



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	26-02-2018 09:00	<b>Termin:</b>	2018 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	26-04-2018 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 1025

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Livet etter slag - den stille kamp for en ny hverdag

**Antall ord \*:** 8995

**Tro- og loverklæring \*:** Ja **Inneholder besvarelsen** Nei  
**konfidensiell materiale?:**

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja  
**registrert oppgavetittelen**  
**på norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

## **BACHELOROPPGAVE**

**Tittel: Livet etter slag - den stille kamp for en  
ny hverdag.**

Kull: 2015

Antall ord: 8995

Fakultet for Helse-og sosialvitenskap  
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,  
Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

## Sammendrag

**Tittel:** Livet etter slag - den stille kamp for en ny hverdag

**Bakgrunn:** Hvert år rammes omlag 10 000- 11 00 personer i Norge av hjerneslag. Hjerneslag er en av de mest alvorlige folkesykdommene, og er en av de mest dominerende årsaken til funksjonshemming som ikke er medfødt. Den rammer pasienten psykisk, fysisk og sosialt, og livssituasjonen kan bli dramatisk endret. Det regnes at det forekommer depresjon hos hele 20-40% av pasientene. Depresjon i rehabiliteringsfasen kan gi alvorlige konsekvenser som blant annet lavere livskvalitet, manglende treningsmotivasjon og nedsatt rehabiliteringspotensiale.

**Problemstilling:** Hvordan ivareta personer med depressive symptomer etter gjennomgått hjerneslag?

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å belyse og forstå hvordan sykepleiere kan ivareta pasienter med depressive symptomer etter gjennomgått hjerneslag.

**Metode:** Denne bacheloroppgaven er en systematisk litteraturstudie. Det blir anvendt forskning og faglitteratur for å belyse problemstillingen

**Funn:** Håp ble ansett som et sentralt element i rehabiliteringsprosessen hos slagrammede, og kan ha flere gunstige effekter. Håp ble også funnet som et paradoksalt begrep, og sykepleiere og annet helsepersonell kan påvirke pasientens håp. Pasientene benyttet seg av ulike mestringsstrategier, og mestringsstrategiene kan være av betydning for utvikling av depressive symptomer. Sykepleieintervensjoner som informasjon og støtte kan redusere forekomst og alvorlighetsgrad av depressive symptomer.

**Oppsummering:** Å inspirere til håp samt å bidra til å understøtte mestring kan være to viktige elementer ved ivaretagelsen av pasienter med depressive symptomer etter hjerneslag. Sykepleier kan bidra til mestring gjennom informasjon, hjelp til å finne mening og gjennom å støtte pasientene.

**Nøkkelord:** Hjerneslag, depressive symptomer, rehabilitering, sykepleie.

## Abstract

**Title:** Life after stroke – the quiet battle for a new everyday life

**Background:** Every year around 10 000- 11 000 people in Norway get stroke. Stroke is one of the gravest diseases, and one of the most dominantly causes to disability and handicaps which is not inborn. It affects the patients physical, psychological and social functioning, and the life situation can be dramatically changed. Depression is a common complication post stroke, and affects about 20-40% of the patients. Post stroke depression has a huge impact on the patient`s ability to recover after stroke, and it has been associated with lower quality of life, lack of exercise motivation and reduced rehabilitation potential.

**Research question:** How to take care of people with post stroke depression?

**Aim:** The aim of this study is to illuminate and understand how nurses can take care of people who suffers from post stroke depression.

**Method:** This bachelor thesis is a literature study. Research articles and literature are used to elucidate the research question.

**Findings:** Hope was found as a central element in the patient`s recovery from stroke, and can have several favourable effects. Hope was also found as a paradox, and nurses and other healthcare workers can have influence on the patients hope. Patients utilized different coping strategies, which can be important for the development of depressive symptoms. Nursing interventions such as information and support can reduce the incidence and severity of depressive symptoms.

**Summary:** Inspiring hope and helping to support coping can be two important elements in the care of patients with depressive symptoms after stroke. Nurses can help the patients to cope through information, helping to find meaning and through supporting patients.

**Keywords:** Stroke, depression, recovery, nurse

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b>	<b>i</b>
<b>Abstract</b>	<b>ii</b>
<b>1.0 Introduksjon</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt og mål med oppgaven	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensning	2
<b>2.0 Teori</b>	<b>4</b>
2.1 Hjerneslag	4
2.2.1 Rehabilitering	6
2.2.2 Sykepleiens rehabiliterende funksjon	6
2.3 Sykepleiefaglig perspektiv: Partrica Benner og Judith Wrubel	6
2.4 Lazarus og Folkmans stressmestringsteori	7
<b>3.0 Metode</b>	<b>9</b>
3.1 Metode	9
3.2 Litteraturstudie som metode	9
3.3 Kvantitativ og kvalitativ metode.	10
3.4 Presentasjon av database, søkeord og fremgangsmåte	10
3.5 Kildekritikk	11
3.6 Metodekritikk	12
3.7 Forskningsetikk	12
<b>4.0 Funn</b>	<b>14</b>
4.1 Å leve med depresjon etter hjerneslag.	14
4.2 A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses.	14
4.3 THE RELATIVE EFFECT OF COPING STRATEGY AND DEPRESSION ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS IN THE CHRONIC PHASE AFTER STROKE.	15
4.4 The paradox of hope for working age adults recovering from stroke.	16
4.5 Understanding Hope After Stroke: A Systematic Review of the Literature Using Concept Analysis.	17
4.6 "Feeling sad and useless": an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke.	18
4.7 Hovedfunn	19

<i>5.0 Hvordan ivareta personer med depressive symptom etter gjennomgått hjerneslag?</i>	<i>19</i>
<i>5.1 Ivaretagelse av personer med depressive symptomer etter hjerneslag gjennom å inspirere til håp.</i>	<i>19</i>
<i>5.2 Mestringsstrategier og sykepleiers bidrag til å styrke pasientens mestring.</i>	<i>23</i>
<b>6.0 Avslutning</b>	<b>27</b>
<b>7.0 Referanseliste</b>	<b>I</b>
<b>Vedlegg I</b>	<b>VI</b>
<b>Vedlegg II</b>	<b>IX</b>

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hvert år rammes omlag 10 000-11 000 personer i Norge av hjerneslag, apoplexia cerebri (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, u.å.). I 2016 var det 8650 nye tilfeller (Fjærtøft, Indredavik, Mørch, Phan, Skogseth- Stephani & Varndal, 2017). Hjerneslag er en av de mest alvorlige folkesykdommene, og er en av de hyppigste dødsårsakene (Helsedirektoratet, 2010). Tilstanden kommer plutselig og er dramatisk, og den rammer pasientene både fysisk, psykisk og sosialt (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2015, s. 261). Hjerneslag kan ofte være svært omfattende og er en av de mest dominerende årsakene til funksjonshemming som ikke er medfødt (Landsforeningen for hjerte og lungesyke Hjerneslag, 2016). Avhengig av størrelsen på slaget og hvor i hjernen skaden inntreffer, vil det være variasjon i symptomene pasientene opplever, og hvilke konsekvenser slaget får for den enkelte (Wergeland et al., 2015, s. 163). Konsekvensene kan ramme pasientens livsutfoldelse, livskvalitet og oppfatning av seg selv (Wergeland et al., 2015, s. 263). Selv om behandlingen og rehabiliteringen er blitt langt bedre de siste årene, vil mange av pasientene leve med et funksjonstap i lengre tid eller resten av livet, og livssituasjonen kan bli dramatisk endret (Wergeland et al., 2015, s. 263).

