall den vil ha for han selv. Sykepleier må kunne sette seg inn i pasientens situasjon hvor kunnskap og forståelse blir nødvendig kunne hjelpe pasienten. Det vil i de fleste tilfeller være umulig for sykepleier å hjelpe den syke pasienten til å mestre sykdom og lidelse, eller finne mening i disse erfaringene om en ikke velger å sette seg inn i hvordan pasienten selv stiller seg til sykdommen eller funksjonssvikten (Travelbee, 1999, s.35-36).

Å rammes av sykdom vil ofte medføre ulike grader av tristhet, nedtrykthet og depresjon. Travelbee definerer depresjon som ”sinne som vendes innover mot en selv”. Personen som rammes av sykdom vil oppleve ulike tap, blant annet tap av selvfølelse, status eller kroppslige funksjoner. På mange måter kan en si at personen går gjennom en sorgprosess knyttet til tapet av de kroppslige funksjonene. Opplevelsen av å være avhengig av andres hjelp, kan for noen frembringe følelse av verdiløshet. For mange vil det oppleves deprimerende å se sin egen kropp endres uten å kunne gjøre noe med det (Travelbee, 1999, s.105-106)

2.2 Psykososiale behov

De grunnleggende behovene hos mennesket kan deles inn i fysiske, psykososiale, åndelige og seksuelle. Behovene kan også beskrives som universelle, fundamentale, primære eller allmenneskelige, og behovene blir påvirket når vi opplever sykdom og helsesvikt. De psykososiale behovene handler om menneskets psyke, altså det mentale. For mange oppleves sykdom og helsesvikt som en krise. Psykososiale behov ved sykdom tar utgangspunkt i hvordan det oppleves for et menneske å være syk. Det vil være viktig at sykepleier har en helhetlig tilnærming, da det fysiske ofte påvirker det psykiske (Stubberud, 2013, s.14-16). Hvilke konsekvenser akutt og/eller kritisk sykdom har for pasientens psykososiale behov, knyttes opp mot pasientens følelser, hvordan han mestrer og opplever rollen som pasient og hvordan sykepleier klarer å tilfredsstille hans psykososiale behov. Det finnes flere faktorer som virker inn på pasientens psykososiale behov, blant annet alvorlighetsgraden av sykdom, alder og kjønn, om behandlingen skjer akutt eller planlagt, pasientens egne erfaringer, personlighet, utdanning, emosjonelle og kognitive faktorer og om pasienten har psykiatriske lidelser fra før (Stubberud, 2013, s. 21).

2.3 Hjerneslag

Hjerneslag blir av verdens helseorganisasjon definert som ”en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død” (Helsedirektoratet, 2010). Hjerneslag er et samlebegrep som brukes for de symptomene som oppstår når områder i hjernen helt eller delvis mister blodforsyningen, som fører til oksygenmangel og celledød. Hjerneslag deles inn i 3 hovedtyper: hjerneinfarkt (85-90%), hjerneblødning (10-12%) og hjernehinneblødning (3-5%). Alder, høyt blodtrykk, røyking, overvekt, lite fysisk aktivitet, diabetes mellitus, hyperkolesteremi (forhøyet kolesterol), hjertesvikt og atrieflimrer er alle disponerende faktorer for utvikling av hjerneslag (Wergeland, Ryen & Olsen, 2010, s.262). Høyt blodtrykk, hjertesykdom og diabetes er sykdommer som er vanlige blant eldre og som kan medvirke til en mer komplisert prognose etter slaget (Thommessen, 2003, s.98).

2.3.1 Motoriske – og kognitive utfall

Når en rammes av hjerneslag vil dette medføre motoriske og eventuelle kognitive funksjonsnedsettelse. Halvsidig lammelse og afasi (nedsatt språkfunksjon) er av de vanligste symptomer etter hjerneslag. Svelgparese, urininkontinens, balanseproblemer og talevansker er konsekvenser av de motoriske utfallene. Kognitive utfall som manglende oppmerksomhet for den lammede siden, problemer med å utføre viljestyrte og målrettede bevegelser, rom – og retningsforstyrrelser og nedsatt forståelse for symptomer kan også ses ved hjerneslag (Kirkevold, 2010, s.407).

2.3.2 Depresjon hos pasienter rammet av hjerneslag

Depresjon har en hyppig forekomst i høy alder og er ofte knyttet opp i mot tap av helse og funksjonsevne. Depresjonen vil være svært invalidiserende og en stor byrde for pasienten. Kjentegn på depresjon kan variere fra person til person, men det kan blant annet være isolasjon, miste interesse og oppleve alt i hverdagen som et ork. Pasienten vil finne lite gleder og lyspunkter i livet. Somatiske symptomer som appetittløshet og søvnløshet kan også ofte ses ved depresjoner (Kvaal, 2010, s.383, 387).

Depresjon viser seg å forekomme hos ca. 20-40% av pasienter etter gjennomgått hjerneslag og det viser seg at det medfører nedsatt potensial for rehabilitering. Depresjonen kan være ervervet, men i de fleste tilfeller er dette en del av sorgreaksjonen som pasienten må bearbeide (Wergeland, Ryen & Olsen, 2010, s.262). Å reagere med sorg og nedstemthet ovenfor tapssituasjoner er ikke bare en naturlig reaksjon, men også en sunn mental egenskap. Men samtidig kan den nedstemte følelsen og tankene blir for overveldende. Tankene som en har om seg selv, fremtiden og om en klarer å holde ut et slikt liv kan på et tidspunkt ta overhånd (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 30-31).

Hjerneslag kan føre til flere psykiske forandringer hos pasienten. Forandringene skyldes både hjerneskaden, og hvordan pasienten reagerer på det som har oppstått. Å rammes av hjerneslag oppleves ofte som en krise for pasienten og for de pårørende. I starten kan det være vanskelig for pasient og pårørende å oppfatte hva som har hendt

og hvilke konsekvenser dette vil få videre. Pasienten vil kunne få en følelse av å befinne seg i en situasjon hvor en føler seg hjelpeløs og avhengig av andre, og slike følelser vil kunne føre til angst, fortvilelse og forvirring (Wergeland, Ryen & Olsen, 2010, s.268-269).