Antall personer som lever med følgetilstander etter hjerneslag vil øke betydelig, i takt med at det blir stadig flere eldre i befolkningen og redusert dødelighet som følge av bedre behandling (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, u.å.). I følge Helsedirektoratet (2010) vil andelen pasienter som rammes av slag øke 50% de neste 20 årene fremover som en følge av at det vil bli flere eldre i Norge.

I 2016 var 90 % av pasientene selvhjulpne før slaget, og 72% selvhjulpne etter slaget (Fjærtøft et al., 2017). 48% av de rammede er like fornøyde med tilværelsen etter slaget som før slaget, det vil si at hele 52% av de rammede ikke er fornøyde med sin tilværelse etter slaget (Fjærtøft et al., 2017). Det regnes at det forekommer depresjon hos hele 20-40% av pasienten som har gjennomgått slag (Wergeland, et al., 2015, s. 268). Depresjon kan medføre manglende treningsmotivasjon, gi et nedsatt rehabiliteringspotensiale og få alvorlige følger (Wergeland et al., 2015, s. 268, Kouwenhoven & Kirkevold, 2013).

Ut fra erfaringer både fra jobb og via praksis i forbindelse med studiene, har jeg gjort meg noen bemerkelsesverdige observasjoner, som har gjort meg interessert i emne. Selv de pasientene som fremstår som fulle av håp og mot, kan bak fasaden lide av depressive symptomer. Jeg har vært i kontakt med pasienter som har vært rammet av slag og depressive symptomer gjennom kommunehelsetjenesten, og via medisinsk praksis på Nevrologisk/slag – post. Jeg var også så heldig at jeg gjennom denne praksisen, fikk hospitere på slagpoliklinikken, og være med på oppfølgingssamtaler med pasienter 3 mnd. etter slaget.

Både i praksis, litteraturen og gjennom studiet er mitt inntrykk at den psykiske helsen og de psykiske reaksjonene i forhold til slag har fått liten plass. Dette er også i samsvar med funnene i studiet til Kouwenhoven og Kirkevold (2013) som sier at ” *Selv om depresjon etter hjerneslag er et kjent fenomen som har vært beskrevet i fag og forskningslitteraturen i mer enn 100 år, er det ofte et oversett fenomen i praksis*”.

Til tross for at så mange rammes av både slag, og en så høy andel lider av depressive symptomer i etterkant av slag, at det får lite fokus, og de konsekvensene det kan få for pasient, pårørende og samfunn, finner jeg det viktig at sykepleiere får et økt fokus, og får økt kunnskap og kompetanse innen dette området. For å kunne ivareta pasientene på best mulig måte er det viktig at sykepleier har kunnskap om hvordan det rammer pasienten. Det er nettopp på bakgrunn av dette at jeg ønsker å fordype meg innen dette emnet.

## 1.2 Hensikt og mål med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse, og forstå hvordan sykepleiere kan ivareta pasienter med depressive symptomer etter gjennomgått slag.

## 1.3 Problemstilling

*Hvordan ivareta personer med depressive symptomer etter gjennomgått hjerneslag?*

## 1.4 Avgrensning

I følge Kouwenhoven og Kirkevold (2013) er akutfasen spesielt viktig da tidlig depresjon øker sjansen for vedvarende depresjon og komplikasjoner.



I følge Wergeland et al. (2015, s. 268) oppgir de at den mest akutte fasen ofte er kaotisk og pasientene har som ofte begrenset kapasitet, og har nok med å mestre situasjonen i øyeblikket. De hevder også at depresjon kan komme sent i sykdomsforløpet (Wergeland et al., 2015, s. 268). Jeg ønsker derfor å legge fokuset på rehabiliteringsfasen fra pasienten blir rammet av slaget og de 18 første månedene. Rehabiliteringsfasen innebærer at sykepleier kan møte pasientene både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Jeg vil inkludere begge kjønn, og avgrensner ikke alder. Jeg vil også forholde meg til depresjon som en psykososial reaksjon, og ikke som organisk betinget og følgekonskvens av lokalisasjon og skadeomfanget på hjernen. Jeg vil fokusere på depresjon og ikke andre psykiske reaksjoner som eksempel angst og posttraumatiskstress, da helt opp mot 40% av de slagrammede opplever depresjon, samtidig som det svært ofte er ett oversett fenomen.

I denne sammenheng vil det også vært relevant og å skrive noe om kartlegging og tidlig identifisering av symptomene, men på grunn av oppgavens begrensinger blir ikke dette inkludert.

## 2.0 Teori

I denne delen av oppgaven skal leser få en introduksjon av hjerneslag, depresjon, rehabilitering, sykepleierens rehabiliterende funksjon, Benner og Wrubels sykepleieteori og Lazarus og Folkmans stressmestringsteori.

### 2.1 Hjerneslag

Hjerneslag, slag, apoplexia cerebri eller stroke defineres av Verdens helseorganisasjon (WHO) (2013) som ”en forstyrrelse av hjernens blodforsyning som skyldes en blokkering av en blodåre eller fordi en blodåre brister. Dette reduserer tilførselen av oksygen og næringsstoffer, og forårsaker skade på hjernevevet” (WHO, 2013).

Hjerneslag er samlebetegnelsen på de symptomene en får når hjerneceller dør pga. en helt eller delvis mister blodforsyningen til hjernen (Wergeland et al., 2015, s. 262, Bertelsen, 2015, s. 317-318). Det vil oppstå skade på hjernevevet, og funksjonene som blir kontrollert av det området, går tapt (Bertelsen, 2015, s. 318). Symptomene og konsekvensene den enkelte opplever, vil være avhengig av størrelsen og lokalisasjonen på slaget (Bertelsen, 2015, s. 318-319).

Hjerneslag deles inn i 3 hovedtyper:

- \* Hjerneinfarkt oppstår dersom en blodåre som forsyner deler av hjernen med blod blir tilstoppet (Wergeland et al., 2015, s. 262).
- \* Hjerneblødning eller hjernehinneblødning (subaraknoidale blødninger) oppstår dersom en blodåre intracranielt spontant sprekker (Bertelsen, 2015, s. 318).
- \* Transitorisk iskemisk anfall (TIA) er en akutt forstyrrelse i hjernens blodsirkulasjon (Bertelsen, 2015, s. 320). Tilstanden er forbigående, og varer som regel i mindre enn 1 time. Symptomene skal gå tilbake i løpet av 24 timer, varer de mer enn 24 timer blir tilstanden kalt hjerneslag (Wergeland et al., 2015, s. 263).

### 2.2 Psykososiale reaksjoner ved akutt og kritisk sykdom, med hovedfokus på depresjon.

I følge folkehelseinstituttet (2015) brukes betegnelsen psykiske lidelser om ” *Når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt*”, og betegnelsen psykiske plager brukes om ” *Tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnose*”. I følge

Brattvåg, Heier, Herheim, Oftedal, Poleszynski, Skattebo & Vik (2016) er de vanligste psykiske plagene lettere angst- og depresjonsplager. Depresjon kan noen ganger komme i etterkant av en stor påkjenning eller skuffelse i livet, andre ganger kommer det i etterkant av hendelser som krever store omstillinger eller utfordringer (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015, s. 338). Lett depresjon forekommer ofte og er en vanlig komplikasjon ved en rekke akutte og kritiske kritisk sykdommer (Stubberud, 2015, s. 70). Det regnes at det forekommer depresjon hos hele 20- 40 % som har vært igjennom et hjerneslag (Wergeland et al., 2015, s. 268). Anslagsvis vil halvparten av disse oppleve en alvorlig depresjon (Finset, 2014, s. 506).

Symptomene på depresjon kan deles inn i grunnsymptomer og tilleggssymptomer (Stubberud, 2015, s. 71). For at pasientene skal være kvalifisert for en depressiv episode, må minst 2 av grunnsymptomene være tilstede, og alvorlighetsgraden på depresjonen øker i sammenheng med tilleggssymptomene (Stubberud, 2015, s. 71).

Karakteristiske symptomer er; nedstemthet, lite energi, og mangel på interesse og glede (Skårderud, et al., 2015, s. 338). Tilleggs symptomer som ofte er vanlige er tafatt og initiativløs, dårlig selvtillit, skyldfølelse, nedsatt appetitt og søvnforstyrrelse, psykomotorisk aggitasjon eller retardasjon der det går tregere med tanker, tale og bevegelse (Skårderud et al, 2015, s 338, Stubberud, 2015 s. 71). Det fremste kjennetegnet ved depresjon er ofte utrøstelig tristhet, en følelse av å være verdiløs og mangel på håp for fremtiden (Skårderud et al., 2015, s. 338).

Hva depresjonen kommer av er omdiskutert (Finset, 2014, s. 507). Den kan være organisk betinget som en konsekvens av lokalisasjon og omfanget på slaget, men ofte er de depressive symptomene en del av sorgreaksjonen (Wergeland et al., 2015, s. 268). I engelsklitteratur blir depresjon eller depressive symptomer etter hjerneslag omtalt som *"post stroke depression"*.

Dersom depresjon ikke oppdages og behandles, kan den gi meget alvorlige konsekvenser bla. høyere grad av uførhet, lavere livskvalitet, redusert funksjon i hverdagen og høyere mortalitet samt et mer komplisert sykdomforløp og nedsatt rehabiliteringspotensiale (Finset, 2014, s. 507, Stubberud, 2015, s. 70 & Wergeland et al., 2015, s. 268).

I etterkant av et hjerneslag vil det ofte være behov for rehabilitering.

### 2.2.1. Rehabilitering

I Forskrift om habilitering og rehabilitering (2018) Kapittel 2 § 3 blir rehabilitering definert som:

Målrattede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteyter. Prosessen kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjon- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

### 2.2.2 Sykepleiens rehabiliterende funksjon

Sykepleiens rehabiliterende funksjon går ut på å styrke pasientens egne muligheter, til å blant annet å kunne gjenvinne helsen, mestre situasjonen, og å ivareta sine egne grunnleggende behov (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015, s. 19). Funksjonen omfatter å igangsette tiltak som skal fremme rehabiliteringen. Det kan innebære å støtte pasienten, styrke pasientens forståelse, motivasjon og vilje, samt å støtte til å finne mening i en situasjon hvor livet kan bli varig endret (Kristoffersen et al., 2015, s. 19, Lohne, 2010, s. 109). I støtte legger Kirkevold (sitert i Wergeland et al., 2015, s. 262) å hjelpe pasienten til å opprettholde håp. I følge Renolen (2015, s. 174) kan håpet deles inn i universelt og spesifisert håp. Universelt håp kan være en hjelp til å tro på en positiv fremtid, og spesifisert håp er mer tilknyttet noe spesifikt (Renolen, 2015, s. 174). Det kan eksempel være å håpe på å gjenvinne en spesifikk funksjon. Håp er et vidt begrep som blir omtalt i filosofi, litteratur og forskning, men på grunn av oppgavens begrensninger forstås det i denne sammenheng som universelt og spesifisert håp.

### 2.3 Sykepleiefaglig perspektiv: Partrica Benner og Judith Wrubel

For å besvare min problemstilling, har jeg valgt å benytte meg av Patricia Benner og Judith Wrubles sykepleieteori. Deres teori fokuserer på, og tar utgangspunkt i, hva som er av betydning og verdifullt for den enkelte, samt hvilken mening pasienten legger i situasjonen (Sitert i Kristoffersen, 2015, s. 215 og 263). Det som er av betydning for den enkelte vil

Emnekode: SYKHB3001, innleveringsdato: 26.04.2018, Kandidatnr:1025

derfor være med å bestemme hva som oppleves som stress, samt hvilke muligheter den enkelte har for å kunne meste dette stresset (Kristoffersen, 2015, s. 263). Mennesker vil oppleve varierende grader av stress i forbindelse med tap, helsesvikt eller sykdom. Graden av stresset vil være avhengig i hvilken grad det som er viktig for en i livet, blir truet (Kristoffersen, 2015, s. 215 og 261). Benner og Wrubel (sitert i Kirkevold, 2008, s. 202-203) forklarer forholdet mellom stress og mestring som ” *Stress er opplevelsen av sammenbrudd av mening, forståelse og uhemmet funksjon, slik at fare, tap eller utfordringer erfares, og sorg, tolkning eller nye ferdigheter er påkrevd. Mestring er det man gjør med dette bruddet*”

I følge deres beskrivelse av sykepleiefunksjonen vil målet og hensikten med sykepleien være å hjelpe pasienten til å kunne leve med det som er av betydning for den enkelte, i kombinasjon med tap, lidelse og sykdom (Kristoffersen, 2015, s. 262). Å mestre livssituasjonen blir da et delmål (Kristoffersen, 2015, s. 262). De mener (sitert i Kristoffersen, 2015, s. 261-263) at sykepleien skal ha en helhetlig tilnærming der det er individets opplevelse av sykdom, helsesvikt eller tap, og hvordan den enkeltes tilværelse blir forstyrret av dette, som skal være utgangspunktet for sykepleien. Benner og Wruble ser sammenhengen mellom begrepene sykdom, stress, mestring, helse og velvære (Kristoffersen, 2015, s. 259).

Benner og Wrubels syn på stress og mestring er basert på Lazarus og Folkmans synspunkter (sitert i Kristoffersen, 2015, s. 262).

#### 2.4 Lazarus og Folkmans stressmestringsteori

Lazarus og Folkmans (sitert i Renolen, 2015, s. 169) har utviklet en stressmestringsmodell, og tar utgangspunkt i hva som skjer med den enkelte når en utsettes for stress. De mener (sitert i Renolen, 2015, s. 169) at for at et individ skal kunne mestre stress, må individet gjøre en vurdering av situasjonen. Først en primærvurdering som går ut på å vurdere hvor truende situasjonen er, før en deretter foretar en sekundærvurdering som innebærer en vurdering om en har nokk ressurser for å kunne håndtere situasjonen, og hvilke konsekvenser situasjonen kan medføre (Sitert i Renolen, 2015, s. 169). Etter en slik vurdering vil en forsøke å mestre stresset. De (sitert i Renolen, 2015, s. 169) definerer mestring som ” *kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser*”. De hevder (sitert i Renolen, 2015, s. 169-170) at det finnes to ulike mestringsstrategier:

\* problemfokusede mestringsstrategier som vil si at en prøver å iverksette tiltak som er rettet

mot å løse problemet (sitert i Renolen, 2015, s. 171)

\* emosjonsfokuserte mestringsstrategier som innebære at en vil prøve å endre på de følelsesmessige reaksjonene som en opplever i forbindelse med stresset. Det kan gå ut på å dempe ubehaget ved eksempel å distansere seg og fornekte (sitert i Renolen, 2015, s. 170).