2.3.3 Sykepleie til pasienter rammet av hjerneslag og depresjon

Hjerneslag er en sykdom som vil medføre flere endringer for pasienten både akutt og i fremtid, dette medfører at sykepleieutfordringene blir store og sammensatte (Kirkevold, 2007, s.183-184). For pasientens behandlingsresultat, er det viktig at sykepleier har en helhetlig tilnærming i rehabiliteringsfasen. Dette innebærer at sykepleier ikke ensidig har fokus på de fysiske behovene, men også støtter opp de psykososiale behovene (Stubberud, 2013, s. 44). For å kunne få tilstrekkelig utbytte av rehabiliteringsprosessen er det viktig at avdekker og diagnostiserer depressive symptomer på et tidlig stadie (Thommessen, 2003, s.103).

Sykepleier har en viktig oppgave når det kommer til å fortolke situasjonen ovenfor pasienten (Kirkevold, 2007, s. 186). Sykepleier må hjelpe pasienten til å finne mening i den nye situasjonen, som kan oppleves kaotisk. Den slagrammede vil kanskje trenge svar på hva som har skjedd i hjernen, hvilke faktorer som kan ha ført til hjerneslaget, hvilke konsekvenser slaget vil kunne ha for fremtiden og hvordan en selv skal kunne mestre den nye hverdagen med sykdommen. God og tilpasset informasjon som pasienten kan knytte til egne erfaringer vil være viktig (Kirkevold, 2010, s.415). Sykepleier vil også fungere som pasientens talsperson under behandlingen (Wergeland, Ryen & Olsen, 2010, s.262). Gjennom informasjon som er systematisk og grundig vil pasienten spares for store frustrasjoner og bekymringer (Thommessen, 2003, s.99)

Pasienten vil trenge hjelp til å se egne ressurser og begrensinger for at han skal kunne skape realistiske forventinger til sin nye livssituasjon. Denne funksjonen innebærer også å hjelpe pasienten til å se rehabiliteringsfasen i et tids – og bedringsperspektiv. Sykepleier vil også ha en støttende funksjon som skal skape tillitt, trygghet og opprettholde håp hos pasienten for å forebygge depresjon. I praksis vil dette si å

tilpasse aktiviteter og øke utfordringene etter hvert, slik at pasienten føler mestring. Pasienten er avhengig av å få konstruktiv ros og oppmuntring, men også støtte og ledsagelse gjennom den normale krisereaksjonen. Pasienten vil trenge støtte for å styrke sitt selvbilde, verdighet og integritet. Sykepleier har også en bevarende funksjon, som går med på å ivareta fysiske og psykiske behov (Wergeland, Ryen & Olsen, 2010, s.262).

Det er stor sammenheng mellom pasientens håp og livskvalitet. Tillitt, følelser, relasjoner, aktiviteter, verdier og framtidssorientering er sentrale faktorer for pasientens håp. Sykepleier må hjelpe pasienten til å oppleve tro på seg selv og egne evner, dette vil innebære at han har tillitt til seg selv og andre for å kunne se muligheter i videre rehabilitering (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s.129).

3.0 Metode

3.1 Definisjon

Metode handler om hvilken fremgangsmåte en velger å ta i bruk for å undersøke og samle inn data som kan gi oss den relevante informasjon til å belyse noe, som i denne sammenheng blir problemstillingen i oppgaven. Metode blir i flere sammenhenger definert som ”En fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap”. Begrunnelsen for valg av metode blir sett opp mot hva som vil gi oss relevante data til å kunne belyse spørsmålet vårt på en faglig og interessant måte (Dalland, 2012, s.110-111).

3.2 Litteraturstudie som metode

Bacheloroppgaven er en systematisk litteraturstudie, som tar utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling som skal besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Forutsetningen for å bruke litteraturstudie som metode, er at det finnes tilstrekkelig med antall studier av god kvalitet (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26-27). Problemstillingen besvares også gjennom faglitteratur og/eller erfarte opplevelser. Valg av problemstilling og tema kan være et utgangspunkt fra noe som en har sett eller erfart i praksis, eller noe som har fanget interesse i pensum eller faglitteratur (Dalland, 2012, s. 223).

3.3 Kvantitative - og kvalitative studier

Forskning handler om å samle inn ulike data, og en skiller som regel her mellom kvalitative og kvantitative data, som samles inn ved kvalitative og kvantitative metoder. Kvantitative metoder er basert på tall, som gjør at datainnsamlingen er lite fleksibel, mens kvalitative metoder tar utgangspunkt i data som baseres på tekst, lyd eller bilder og datainnsamlingen har en større grad av fleksibilitet (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 18). De kvantitative metodene har som fordel at den gir oss data som er målbare, mens kvalitative metoder har fokus på å fange opp mening og opplevelse som ikke er tallfestet eller målbart (Dalland, 2012, s.112). I oppgaven min har jeg valgt å ha hovedfokus på kvalitative studier, da det i forhold til valgt problemstilling blir viktig å få frem hvilke opplevelser slagpasienter hadde med

depressive symptomer og hvordan de følte de kunne bli best mulig ivaretatt. I tillegg har jeg tatt med én oversiktsartikkel som har en kvantitativ tilnærming.

3.4 Kildekritikk

Når en anvender kilder er det viktig å vurdere kvalitet og relevans. Kildekritikk handler om det å være kritisk til hvilke kilder en velger å benytte seg av, begrunne relevans og kunne reflektere i forhold til valgt problemstilling (Dalland & Trygstad, 2012, s.63, 72). Vurdering av en systematisk litteraturstudie avhenger av hvordan man identifiserer og vurderer de relevante studiene. En god studie bør inneholde hvilket år undersøkningen startet, hvilke resultater som kom frem og om resultatene var gyldige (Forsberg & Wengström, 2013, s.115). Når en skal vurdere en vitenskapelig artikkel kan det også være hensiktsmessig å vurdere den ut i fra IMRAD-prinsippet. IMRAD er forkortelse for **I**ntroduksjon, **M**etode, **R**esultat og **(A)nd** **D**iskusjon. De fleste artikler har også et sammendrag (abstrakt) (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2012, s.69). Kunnskapssenteret (2017) har også laget sjekklister som brukes for å vurdere vitenskapelige artikler. Artikkene jeg har valgt å anvende i denne oppgaven er publisert i anerkjente tidsskrifter og hentet fra databaser som er godkjent av HVL. Jeg har også sett på om artikkene er satt opp etter IMRAD-prinsippet, samt brukt sjekklister fra Kunnskapssenteret (2017).