Ofte vil man veksle mellom de ulike strategiene og bruke de i en kombinasjon (sitert i Renolen, 2015, s. 170).

## 3.0 Metode

### 3.1 Metode

I følge sosiologen Vilhelm Aubert (1985) er metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder”

(Sisert i Dalland, 2017b, s. 51).

Når vi ønsker å undersøke noe, vil metode være ett redskap og en fremgangsmåte for å hjelpe oss til å samle inn den kunnskap og informasjonen vi trenger i undersøkelsen vår, eller for å belyse en problemstilling (Dalland, 2017b, s. 52, Thidemann, 2015, s. 76).

I denne bacheloroppgaven vil det bli benyttet litteraturstudie som metode for å besvare problemstillingen.

### 3.2 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s. 79). I følge Magnus og Bakketeig (2000) betyr å systematisere ”å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt å sammenfatte det hele” (sisert i Thidemann, 2015, s. 79-80). Studiet bygger på eksisterende kunnskap som allerede er samlet inn av andre (Thidemann, 2015, s. 77). Gjennom litteraturstudien skal en formidle kunnskap på det området som blir etterspurt av problemstillingen, slik at leseren får en oppdatert og god forståelse for dette, samt som leseren får innsikt i fremgangsmåten som er blitt brukt (Thidemann, 2015, s. 80). Til min bacheloroppgave er det gjort litteratursøk etter forskningsartikler, fagartikler, pensum, teori og kunnskap fra annen relevant litteratur for å besvare problemstillingen.

### 3.3 Kvantitativ og kvalitativ metode.

Kvantitativ metode benyttes når en ønsker å finne eksakte faktakunnskaper, skal se på sammenhenger og mønster innenfor en gruppe mennesker, og gir oss data av målbare enheter (Dalland, 2017a, s. 112, Thideman, 2015, s. 77). Kvalitative metode benyttes dersom formålet er å undersøke meninger, erfaringer, holdninger og opplevelser (Dalland, 2017a, s. 112, Thideman, 2015, s. 78). I min bacheloroppgave har jeg inkludert flest studier med kvalitativ metode da pasientopplevelser vil være sentralt å vite noe om for å kunne besvare problemstillingen. Jeg har også inkludert en studie med kvantitativ metode som ga meg informasjon om sammenhenger og mønster innenfor den gruppen pasienter denne oppgaven omfatter.

### 3.4 Presentasjon av database, søkeord og fremgangsmåte

Jeg begynte søkeprosessen tidlig, allerede høsten 2017, og satte meg godt inn i temaet før jeg begynte skriveprosessen. For å finne artiklene søkte jeg i noen av databasene som vi har tilgang på gjennom biblioteket til Høgskulen på Vestlandet (HVL), og brukte databasene: CINAHL, PubMed, SveMed+, Helsebiblioteket og IDUN. Dette er databaser jeg har tidligere erfaringer med å bruke. Søket startet i det store og det brede, før det etterhvert ble mer avgrenset. Søkeord som depresjon, depressive symptomer, depressive symptoms, slag, stroke, post stroke, poststrokedepression og after stroke var gjengangere. Jeg kombinerte dem med coping, coping strategies, hope, hopefulthinking, quality of life, role of nurse, nursing, og nurse. Alle søkene hadde også begrensningene; ikke eldre enn 10 år, Research Article, og Peer Reviewed. Jeg fikk opp mange treff. De samme søkeordene og begrensningene ble brukt i alle søkemotorene, og flere av de samme artiklene var å finne igjen i de ulike databasene. Fremgangsmåten ved søk til den enkelte artikkel er nærmere beskrevet i vedlegg I.



### 3.5 Kildekritikk

For at forskere skal kunne trekke holdbare konklusjoner, er det nødvendig at de bruker kildene på en informert og reflektert måte (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 60). Det er dette kildekritikk handler om. Kildene må vurderes, tolkes og analyseres (Christoffersen et al., 2015, s. 60). Dette kan en gjøre gjennom å se på kildens gyldighet, holdbarhet og relevans for problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2017a, s. 72-75). Dette er også dette jeg har gjort når jeg har vurdert mine kilder kritisk. Som en hjelp for å gjøre dette, benyttet jeg meg Kunnskapssenterets (2014) ulike ”sjekklister for vurdering av forskning” hentet på Folkehelseinstituttet (2014), avhengig av hvilken metode som er brukt i forskningsartiklene. Dette ble gjort på alle forskningsartiklene. Se vedlegg II for å se eksempel kildekritikk fra artikkelen ”Å leve med depresjon etter hjerneslag”.

I søkeprosessen lette jeg etter overskrifter som så ut til å være relevante for problemstillingen. Jeg klikket meg inn på flere, og så om de var bygd opp etter den anerkjente artikkelstrukturen, IMRaD. Dette for å vurdere om artiklene var vitenskapelige. IMRaD-strukturen er den mest brukte normen for oppbygging og disponering av tekst i vitenskapelige artikler innenfor medisin og helsefag (Dalland og Trygstad, 2017a, s. 79, Thidemann, 2015, s. 30-31, & s. 68-68-72). Ordet er satt sammen av initialene for Introduction, Method, Results and Discussion (Dalland & Trygstad, 2017a, s. 79-80). Deretter leste jeg sammendragene.

Etter en grundig gjennomgang på flere databaser, satt jeg igjen med 29 artikler, før inkludering/ekskludering av artiklene begynte. Jeg laget et tankekart over alle aktuelle artikler, før jeg så begynte å gå dypere inn i hver enkelt for å undersøke om de hadde relevans, da vurdering av relevans ikke alltid kunne bestemmes ut fra overskriften eller sammendrag. Dette også for å bekrefte/avkrefte valget for inkludering/ekskludering i forhold til belysing av problemstillingen, samt hvor aktuelle de er i forhold til sykepleiefunksjonen.

Alle artiklene som er brukt i denne oppgaven er ”peer review” eller fagfellvurdert. Det vil si at artiklene er blitt vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet før de ble publisert (Dalland & Trygstad, 2017a, s. 78). Dette vil være en styrke når det kommer til vurdering av kvaliteten og troverdigheten av studien. Som nevnt over var også ett av kriteriene for søket at artikler eldre enn 10 år ble ekskludert. Dette på grunn av fremskrittene og endringene innen både helsevesenet, behandling og slagforskningen de siste årene. Jeg har brukt artikler fra

vestlige land, og ekskludert fra Asia, Afrika, på grunn av store ulike kulturelle forskjeller. Jeg har også bare valgt artikler som er norskspråklige eller engelskspråklige, dette på grunnlag av risikoen for feiltolkning og feil i prosessen med oversettelser fra andre språk.