Artikkel nr. 2 inneholder resultater fra artikkel nr. 1. Allikevel ser jeg den som relevant, da artikkelen får frem sammenhengen av ulike tidspunkt og diskuterer dette som en helhet.

3.5 Forskningsetikk

Etikken skal gi oss grunnlag og veiledning når man står ovenfor vanskelige spørsmål. Tranøy skiller mellom to hovedtyper forskningsetiske problemer. Det første handler om problemer knyttet til forskningsresultater og det andre handler om problemer knyttet til produksjon av forskningsresultater (Dalland, 2012 s.96-97) I oppgaven har jeg referert all bruk av litteratur og sitater til forfatter, dette for å ta hensyn og vise respekt for deres arbeid og for å overholde meg til høyskolens retningslinjer for bacheloroppgave. Artikkene jeg har valgt å inkludere i oppgaven er forsøkt beskrevet

slik at deres faktiske funn fremkommer, men det kan allikevel være mangler eller mistolkninger da artiklene er oversatt fra engelsk til norsk.

3.6 Litteratursøk

Det er blitt gjort søk i flere av høyskolens databaser, blant annet CINAHL, Cochrane, PubMed, SveMed + og Medline, men det var CINAHL og SveMed+ som viste seg å være databasene som gav mest relevante treff i forhold til min problemstilling.

Internett gir oss nesten ubegrensede muligheter til å finne frem til litteratur, det vil da være viktig å kunne avgrense søkingen med problemstillingen som grunnlag (Dalland, 2012, s. 70). Litteratursøkingen og gjennomgang av litteratur var en tidkrevende prosess som tok meg ca. 3 uker å gjennomføre. Det ble prøvd ut ulike søkeord og kombinasjoner. Søkeord som ble brukt: stroke, depression, poststrokedepression, nurse, nursing, quality of life, rehabilitation, health related quality of life, recovery.

4.0 Resultat

Under dette kapitlet har jeg valgt å legge frem søk og valgte artikler i form av en tabell, det er også lagt til en fullstendig oversikt av søk som vedlegg (vedlegg 1). Jeg presenterer kort de utvalgte artiklene med hensikt, metode, resultat og forskningsetikk. Til slutt legger jeg frem en oppsummering av funn av som jeg ser som relevant for å belyse min problemstilling.

4.1 Presentasjon av søk og valgte vitenskapelige artikler

Dato for søk:	Database:	Søkeord:	Avgrensning:	Resultat:	Valgt artikkel:
08/01-17	CINAHL	Stroke AND Depression AND Nurse	Full text 2006-2016	30	Nr.6 - <i>"Living a life in shades of grey": experiencing depressive symptoms in the acute face after stroke.</i>
17/01-17	SveMed +	Stroke AND Depression AND Nurse		37	Nr. 1 – <i>"Å leve med depresjon etter hjerneslaget".</i>
07/03-17	CINAHL	Poststroke depression AND Nursing	Full text 2010-2017	2	Nr.1 – <i>"A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depressions and the role of nursing".</i>
14/03-17	CINAHL	Hope AND Rehabilitation AND Stroke	Full text 2010-2017	11	Nr. 2 - <i>"Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study".</i>
16/03- 17	CINAHL	Health related quality of life AND Stroke AND Recovery	Full text 2010-2017	3	Nr. 1 - <i>"Discharged after stroke – important factors for health related quality of life".</i>

4.2 Presentasjon/sammendrag av vitenskapelige artikler.

4.2.1 Artikkel 1:

”Living a life in shades of grey: experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke”. Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal & Hesook (2011).

Hensikt: Målet med denne studien er å beskrive erfaringen til slagrammede som lider av depressive symptomer i akutfasen.

Metode: Kvalitativ. Studien tar for seg personlige erfaringer. Det ble her brukt dybdeintervjuer som metode for datainnsamling med ni deltakere. Datainnsamlingen ble gjennomført i 2008.

Resultat/relevans: Studien finner frem til to hovedtemaer som generer følelser og beskrivelser av ”Å leve et liv i nyanser av grått”. Det å bli innesperret i en ny livsverden og miste seg selv som den en én gang var kunne beskrives som ”Gråtoner”. Deltagerne bekrefter at de led av depressive symptomer, men depresjonen ble allikevel ikke sett på som meningsfylt på egenhånd. Deltagere beskrev følelser av kjedsomhet og isolasjon på grunn av svekkede kroppsfunksjoner. Kommunikasjonsvansker var også noe som førte til en følelse av å bli isolert fra fellesskapet. Viser til viktigheten av å finne frem til pasientens individuelle opplevelse av situasjon, informasjon, støtte og balansere håp om hva som er realistisk for fremtiden. Finne frem til mål og mestringsstrategier og se nye muligheter

Forskningsetikk: Artikkelen er blitt godkjent av regional komité for medisinsk forskningsetikk i 2007.

4.2.2 Artikkel 2:

”Å leve med depresjon etter hjerneslaget”. Kouwenhoven & Kirkevold (2013).

Hensikt: Målet med denne studien er å presentere en samlet beskrivelse av forløpet for depresjon etter at pasienten har gjennomgått hjerneslag. Studien tar for seg akuttfasen til 18 måneder etter slaget. Studien bygger på spørsmål om hva som er karakteristisk for depresjon etter hjerneslag, slik som det blir erfart og kommer til uttrykk for den rammede. Hvordan det er å leve med depresjon i etterkant av hjerneslag de første 18 månedene og hvordan erfaring med depresjon endrer seg over tid.

Metode: Kvalitativ studie baseres på gjentakende dybdeintervjuer med ni deltagere. Deltagerne hadde alle milde-moderate depressive symptomer i akuttfasen etter hjerneslaget. Artikkelen sammenfatter to artikler: ”Living in shades of grey: experiencing depressive symptoms in the acute face after stroke” og ”The lived experience of depressive symptoms after stroke – a longitudinell perspective”. Artiklene inkluderer samme deltagere, men på ulike tidspunkter etter hjerneslaget.

Resultat/relevans: I studien kommer det frem at de depressive symptomene og konsekvensene etter hjerneslaget henger sammen og at det derfor er vanskelig å skille. Erfaringene med å håndtere, leve med og akseptere det som var tapt var avgjørende for deltagerne. Symptomene av depresjon ble forstått, beskrevet og forklart med utgangspunkt i det som var tapt etter slaget. Eldre som bodde alene viste seg å være en sårbar gruppe når det kom til utvikling av depressive symptomer.

Forskningsetikk: Artikkelen er blitt godkjent av regional etisk komité i 2007 og privat ombudsmann for forskning ved Oslo universitetssykehus i 2008. Alle deltagerne i denne studien var samtykkekompetente.

4.2.3 Artikkel 3:

”A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depressions and the role of nursing”. Ginkel, Gooskens, Schuumans, Lindeman & Hafsteinsdóttir (2010).

Hensikt: utforske sykepleierrollen og finne frem til ikke-medikamentelle tiltak som sykepleier kan benytte i den daglige omsorgen for pasienter som er rammet av depresjon etter hjerneslag.

Metode: Dette er en oversiktsartikkel basert på søk i CINAHL, Medline (PubMed), Nursing Journals (PubMed) og PsycINFO. Tidsperiode: 1993-2008. Søkord: cerebrovascular accident, treatment outcome og management. Det ble funnet 445 relevante abstrakter, 81 abstrakter ble vurdert og 15 artikler ble funnet å være relevante. Den metodiske kvaliteten på de relevante studiene ble vurdert ut i fra seks kriterier: Design, pasientutvalg, vurdering av PSD (post-stroke depression), analyse, gjenkjennbarhet og klinisk relevanse. Design som var tydelig og godt beskrevet, riktig pasientutvalg, gyldig vurdering av depresjon etter hjerneslag, analyse som var klart og tydelig beskrevet og resultater som var gjenkjennbare. Studiene ble vurdert med poengsum fra 1-6. Fem av studiene ble gjennomført i den akutte rehabiliterende fasen, fem i den rehabiliterende fasen, en i den kroniske rehabiliterende fasen, tre i den kroniske fasen og en i alle faser.

Resultat/relevans: Mangel på kunnskap, tid, opplæring og fokus på fysiske funksjoner var faktorer som førte til at det ble vanskelig for sykepleiere å fange opp pasientens psykiske symptomer. Dette var et problem som sykepleierne mente trengte mer oppmerksomhet. Studien trekker frem ulike kartleggingsverktøy ”Beck Depression Inventory (BDI)”, ”Geriatric Depression Scale (GDS)” og ”Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)”. Aktiv informasjon som var oppklarende og oppfølgende viste seg å ha stor effekt på pasientens grad av depresjon. Støtte fra sykepleier og fysisk trening var også noe som viste seg å være gode tiltak til pasienter med depresjon etter hjerneslag.

4.2.4 Artikkel 4:

”Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study”.

Tutton, E., Seers, K., Langstaff, D., & Westwood, M (2011).

Hensikt: Denne studien undersøker pasienters og ansattes opplevelse av håp i en britisk slagenhet.

Metode: Kvalitativ. Det ble intervjuet 10 pasienter med hjerneslag og 10 ansatte fra tverrfaglig team, hvor 6 var sykepleiere. Intervjuene hadde en varighet på ca. 1 time. Det ble også gjort observasjoner av seks pasienter gjennom 3 vakter (21 timer), som ble gjennomført av tre sykepleiere på slagenheten. Datainnsamling: 2007-2008.

Resultat/relevans: Det fremkommer at pasientene vil kunne opprettholde håpet ved å uttrykke følelser som håpløshet og fortvilelse i tiden etter hjerneslaget. Lidelse, fortvilelse, realistisk håp og det å slite uten håp var tema som pasientene tok opp. Pasientene kjempet for å opprettholde håpet, men dette var ofte noe som gikk over i følelse av fortvilelse, depresjon og tanker om mulig død. Tapte funksjoner og det å være avhengige av andre ble sett på som vanskelig for å opprettholde håpet. De ansatte arbeidet for å opprettholde håp i den daglige omsorgen, men dette ble ofte sett som utfordrende når pasienten var uten håp og viste tegn til depresjon. Det var viktig for sykepleierne å gi pasientene realistisk håp for fremtiden som var preget av sannhet. Studien viser til ulike faktorer som kan brukes for å gi pasientene emosjonell støtte og ivareta håp. Pasientene deltok i dagligdagse aktiviteter for å få utløp for følelser knyttet til håpløshet. Støtte knytte til funksjonell oppnåelse og komme tilbake til det normale livet ble en kilde til håp.

Forskningsetikk: Godkjent av etisk komité. Deltagerne hadde mulighet til å trekke seg i løpet av studiet. Under observasjonene som ble gjort, ble pasientens verdighet vurdert til en hver tid og ble trukket hvis det viste seg å være hensiktsmessig. Skriftlig samtykke ble gjort av alle deltagerne for deltakelse i observasjon og intervju.

4.2.5 Artikkel 5:

”Discharged after stroke – important factors for health related quality of life”.

Almborg, A., Ulander, K., Thulin, A., & Berg, S (2010).

Hensikt: Studien undersøker ulike faktorer som påvirker livskvaliteten til pasienter med hjerneslag etter utskrivelse fra slagenhet.

Metode: kvantitativ tilnærming. 188 pasienter på slagenhet deltok på intervju. Intervjuene ble gjennomført 2-3 uker etter utskrivelse fra slagenheten. Det ble brukt ulike verktøy for å kartlegge og identifisere ulike faktorer forbundet med livskvalitet.

Resultat/relevans: Viser til at depressive symptomer ofte var assosiert med en dårligere livskvalitet. Evnen til å ivareta og utføre personlige og sosiale aktiviteter ble knyttet til en høyere livskvalitet. Deltagerne med nedsatte kroppslige funksjoner og mobilitet førte til at de ikke fikk ivaretatt sine interesser, dette ledet videre til følelse av isolasjon og kjedsomhet. Kjedsomhet viste seg å være en faktor som kunne videreutvikle seg til depresjon og dermed forverrelse av funksjoner. Å tilrettelegge for samtale om hvordan pasienten kan ivareta interesser med funksjonsnedsettelse, samt finne frem til nye interesser viste seg å være viktig. En høyere livskvalitet viste sammenheng med færre depressive symptomer.