### 3.6 Metodekritikk

Metoden er avgjørende for om man kan stole på resultatene i en undersøkelse, og vil påvirke undersøkelsens kvalitet (Busch, 2013, s. 61). Litteraturstudie som metode har sine sterke sider og svake sider. Det positive med å bruke litteraturstudie som metode er at man får tilegnet seg mye kunnskap og informasjon på kort tid, gjennom allerede eksisterende forskning og litteratur (Thidemann, 2015, s. 77-80). Det finnes store mengder litteratur, noe som kan være positivt da det vil kunne gi forskeren mulighet til å se problemet fra flere sider (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25-28). Det finnes også en del utfordring ved bruk av denne metoden. Blant annet at jeg som forfatter av denne oppgaven aldri har utført en bacheloroppgave før, og av den grunn har begrenset med erfaring med dette. Det kan også hende at forsker har begrenset med kunnskap om søkeord som er relevante, og søkene vil også være begrenset til hvilke databaser en har mulighet for å bruke, som igjen gir en begrenset tilgang til mengden med relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25-28). Da er det fare for at forskning som kan være mer relevant, ikke blir inkludert. En annen svakhet er at ulike forskere innen samme område kan komme med helt forskjellige konklusjoner. Dette medfører fare for forvirring og tolkning (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25-28).

### 3.7 Forskningsetikk

Forskning innen helsefag krever at forskerne er etisk forsvarlige. Dette er regulert i Helsinkideklarasjonen (2013) som er til for å beskytte mennesker mot fare som kan forekomme som følge av forskning (sitert i Christoffersen et al., 2015, s. 43)

Etikk i forskningen omhandler ivaretagelse av de som deltar slik at de ikke blir påført unødig belastning eller skade. Det handler om å ivareta personvernet til deltakerne og sikre at forskningen ikke skjer på bekostning av deltakernes integritet eller velferd (Dalland, 2017a, s 96). For å sikre dette finnes det en rekke forskningsetiske komiteer rundt i verden.

I denne bacheloroppgaven er to av de seks forskningsartiklene som er inkludert systematiske oversiktsartiklen (systematic review). De fire andre studiene som er inkludert, har alle vært gjennom forskningsetiske komiteer og har innhentet informert samtykke fra sine informanter.

Forskerne har også et etisk ansvar for å ikke kopiere andres arbeid. Å utgi andres arbeid, som om det var dens eget vil bli regnet som plagiat (Dallanda & Trygstad, 2017a, s. 80).

Oppgaven bygges på litteratur, tanker og formuleringer hentet fra andre, det vil derfor være nødvendig og viktig å vektlegge korrekt og riktig bruk av kilder, for å unngå plagiat (HVL, 2017). Referering og kildehenvisning i denne bacheloroppgaven vil følge HVL sine retningslinjer for referanser og kildebruk (2018).

## 4.0 Funn

I denne delen av oppgaven vil jeg kort presentere artiklene jeg har funnet.

### 4.1 Å leve med depresjon etter hjerneslag.

*Forfattere:* Kouwenhoven og Kirkevold (2013)

**Hensikt:** Hensikten med studien var å få en samlet beskrivelse av forløpet for depresjon etter hjerneslag fra akutfasen til 18 mnd. etter slaget, med fokus på hva som er karakteristisk for depresjon etter hjerneslaget slik den er erfart og kommer til uttrykk, hvordan det er å leve med depresjon etter hjerneslag, og evt. hvordan erfaringene med depresjon endrer seg over tid.

**Metode:** Studien er basert på gjentatte dybdeintervjuer med 9 personer som alle hadde milde til moderate depressive symptomer i akutfasen etter slaget. Deltakerne blir intervjuet i 4.-7. uke etter slaget, med oppfølgingsintervjuer ved 3, 6, 12 og 18 mnd. etter slaget. Studiet har et longitudinelt, deskriptivt design. Det vil si at forskerne følger deltakerne over en lengre periode.

**Funn/resultat:** Hovedfunnene fra første intervjuet var at depresjonen sterkt hang sammen med det ”å være fanget” og det ”å miste seg selv” som at en ikke lengre var den samme personen som før. Hovedfunnene ble med i det videre forløpet, og så ut til å være elementer i bevegelse. Livssituasjonen, grad av funksjon og sosial kontekst, påvirket hvordan depresjonen endret seg over tid.

**Konklusjon:** Erfaringer med å håndtere, leve med og akseptere tap var essensielle, og depresjonssymptomene ble forstått, beskrevet og forklart med utgangspunkt i det som var tapt etter slaget.

### 4.2 A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses.

*Forfattere:* De Man-van Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman & Hafsteinsdottir (2010)

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleierens rolle i arbeidet med personer som har depresjon etter hjerneslag, og å identifisere ikke-farmakologiske tiltak som sykepleiere kan bruke i deres daglige arbeid med slagpasienter.

**Metode:** Systematisk litteratursøk med utgangspunkt i Cochrane method.

**Resultat:** Det ble inkludert 12 randomised controlled trail (RCT-studier), 2 kvalitative og 1 Systematic Review. 6 ulike intervensjoner ble funnet: Det ble funnet sterke bevis for at

informasjon kan redusere forekomst av depresjon. Det ble også funnet bevis for positiv effekt ved motiverende intervju, fysisk trening, life review therapy, musikkterapi og støtteprogrammer. Sykepleierne har en viktig rolle i å gjenkjenne og identifisere av depressive symptomer, men det er vanskelig. Kartleggingsverktøy blir sjelden brukt.

**Konklusjon:** Disse intervensjonene kan bli implementert i praksis med pasienter som har depresjon etter hjerneslag.

#### 4.3 THE RELATIVE EFFECT OF COPING STRATEGY AND DEPRESSION ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS IN THE CHRONIC PHASE AFTER STROKE.

*Forfattere:* Visser, Aben, Heijenbrok-Kal, Busschbach & Ribbers (2014)

**Hensikt:** Å undersøker sammenhengen mellom mestringsstrategier og depresjon i forhold til helse relaterte livskvalitet hos pasienter i kronisk fase etter hjerneslag.

**Metode:** Tverrsnittstudie som henter data fra 213 pasienter. Mestringsstrategier ble kartlagt ved hjelp av assimilative-accommodative coping scale (AACS), livskvalitet ble målt med World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL-BREF) og depresjon ble kartlagt med Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D).

**Resultat/funn:** Hos 73,1% av pasienten var den accommodative mestringsstrategien mer fremtredende enn den assimilativ mestringsstrategien, men i rehabiliteringsfasen så det ut til at den assimilative mestringsstrategien var mer dominant. Funnene i studien finner at pasienter med høy depresjonsscore hadde lavere livskvalitet, og at pasienter som brukte accommodative coping så ut til å ha høyere livskvalitet. Både depresjon og accommodative mestringsstrategi er relatert til livskvalitet, uavhengig av hverandre.

**Konklusjon:** Pasienter som brukte accommodative mestringsstrategier viste mindre depressive symptomer, men uavhengig av tilstedeværelsen av depressive symptomer, vil accommodative mestringsstrategi ha en positiv innvirkning på den psykiske helsen.

**Relevans:** Denne studien henter materiale fra pasienter i kronisk fase, eller pasienter som er over 18 mnd etter slaget. Jeg fokuserer på pasienter før 18 mnd., men i diskusjon/drøftingsdelen i artikkelen trekkes det paralleller til rehabiliteringsfasen. Det er dette jeg ønsker å bruke fra denne artikkelen, og derfor anses den som relevant for å besvare min problemstilling.

#### 4.4 The paradox of hope for working age adults recovering from stroke.

*Forfattere:* Allaszewski & Wilkinson (2015)

**Hensikt:** Å kartlegge slagpasientenes opplevelser, erfaringer skiftende holdninger og refleksjoner om slagets påvirkning i deres liv og hverdag, og hvordan dette endres over tid, samt håpets rolle i denne dynamiske prosessen. De reflekterer over fortid, nåtid og fremtid.