Forskningsetikk: Godkjent av etisk komité. Før deltagelse ble det gitt skriftlig og muntlig informasjon til pasienter og pårørende.

4.3 Oppsummering av hovedfunn

Artiklene belyser ivaretagelse av slagrammede pasienter som er disponible for depressive symptomer fra ulike perspektiv. De peker på betydningen av sykepleiers kunnskap som en medvirkende faktor for hvordan en på best mulig måte kan sikre at pasienten blir ivaretatt, og for at en skal kunne se tegn til depressive symptomer i et tidlig stadie. Tidspress og manglende opplæring, samt stort fokus på fysisk funksjon, er faktorer som påvirker sykepleiers kunnskap og sykepleiers forutsetning for å tilegne seg denne kunnskapen. Studiene peker også på betydningen av å implementere tilgjengelige hjelpemidler i prosessen, eksempelvis ulike kartleggingsverktøy.

Artiklene viser også til betydningen av at sykepleier setter opp realistiske mål, som er individuelt tilpasset pasientens ønsker og behov. Overkommelige mål, som er basert på pasientens forutsetninger, er med på å fremme mestring og håp. Dagligdagse mål kan i den grad det er mulig bygge på interesser til pasienten slik at de oppleves som meningsfulle, samtidig som de er med på å bygge opp funksjonstap etter hjerneslaget. I tillegg er det av stor betydning at informasjon og veiledning underveis i den rehabiliterende prosessen er tilpasset hver enkelt pasient, og at en sikrer en gjensidig forståelse. For at pasienten skal føle seg ivaretatt, og for å fremme mestring, bør en legge til rette for at pasienten selv er inkludert på en hensiktsmessig måte gjennom hele rehabiliteringsprosessen.

Funnene i artiklene gir grunnlaget for den videre drøftingen.

5.0 Drøfting

I drøftingskapittelet vil jeg svare på problemstillingen gjennom å drøfte resultater med ulike teoretiske perspektiv og praktisk erfaring. Jeg har valgt å dele drøftingen inn i underkategorier som tar for seg betydningen av sykepleiers kunnskap og viktigheten av god informasjon og kommunikasjon i rehabiliteringsprosessen. Jeg tatt for meg betydningen av kartlegging i forhold til depressive symptomer og hvordan håp og uavhengighet kan opprettes og benyttes i pasientens vanskelige livssituasjon.

5.1 Kunnskap

Depresjon har en forekomst på 20-40% blant slagrammede (Wergeland, Ryen & Olsen, 2010). I følge Ginkel et al., (2010) er også depresjon en av de mest alvorlige komplikasjonene etter hjerneslag. Kouwenhoven og Kirkevold (2013) hevder allikevel at dette er et fenomen som ofte blir oversett i praksis. Årsakene til dette kan være flere. Funn i studien til Ginkel et al., (2010) viser blant annet til at sykepleiere opplevde det som vanskelig å vurdere pasientens depressive symptomer, grunnet mangel på kunnskap og kompetanse. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleiere skal kjenne til grensen for egen kompetanse, praktisere innenfor dette og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2016) I henhold til dette bør sykepleier søke etter kunnskap som kan underbygge deres kompetanse i arbeid med slagpasienter som er utsatt for depressive symptomer. I studien til Kowenhoven og Kirkevold (2013) vektlegges det at depresjon etter hjerneslag er et komplekst problem og at noe av grunnen til at det blir oversett i praksis, kan være nettopp dette. Deltagerne i studiet forklarer de depressive symptomene ut i fra endringene og tapene som var forårsaket av hjerneslaget. Depressive symptomer og konsekvenser av selve hjerneslaget blir vevd sammen og dermed vanskelig å skille. Kouwenhoven et al., (2011) viser til at depresjon kan være vanskelig å skille fra en naturlig sorgprosess, da de depressive symptomene ble beskrevet ut i fra hvordan pasientene opplevde tiden etter hjerneslaget. Travelbee (1999) mener at tap av kroppsfunksjoner kan medføre en sorgreaksjon hos pasienten. I følge Skårderud et al., (2010) er dette en normal og sunn egenskap. Stubberud (2013) mener det er tradisjon for sykepleie å ikke skille kropp og sjel ved sykdom, men å ha en helhetlig forståelse av mennesket som person, da fysiske og psykiske

komponenter vil kunne påvirke hverandre. Et helhetlig syn innebærer at sykepleier fanger opp ulike aspekter i pasientens situasjon, dette handler om ulike tanker, opplevelser, medisinske og kroppslige forhold – og relasjonene mellom dette og det som skjer i pasientens omgivelser (Bredland, Linge og Vik, 2011, s.52). Dette er noe Travelbee (1999) underbygger da hun mener at sykepleier må kunne sette seg inn i pasientens situasjon med kunnskap og forståelse for å kunne støtte pasienten i den vanskelige livssituasjonen. Kunnskap og kompetanse knyttet til å gjenkjenne og reagere på lidelse blir en viktig forutsetning for å kunne lindre lidelse (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2011, s.251).

5.2 Informasjon og kommunikasjon

Etter hjerneslaget vil pasienten befinne seg i en situasjon som kan oppleves kaotisk (Kirkevold, 2010). Det vil her være viktig at sykepleier bruker sin fortolkende funksjon, som i følge Wergeland et al., (2010) vil kunne gi pasienten en viss oversikt og klarhet. Ginkel et al., (2010) viste til at avklarende og oppfølgende informasjon hadde stor effekt på pasientens grad av depresjon. Thommessen (2003) viser også til at systematisk og grundig informasjon kan spare pasientene for store frustrasjoner og bekymringer knyttet til tiden etter hjerneslag. Kirkevold (2010) mener samtidig at korrekt informasjon ikke vil være tilstrekkelig for at pasienten skal få en realistisk forståelse av situasjonen, da informasjonen pasienten mottar må knyttes opp til egne erfaringer for at pasienten skal få en riktig forståelse. Nedsatt språkfunksjon er en av mange konsekvenser etter hjerneslaget (Kirkevold, 2010). Fra praksiserfaring vet jeg at slagrammede ofte vil ha problemer knyttet til å oppfatte hva som blir sagt og gi uttrykk for hva de har forstått. Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag sier også at kognitive problemer vil kunne hindre pasientens forståelse av rehabiliteringsprosessen (Helsedirektoratet, 2010). I studien til Kouwenhoven et al., (2011) ble også vansker med å finne ord og uttrykke tanker svært hemmende, da dette medførte opplevelse av å bli isolert fra fellesskapet. Det vil derfor være viktig å tilpasse informasjonen som gis ut i fra hvilke problemer den enkelte har, gjenta informasjon og bruke språk som er lett forståelig (Wergeland, Ryen & Olsen, 2010, s. 282).

Travelbee hevder at kommunikasjon som prosess vil være en viktig faktor, som understøtter sykepleiers mål og hensikt i å hjelpe pasienten til å mestre sin livssituasjon med sykdom (Travelbee, 1999, s.41-42) Når sykepleier kommuniserer med pasienten er det viktig at samtalen er pasientrettet og styres ut i fra pasientens egne behov. En slik kommunikasjon blir forutsetning for empowerment og bygger på verdier som tar hensyn til pasientens selvbestemmelse (Eide & Eide, 2007, s.20). I studien til Almborg et al., (2010) var deltagerne mindre fornøyd med hvordan de ble inkludert i diskusjoner som omhandlet deres behov og mål innen fremtidig rehabilitering. Å rammes av alvorlig sykdom vil for mange gi en opplevelse av mangel på kontroll over eget liv (Rustøen, 2007, s. 93). Bredland et al., (2011) mener det er viktig at pasientene inkluderes og opplever at det er de som styrer sitt liv.

Funn i studien til Kouwenhoven et al., (2011) påpeker at sykepleier som yter omsorg til slagrammede med depressive symptomer, må finne frem til pasientens individuelle opplevelse av situasjon. Travelbee (1999) mener at sykepleierens evne til kommunikasjon kan bidra til å finne frem til pasientens individuelle behov. Travelbee vektlegger også at sykepleier må bruke tid på å bli kjent med pasientens situasjon og individuelle behov, da dette på mange måter kan ses på som like effektivt og nødvendig som det å utføre sykepleieprosedyrer og yte fysisk omsorg. Erfaringsmessig vet jeg at sykepleier vil ha mange arbeidsoppgaver i løpet av en dag, og at faktorer som tidspress kan medvirke til at sykepleier ubevisst utfører sine oppgaver uten å ta seg tid til å bli kjent med pasientens behov og fange opp informasjon knyttet til hvordan han egentlig har det, noe som igjen vil medføre at pasientens depressive symptomer kan bli oversett. I studien til Ginkel et al., (2010) var også mangel på tid et hinder i å gi pasientene tilstrekkelig omsorg med tanke på de depressive symptomene.

5.3 Kartlegging

I følge de nasjonale retningslinjene for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon blir depresjon sammen med somatisk sykdom ofte underdiagnostisert og underbehandlet. For denne pasientgruppen vil det være viktig med en rutinemessig kartlegging (Helsedirektoratet, 2009). Thommessen (2003) mener at tidlig avdekking av depressive symptomer vil kunne gi pasienten en bedre forutsetning for rehabiliteringsprosessen. Ginkel et al., (2010) viser til at sykepleiere som anvendte kartleggingsverktøy førte til riktig identifisering av depresjon etter hjerneslag. Travelbee (1999) viser til at sykepleiers observasjoner og meninger, vil være viktig for hvilke avgjørelser og pleie som skal utøves for pasienten i den videre prosessen. Dersom pasienten går videre i prosessen med ubehandlede symptomer, vil dette kunne påvirke resultatet av rehabilitering i en negativ retning og trolig føre til en økt dødelighet (Thommessen, 2003, s. 103).

I studien til Ginkel et al., (2010) tok sykepleiere sjeldent i bruk kartleggingsverktøy for å identifisere depressive symptomer hos slagrammede. Allikevel mente sykepleierne at depressive symptomer var et viktig problem som trengte mer oppmerksomhet i den daglige pleien. Dette er også noe jeg gjenkjenner fra min praksiserfaring fra slagenhet, da det var lite bruk av kartleggingsverktøy som gikk på å identifisere depressive symptomer, men heller stort fokus på kartleggingsverktøy som gikk på å kartlegge pasientenes kroppslige funksjoner. Bredland et al., (2011) mener at utgangspunktet for rehabilitering ofte baserer seg på kartlegging i forhold til kroppslige funksjoner og at vurderingen bør omfatte en mer helhetlig vurdering.

I nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag blir kartleggingsverktøyene MADRS og HADS sett på som pålitelige verktøy for kartlegging av depresjon etter hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010). I studien til Ginkel et al., (2010) ble HADS og GDS mest brukt, mens Kouwenhoven og Kirkevold (2013) brukte BDI til å kartlegge depressive symptomer. MADRS, GDS og GDI kan være til god hjelp, men samtidig er det viktig å tenke på at dette ikke er et verktøy som er spesielt utviklet med tanke på slagpasienter. Flere av spørsmålene som er inkludert i testene går på symptomer som også ofte kan være vanlige etter hjerneslag (Thommessen, 2003, s.102). Kouwenhoven og Kirkevold (2013) mener at

kartleggingsverktøyene må brukes med varsomhet, samt at sykepleier også bør legge til rette for samtale og supplere med pasientens egne opplevelser av livssituasjon og depressive symptomer. Travelbee viser også til viktigheten av å finne frem til pasientens individuelle opplevelse av situasjon gjennom samtale. Travelbee sier også at stort fokus på tydning av kliniske tegn og symptomer i sykepleieutdanning kan være en av årsakene til at individuelle behov blir oversett i praksis. Samtidig mener hun at observasjonene er en vesentlig sykepleieaktivitet, men om det kun blir fokusert på dette vil det bli vanskelig å opprette et menneske – til – menneske – forhold, som igjen vil være avgjørende i arbeidet for å ivareta pasientens behov når en opplever depressive symptomer etter hjerneslag (Travelbee, 1999, s. 141-142).