**Metode:** Studiet er en kvalitativ studie, og har et longitudunelt design. Det ble rekruttert 43 slagpasienter under 60 år, hvorav 33 av deltakerne fullførte. Deltakerne ble intervjuet 4 ganger i løpet av en periode på 18 mnd., og skrev dagbok for en uke hver måned i denne periode.

**Resultat:** Ved det første intervjuet rapporterte deltakerne at de fortsatt var dypt sjokket og dystre over det dramatiske og plutselige tapet av deres fysiske og mentale evner, og at de følte slaget som et traumatisk angrep på deres personlighet. På det tidspunktet da pasientene lå på sykehuset, var det ingen positive tanker om håp. Det var ikke før pasientene kom hjem og skulle fylle deres hverdagsroller, de faktisk innså hvilke konsekvenser slaget hadde for deres liv.

En av deres mest konsekvente funn i studiet var at etter 18 måneder i rehabiliteringsprosessen fra slag, innså deltakerne at de hadde vesentlige endringer i deres holdninger til fremtiden. Mange tenkte ikke på fremtiden i det heletatt, og tok dag for dag. Selve ideen om håp for fremtiden ble møtt som en uvelkommen distraksjon og i noen tilfeller som en kilde til bekymring.

**Konklusjon:** Forfatterne fant resultatene som et ytterligere bevis om påstanden om at håp egentlig er et paradoksalt begrep for dem som er i rehabilitering etter slag, og kanskje enda mer for yngre yrkesaktive pasienter. Over tid, da pasientene ble mer involverte i og kjente med prosessen med å endre deres horisonter av selvforventning i tråd med jakten på mer ”realistiske” håp for seg selv, kom de til å gjenkjenne andre dimensjoner av håp som en kilde til angst og ubehag.

**Relevans:** Studiet omhandler alle pasienter i en rehabiliteringsfase etter hjerneslag, og er ikke avgrenset til pasienter med depressive symptomer. Studiet ser på håpets betydning i tiden etter hjerneslag, og flere av pasientene i studien utvikler depressive symptomer eller depresjon. Derfor anses artikkelen likevel relevant for å besvare min problemstilling.

## 4.5 Understanding Hope After Stroke: A Systematic Review of the Literature Using Concept Analysis.

*Forfattere:* Bright, Kayes, McCann & McPherson (2011)

**Hensikt:** Økt klarhet om håp hos denne pasientgruppen kan bidra til å fremme kunnskap og bistå klinikere med å vurdere håp i deres samspill med slagpasienter.

Hovedmålet med analysen var å klargjøre oppfatningen av håp beskrevet av mennesker etter slag, og å sammenfatte analysens funn for å foreslå arbeidsmodell av håp.

**Metode:** Konseptanalyse. Tilnærmingen benytter et systematisk litteratursøk til å identifisere nøkkellitteratur.

**Resultat:** Det ble inkludert 20 artikler som dataen i dette studiet bygger på. Analysen kommer frem til at håp er komplekst og flerdimensjonalt. Det ser ut til å være påvirket av interne og eksterne kilder og har en positiv innvirkning på gjenoppretting etter slag.

Denne analysen fant å tolke håp ut fra 3 sammenhengende egenskaper:

*- En intern tilstand av å være:*

En indre styrke, eller en naturlig positiv være måte. Det ble ansett som å være en livskraft som var helt essensiell for gjenopptrening og for et godt liv etter slaget. Dette var den dominante formen av håp opplevd av pasientene.

*-Utfallsorientert/resultats basert håp:*

Ett håp om å nå et mål. Spesifikke håp om fremtiden. Det inkluderte håp for tilfriskning eller ett håp om ikke forverring. Andre fokuserte på at slaget var en igangsetter for å utvikle nye håp for fremtiden. Andre diskuterte behovet for å tro på at håpet kunne realiseres, og at enkeltpersoner burde jobbe mot den muligheten selv om de ikke var sikre på at det ville skje.

*- Aktiv prosess:*

Omhandler både et kognitivt engasjement og handlende håp. Denne formen for håp kunne fokuser på nåtid eller fremtid. Håpet kunne omhandle drømmer eller tanker for fremtiden. Noen deltakere fortalte om en prosess der de etterhvert evaluerte håpene sine, og omgjorde dem til å bli realistiske. I flere av studiene snakket flere av deltakerne om hvordan det kognitive håpet skulle ledsages av handling, og at det var viktig å inkludere dem i rehabilitering og trening, for å maksimere gjenoppretningen.

Håpet ble ofte synonymt eller overlappende brukt om forventninger, mål og optimisme.

**Konklusjon** Analysen bidrar til en mer utfyllende forståelse av håp hos slagpasienter.

Modellen forfatterne har foreslått kan hjelpe klinikere til å forstå håpets rolle i pasientenes rehabiliteringsprosess.

**Relevans:** Studien er ikke begrenset til pasienter med depressive symptomer etter hjerneslag, men ser på betydningen av håp i rehabiliteringsprosessen hos hjerneslagpasienter generelt. Studiet tar også opp betydningen håp spiller i utvikling av en eventuell depresjon eller depressive symptomer og anses derfor som relevant for å besvare min problemstilling.

#### 4.6 "Feeling sad and useless": an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke.

*Forfattere:* Townend, Thinson, Kwan & Sharp (2010)

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom depresjon etter slag og pasientenes aksept av funksjonshemminger.

**Metode:** Studiet er et prospektiv kohort studie. Forskerne følger informantene i en periode på 9 mnd. Det første intervjuet ble utført 1 mnd. etter slaget og bestod av data fra 89 deltakere som alle var salgrammende, 1/3 led av depresjon. De kvantitative dataene ble hentet fra 89 personer som svarte på et strukturert intervju. Et halvstrukturert intervju av 60 av pasienten gav de kvalitative dataen. Det strukturerte intervjuet ble gjentatt 9 mnd. etter slaget. 80 av de 89 deltakerne deltok på dette intervjuet.

**Resultat:** Kvantitative resultater 1 måned etter hjerneslag viste at deltakere med depresjon rapporterte betydelig høyere ikke-aksept av funksjonshemminger enn de andre deltakerne. Kvantitative resultater 9 måneder etter hjerneslaget viste at ca. rett under 1/3 av pasientene var deprimerte, og mesteparten av disse pasientene også hadde vært deprimerte 1 mnd. etter slaget. Assosiasjon mellom depresjon og Barthel ADL og Nottingham EADL disability på dette punktet var ikke statistisk signifikant. Også etter 9 mnd. ble det funnet en sammenheng av ikke-aksept av funksjonshemming og depresjon. Kvalitative funn viste at det var sammenheng mellom pasienter som var deprimerte etter slaget og ikke-aksept. Dette ble forbundet med at deltakerne savnet å gjøre ting de hadde likt å gjøre før slaget, at de ikke lengre strakk til eller var i stand til å fortsatt kunne, og de følte seg ubrukelige og nytteløse. Bare de pasientene som ikke var deprimerte rapporterte at de hadde akseptert forandringene. Kompenserende metoder for mestring av begrensninger var rapportert av både deprimerte og ikke deprimerte pasienter.

**Konklusjon:** Funnene i denne studien kan tyde på at ens emosjonelle tilpasning, tankene, forventningene, innstillingen, holdningene og ideene en har om seg selv og sin situasjon, og om en klarer å akseptere ens funksjonshemminger og begrensninger som konsekvens av hjerneslaget, kan ses i sammenheng med utvikling av en evt. depresjon. Emosjonell



tilpasning, dersom en tenker positivt og er optimistisk, er det mindre sannsynlig for utvikling av depresjon. Negativ innstilling og negative tanker er sterkt assosiert med depressive symptomer. Derfor kan det sees at noen vil ha behov for tidlig intervensjon der en endrer på ens personlige tro.

#### 4.7 Hovedfunn

- \* Håp ble ansett som ett sentralt element i rehabiliteringsprosessen hos slagrammede.
- \* Håp kan ha flere gunstige effekter.
- \* Håp som et paradoksalt begrep.
- \* Sykepleiere og annet helsepersonell har påvirkning på pasientens håp.
- \* De ulike mestringsstrategiene de slagrammede benyttet seg av var av betydning for utvikling av depressive symptomer.
- \* Aksept og ikke-aksept av forandringer var av betydning
- \* Sykepleieintervensjoner som informasjon og støtte kan redusere forekomst og alvorlighetsgrad av depressive symptomer.

#### 5.0 Hvordan ivareta personer med depressive symptom etter gjennomgått hjerneslag?

I denne delen av oppgaven skal jeg svare på problemstilling ved å drøfte funnene fra forskningsartiklene opp mot annen teori, litteratur og egne erfaringer.

##### 5.1 Ivaretagelse av personer med depressive symptomer etter hjerneslag gjennom å inspirere til håp.

I rehabiliteringssammenheng blir begrepet håp svært ofte omtalt (Normann, Sandvin & Thommesen, 2015, s. 62). Håp sies å være et sentralt element i rehabilitering og gjenopptrening fra sykdom eller skade (Bright, Kayes, McCann & McPherson, 2011). Det antas at tilstedeværelse av håp er nødvendig for utholdenhet, og at håpet blir sett på som en følelse av at noe er mulig (Bright et al., 2011, Normann et al., 2015, s 62). Bright et al. (2011) finner gjennom sin forskning flere positive effekter av håp i rehabiliteringsprosessen etter slag. For det første fant de at håp ofte ble beskrevet som en motivasjon gjennom hele rehabiliteringen, særlig i de tilfellene når fremgangen var liten og gikk sent. Dette er i overensstemmelse med Normann et al. (2015, s. 62-63) som påpeker at det er viktig å se sammenheng mellom motivasjon, håp, muligheten for å ta styring over egen situasjon, og

rehabiliteringsprosess. Normann et al. (2015, s. 62-63) beskriver håpet til den det gjelder som den viktigste drivkraften i rehabiliteringsprosessen, og at uten håp vil det være vanskelig å opparbeide nok motivasjon til å gjøre noe aktivt selv, eller motta bistand i den endringsprosessen som rehabilitering omfatter. Motivasjon anses som drivkraften bak handling, og håp som drivkraften bak motivasjon.

Bright et al. (2011) fant også flere andre positive effekter håp kunne ha i rehabiliteringsprosessen. De fant blant annet håp som en hjelp til å overvinne hindringer, og at håp ble ansett som et verktøy som bidrar til håndtering og mestring. Dette er også i overensstemmelse med Benner og Wrubel (siteret i Konsmo, 1998, s.98) som hevder at det å håpe er sentralt for å kunne mestre en situasjon. I følge Renolen (2015, s. 174-175) bidrar håpet til en følelse av at det er lys i enden av tunnelen, og det er håpet til den det gjelder som gjør at den enkelte finner det meningsfullt å hente frem ressurser (Renolen, 2015, s. 174-175). Bright et al. (2011) fant håp som en hjelp til omstilling, og positiv tenkning om fremtiden. Townend, Thinson, Kwan & Sharp (2010) finner sterk sammenheng mellom positiv tenkning om fremtiden, og de som ikke har depressive symptomer, mens negative tanker om fremtiden ofte kunne være forbundet med, og var en faktor som kunne vedlikeholde depresjon (Townend et al., 2010).

Sett ut i fra annen forskning kan det tyde på håp ikke alltid ensidig bare har positive effekter (Alasezwski & Wilkinson, 2015). Alasezwski og Wilkinson (2015) fant nemlig håp som et paradoksalt begrep, og at håpet i seg selv kunne være en kilde til angst og ubehag. Noen av deltakerne i studiet fant håpet som ett forstyrrende element for å kunne leve godt her og nå, og at tankene om fremtiden opplevdes utrolig truende. Alasezwski og Wilkinson (2015) fant også håp om fremtiden som skadelig for pasientenes rehabilitering; da håpet var en stor risiko for skuffelse. Dersom pasientene faller i fellen av å håpe for mye, kan dette være en medvirkende faktor for utvikling av depresjon. Dette understøttes også av annen forskning der en kan se at misforhold mellom forventning og realitet kan være en årsak til utvikling av depresjon (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Bright et al. (2011) hevder at uoppfylte forhåpninger noen ganger resulterte i tap av håp og/eller i depresjon. Dette ser ut til å være et gjentakende tilfelle som også blir beskrevet i forskningen til Townend et al. (2010) og Alasezwski og Wilkinson (2015).

Både i forskning og i litteratur kan man se at det er kort vei mellom håp og håpløshet (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, Alasewski & Wilkinson, 2015, Lohne, 2010, s. 108-122). Fremgang stimulerer håp, mens dersom man mislykkes kan det forsterker følelsen av håpløshet (Lohne, 2010, s. 116). Bright et al. (2011) hevder at det er stor sammenheng mellom håpløshet og depresjon, og fant at vedvarende håpløshet over tid var assosiert med depresjon og laver overlevelseshastighet. Håpløshet kunne resultere i tap av håp, og mangel på håp var forbundet med depresjon. Dette kommer også frem i annen litteratur (Lohne, 2010, s. 108-122).

På den ene siden kan man se at urealistiske håp og forventninger kan føre til en utvikling av depresjon, men forskningen viser også at håpløshet på kortere og lengre sikt er assosiert med utvikling og vedlikehold av depresjon (Bright et al., 2011). Dette har jeg selv også observert i praksis da en pasient hadde et stekt håp om å oppnå noe, og etterhvert som tiden gikk og pasienten innså at den ikke kom til å oppnå håpet med det første, ble pasienten mer og mer tilbaketrukket og utviklet flere dystre og mørke tanker både om seg selv og fremtiden. Jeg har også opplevd et annet tilfelle der pasienten hadde en håpløs tenkning om fremtiden, som resulterte i at pasienten ble avvisende, hadde mangel på livsglede og nektet fysisk gjenopptrening.

Som sykepleier står man i en særegen posisjon til å påvirke håpet hos pasientene. Dette kommer frem i både forskning og litteratur, hvor det rapporteres at helsepersonell ofte blir ansett som en kilde til håp (Bright et al., 2011, Lohne, 2010, Konsmo, 1998, s. 190).