5.4 Betydning av håp og uavhengighet

Tillitt til seg selv og andre blir i følge Romsland et al., (2015) sett på som en viktig faktor for pasientens håp. Studien til Ginkel et al., (2010) vektlegger etablering av tillitsforhold til pasienten, da dette vil kunne understøtte pasientens håp og virke forbyggende med tanke på utvikling av depresjon. Dette går i følge Wergeland et al., (2010) under sykepleiers støttende funksjon.

Sykepleier skal i følge nasjonale retningslinjer for hjerneslag utforme mål som er realistiske for rehabiliteringen sammen med pasienten (Helsedirektoratet, 2010). Håp blir sett på som et viktig aspekt for å kunne sette seg mål i rehabiliteringsfasen (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s. 22). Blant helsepersonell som deltok i studien til Tutton et al., (2011) var det viktig å gi pasientene realistisk håp for fremtiden. Dette var håp som bygget på sannhet og som var realistisk i forhold til mål for videre rehabilitering. Å balansere håp og hva som var realistisk for fremtiden ble også sett på som viktig i studien til Kouwenhoven et al., (2011). I praksis vil dette i følge Wergeland et al., (2010) si at sykepleier hjelper pasienten til å se egne ressurser og begrensninger, samt at en får hjelp til å se rehabiliteringen i et tids- og bedringsperspektiv. Noen av informantene som deltok i studien til Kouwenhoven og Kirkevold (2013) opplevde misforhold mellom forventninger og det som faktisk ble realiteten etter hjerneslaget. Slagpasienter kan i følge Skårderud et al., (2010) få negative tanker knyttet til egen fremtid og om en faktisk klarer å fortsette livet.

Travelbee (1999) mener også at ulike tap av kroppslige funksjoner kan føre til utvikling av depresjon. Samtidig som en bidrar til utforming av realistiske mål, må sykepleier også yte omsorg som ikke bidrar til å ta håpet fra pasienten (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.213), da slagpasienter i følge Kouwenhoven et al., (2011) er en svært sårbar pasientgruppe, spesielt i den tidlige fasen etter hjerneslaget.

Mennesker som er rammet av sykdom som truer helse og livssituasjon vil kunne oppleve flere tap (Rustøen, 2007, s.93) I studien til Kouwenhoven og Kirkevold (2013) var tapet en vesentlig del av deltagerens fortelling, og de depressive symptomene var sterkt knyttet til det å håndtere, akseptere og leve med tap. Rustøen (2007) mener at en kombinasjon av tap, mangel på kontroll og en usikker fremtid kan medføre håpløshet hos pasienten. I følge Tutton et al., (2011) vil det være viktig at pasientene får mulighet til å uttrykke tanker om fortvilelse, da dette kan opprettholde håpet i den vanskelige situasjonen. Travelbee (1999) mener at håp kan gi styrke til mennesket som opplever tap, mangler, ensomhet og lidelse. Ved sykdom og trussel om død kan håpet være en helt avgjørende faktor for å ikke gi opp. Helsepersonell som deltok i studien til Tutton et al., (2011) forklarte at det var vanskelig å motivere pasienter som hadde lite håp. For sykepleier vil det i følge Travelbee (1999) være utfordrende å hjelpe pasienter til å mestre sykdom, spesielt når det er lite sannsynlighet for at pasienten vil bli helt frisk igjen. Pasientene i studien til Tutton et al., (2011) hadde et stort ønske om å være håpefulle, men følelsen gikk ofte over i fortvilelse.

I følge Kirkevold (2010) vil mange eldre som rammes av hjerneslag få funksjonsnedsettelse, som vil medføre stort behov for hjelp i daglige gjøremål. Eldre slagrammede var også i følge Kouwenhoven og Kirkevold (2013) en sårbar gruppe når det kom til å utvikling av depressive symptomer etter hjerneslag, da spesielt de som bodde for seg selv. I studien til Almborg et al., (2010) kom det også frem at høyere alder var assosiert med utvikling av depressive symptomer. Pasientene i studien til Tutton et al., (2011) så på det som utfordrende å være avhengig av andres hjelp. Selvstendighet i daglige aktiviteter ble i følge Almborg et al., (2010) assosiert med høyere livskvalitet. Sykepleier bør derfor ha økt fokus på selvstendighet, da funn i denne studien tyder på at lavere livskvalitet ble knyttet til utvikling av depressive symptomer. Kirkevold (2007) mener at utførelse av kjente og dagligdagse aktiviteter

med støtte og veiledning vil styrke pasienten i denne fasen. Pasienten vil også ha behov for motivering og oppmuntring underveis, da dette er en prosess som er svært krevende fysisk og mentalt.

I studien til Kouwenhoven et al., (2011) beskrev deltagerne deres liv etter hjerneslaget på en slik måte, som førte til en helhetlig forståelse som ”å leve et liv i nyanser av grått”. Deltagerne i studien til Kouwenhoven og Kirkevold (2013) opplevde at nedsatt kroppslig funksjon førte til begrensninger, som igjen ledet til kjedsomhet. Dette samsvarer med det deltagerne i studien til Almborg et al., (2010) opplevde, da nedsatt funksjon og mobilitet ofte førte til at de ikke fikk utføre meningsfulle aktiviteter og dermed fikk følelse av å bli isolert i egne hjem. Almborg, et al., (2010) viser til at kjedsomhet kan være en utløsende faktor når det kommer til utvikling av depresjon. Studien vektlegger at sykepleier bør inkludere samtale om hvordan pasienten kan legge til rette for personlige interesser i sin nye livssituasjon. Kouwenhoven et al., (2011) understøtter dette ved å si at sykepleier må støtte pasienten i å finne mestringsstrategier og se nye muligheter, slik at pasienten finner frem til nye sider av livet som kan gi glede. Det å ikke være i stand til å ivareta personlige interesser og meningsfulle aktiviteter vil medføre ulike konsekvenser, det vil derfor være viktig at sykepleieren retter mer oppmerksomhet mot dette i den daglige pleien av slagrammede.

6.0 Avslutning

Oppgavens hensikt var å belyse hvordan sykepleiere kan ivareta eldre pasienter som er utsatt for depressive symptomer i rehabiliteringsprosessen etter hjerneslag.

Depresjon etter hjerneslag er et komplekst problem som gjør det utfordrende å skille mellom depressive symptomer og pasientens erfaring med tapte funksjoner etter hjerneslag. Det er likevel av stor betydning at sykepleier tolker pasientens situasjon med en helhetlig tilnærming, da det fysiske og psykiske ofte henger sammen.

Individuelt tilpasset informasjon og veiledning er hensiktsmessig da det bidrar til økt forståelse hos pasienten. Sykepleiers kommunikative ferdigheter er viktig i arbeid med å hjelpe pasientens til å mestre egen situasjon, samt et viktig verktøy for å forstå pasientens individuelle ønsker og behov.

Tidspres og studier med stort fokus på kliniske symptomer kan medføre at en ikke ser pasientens individuelle behov, videre kan dette medføre at depressive symptomer ikke fanges opp. Tilgjengelige kartleggingsverktøy, i kombinasjon med samtale, bør implementeres i sykepleiers arbeid. Det kan bidra til å identifisere og fange opp symptomer i tidlig stadium og dermed begrense utvikling av depresjon.

For å fremme håp og mestring må en som sykepleier evne å utforme realistiske mål. Håp og mestring kan bidra til at pasienten håndterer tap etter hjerneslag, samtidig som det også kan bidra til å styrke livskvaliteten som er en viktig faktor i forebygging av depresjon. En kan si at fokus på fysisk funksjon og opptrening er stor, men samtidig er dette også med å fremme pasientens håp og livskvalitet.

Økt fokus på kunnskap og kompetanse, samt økt bevissthet, vil være avgjørende for sykepleiers evne til å ivareta slagpasienter som er disponible for depressive symptomer.

Referanseliste

- Almborg, A-H., Ulander, K., Thulin, A., & Berg, S. (2010). Discharged after stroke – important factors for health related quality of life. *Journal of Clinical Nursing, 19(15-16)*, 2196-2206. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03251.x
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2011). *Det handler om VERDIGHET OG DELTAGELSE. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Butli, H. (2011, 14. juni). *Definisjon sykepleie i rehabilitering*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/671533/573837/Definisjon-sykepleie-i-rehabilitering>
- Christoffersen, I., Johannesen, A., Tufte, P.A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I: O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg., s.63-80). Oslo: Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet (2015, 4. november). *Hjerte- og karsykdommer – faktaark med helsestatistikk*. Hentet 28. mars 2017 fra <https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/hjertekar/hjerte--og-karsykdommer---faktaark-/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Forfättarna och Bokforlaget Natur og Kultur.

- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet 22. april 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=rehabilitering>
- Ginkel, J.M.M., Gooskens, F., Schuurmans, M.J., Lindeman, E., & Hafsteinsdóttir, T.B. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3274-3290. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/55/IS-1688-Nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær – og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>
- Kirkevold, M. (2007). Å leve med hjerte- og karlidelser. I: E. Gjendal., & B.R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom*. (2.utg., s.161-189). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2010). Hjerneslag. I: M. Kirkevold., K. Brodtkorb., & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (1.utg., s.406-417). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N.J., & Breivne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I: N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug., & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie – pasientfenomener og livsutfordringer, bind 3*. (3. Utg., s. 187-221). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Kristoffersen, N.J., & Breievne, G. (2011). Lidelse, mening og håp. I: N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug., & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie – pasientfenomener og livsutfordringer, bind 3*. (2. Utg., s. 245-293). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kouwenhoven, S., & Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien*, 8(4), 334-342). doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0134.
- Kouwenhoven, S., Kirkevold, M., Engdal, K., & Hesook, K. (2011). "Living the life in shades of grey": experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 68(8), 1726-1737. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05855.x
- Kunnskapssenteret. (2017, 20. januar). *Sjekklistor for vurdering av vitenskapelige artiklar*. Hentet 22. april 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>
- Kvaal, K. (2010). Angst og depresjon. M. Kirkevold., K. Brodtkorb., & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg, s.383-394). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk sykepleierforbund (2016, 25. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 3. April 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapbasert! En praksisbok*. Oslo: Akribe AS.
- Romsland, G.I., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Rustøen, T. (2007). Håp hos kronisk syke mennesker. I: E. Gjengedal, & B.R., Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursending*. (2.utg, s.93-102). Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stubberud, D-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I: D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (1.utg., s.13-41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stubberud, D-G. (2013). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I: D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (1.utg., s.42-64). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stubberud, D-G. (2013). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I: D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (1.utg., s. 66-112). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thommessen, B. (2003). Hva kjennetegner den gamle slagpasienten?. I: K. Engedal, & T. B. Wyller (Red.), *Aldring og hjernesykdommer*, (1. utg, s.97-107). Oslo: Akribe Forlag.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tutton, E., Seere, K., Langstaff, D., & Westwood, M. (2011). Staff and patient views of the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 2061-2069. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05899.x
- Wergeland, A., Ryen, S., & Olsen – Ø, T.G. (2015). Sykepleie ved hjerneslag. I: H. Almås., D-G. Stubberud., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (4.utg, s. 261-283). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg

Vedlegg 1 – søketabell

Søk 08/01-17 i CINAHL

Søkeord :	Resultat :	Valgt :
1. Stroke	59765	
2. Depression	74895	
3. Nurse	347037	
1+2	2351	
1+2+3	122	
1+2+3, full text	38	
1+2+3, full text, 2006-2017	30	Nr.6

Søk 17/01-17 i SveMed +

Søkeord:	Resultat:	Valgt :
1. Stroke	1545	
2. Depression	1754	
3. Nurse	9643	
1+2	37	Nr. 7

Søk 07/03-17 i CINAHL

Søkeord:	Resultat	Valgt:
1. Poststroke depression	9	
2. Nursing	58969	
1+2, full text, 2010-2017	2	Nr. 1

Søk 14/03-17 i CINAHL

Søkeord:	Resultat:	Valgt:
1. Hope	1223	
2. Rehabilitation	10360	
3. Stroke	3446	
1+2+3, full text, 2010-2017	11	Nr. 2

Søk 16/03-17 i CINAHL

Søkeord:	Resultat:	Valgt:
1. Health related quality of life	767	
2. Stroke	3451	
3. Recovery	4154	
1+2+3, full text, 2010-2017	3	Nr.1