Sykepleieren kan være en avgjørende faktor der de på den ene siden kan være med på å gi pasientene håp, eller på andre siden frata dem håpet (Alasewski & Wilkinson, 2015). I ett studie (Bright et al., 2011) ble sykepleierne rapportert å kunne inspirere til håp til deltakere som rapporterte mangel håp, men det ble også rapportert at helsepersonellet også hadde muligheten til å knuse noen pasienters håp. Dette hevder også Shapiro (sitert i Kouwenhoven & Kirkevold 2013) som påpeker at sykepleiernes holdninger, er med på å fargelegge hvordan pasientene ser på seg selv, sin situasjon og fremtiden. Lohne (2010, s. 108-122) hevder at pasientene kan føle at håpet deres blir avvist, dersom sykepleier anser deres håp som urealistisk. På denne måten kan sykepleier ta håpet fra pasienten. Lohne (2010, s. 108-122) hevder også at det ikke nødvendigvis trenger å være avgjørende for pasienten om håpet er

realistisk eller ikke fordi å ha håp lindrer opplevelsen av håpløshet. Benner og Wrubel (sitert i Kongsmo, 1998, s. 190) påpeker at sykepleier kan skape et helbredende klima ved å mobilisere håp hos seg selv, kolleger og pasientene (Benner & Wrubel i Kongsmo, 1998, s. 190). De hevder også at sykepleier har mulighet til å skremme pasientene og frata dem håpet dersom sykepleier ikke tar hensyn til at informasjonen i sykdomsforløpet blir gitt på riktig tidspunkt og i riktig mengde (Benner & Wrubel, sitert i Kongsmo, 1998, s. 118). Ut fra dette kan man se at sykepleieren kan ha en viktig rolle i påvirkningen av håp hos den enkelte. Sykepleiers rehabiliterende funksjon handler om å støtte pasientene samt å rette tiltak mot å styrke pasientens motivasjon og vilje (Kristoffersen, et al., 2015, s. 19). Dette hevder også Kirkevold (sitert i Wergeland et al., 2015, s. 262) som mener at sykepleier skal ha en støttende funksjon i rehabiliteringsprosessen til pasienter etter gjennomgått slag. Den går ut på å skape tillit og trygghet, samtidig som en skal og få pasienten til å opprettholde håp for å forebygge depresjon (sitert i Wergeland et al., 2015, s. 262). Som sykepleier står man overfor mange utfordringer både på faglig og menneskelig plan, for å kunne ivareta dette, vil det være viktig at sykepleieren støtter pasienten til å erkjenne en så positiv fremtid som mulig (Lohne, 2010, s. 108-122). I følge Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (2016) skal sykepleier underbygge håp, mestring og livsmot hos pasienten.

Sett ut i fra dette kan man se at håpet kan spille en viktig rolle og kan være en kilde til flere ulike utfall både i forhold til utvinning av rehabiliteringsprosessen, og i forhold til utvikling av depressive symptomer. Som nevnt tidligere har depressive symptomer i rehabiliteringsfasen flere ugunstige utfall, og kan få alvorlige følger. Depresjon eller depressive symptomer i rehabiliteringsfasen kan føre til ett lavere deltakelsesnivå og dårligere utvinning (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013), mens forskning viser her at håp kan være en kilde til høyere deltakelsesnivå i gjenopptrening og rehabiliteringsfasen (Bright et al., 2011). Det er også funnet at håp blir assosiert med høyere livskvalitet (Bright et al., 2011). På bakgrunn av dette kan det tenkes at en viktig tilnærming for sykepleier for å ivareta pasienter med depressive symptomer i en rehabiliteringsfase etter hjerneslag, kan være å inspirere til håp.

## 5.2 Mestringsstrategier og sykepleiers bidrag til å styrke pasientens mestring.

Benner og Wrubel (siterte i Kirkevold, 2008, s. 202-203) hevder at sykdom nesten alltid vil føre til brudd i uhemmet funksjon, og derfor anser de sykdom for å være en kilde til stress. Det vil derfor være rimelig å anta at hjerneslag kan være en kilde til stress. Dette kommer også frem i studiet til Alaszewski og Wilkinson (2015) der noen av pasientene beskriver hjerneslaget som et skremmende og voldelig innbrudd i deres normale hverdag og liv, ett traumatisk angrep på deres personlighet og på de forholdene de brydde seg mest om.

I følge Lazarus og Folkman (sitert i Renolen, 2015, s. 169-170) finnes det to typer stressmestringsstrategier, problemfokusertmestringsstrategier og emosjonsfokusert mestring. I flere studier (Townend, et al., 2010, Visser, Aben, Heijenbrok-Kal, Busschbach & Ribbers, 2014, Alaszewski & Wilkinson, 2015, Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman & Hafsteinsdottir, 2010) er det sett på sammenhenger mellom de ulike måtene å mestre på, og depressive symptomer etter hjerneslag.

Noen av deltakerne i studiet til Alaszewski og Wilkinson (2015) gjorde store anstrengelser for å presentere seg selv som yrkesaktive og nektet for at slaget hadde påvirket og forstyrret deres liv. En av deltakere beskrev slaget som en ”engangsulykke”. Sett i lys av Lazarus og Folkman kan det se ut som om disse pasienten undertrykker vonde følelser ved å fornekte, som kan være en form for emosjonsfokusert mestring der deltakerne forsøker å dempe det følelsesmessige ubehaget. Hvor hensiktsmessig eller uhensiktsmessig denne strategien er kan diskuteres. Noen andre deltakere i studiet til Alaszewski og Wilkinson (2015) fortalte at de bevisst unngikk å snakke om, og å tenke på fremtiden da dette kunne utløse sterke følelse av skuffelse, frustrasjon, sinne og depressive symptomer som igjen kunne påvirke familiemessige relasjoner på negative måte. Her kan det se ut til at denne måten kan fungere positivt da den kan gjøre deltakerne i stand til å leve godt her og nå.

På en annen side kan ikke-aksept og distansering av problemet på lengre sikt føre til depressive symptomer (Alaszewski & Wilkinson, 2015, Townend et al., 2010, Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Flere av deltakerne i studiet til både Alaszewski og Wilkinson (2015) og i studiet til Townend et al. (2010) prøvde å fylle deres ”normale” roller når de returnerte hjem. Jo mer de prøvde på dette, jo mer økte følelsen av ”ubrukelighet” og ”hjelpeløshet”.

Alaszewski og Wilkinson (2015) fant at deltakerne ble både utmattet og trøtt av den fysiske og

mentale innsatsen som ble brukt i kampen for å gjenopprette sitt tidligere liv der de gjorde store anstrengelser og nektet å akseptere sine begrensninger. Townend et al. (2010) fant også sterk sammenheng mellom ikke-aksept og depressive symptomer. De pasientene som så på seg selv som ubrukelige og hjelpeløse, og ikke-aksepterte tapet av funksjon, hadde sterke tanker og følelser av tristhet og frustrasjon, mens de som rapporterte å ha akseptert slagrelaterte funksjonshemminger var ikke deprimerte (Townend, et al., 2010). De avfant seg med tanker som ”noen ting i livet kan man ikke styre” og fokuserte på hva de fortsatt fikk til å gjøre, med at de måtte gjøre det på nye måter. Her kan det i lys av Lazarus og Folkman se ut til at deltakerne har brukt en kombinasjon av begge strategiene der de emosjonelt mestrer ved å akseptere, og problemfokuset løser utfordringene på nye måter.

Visser et al. (2014) gjorde også ett studie på slagpasienter med depressive symptomer der de undersøkte sammenheng mellom mestringsstrategi og alvorlighetsgraden på symptomene. De tok ikke utgangspunkt i mestringsstrategiene til Lazarus og Folkman, men i assimilative og accommodative. Accommodative (imøtekommende/tilpasning) går ut på mål og verdiskifte, at en aksepterer det som har hendt og godtar konsekvensene av hendelsen. Mens assimilative går ut på å beholde mål, men endre måtene å nå målene på (Visser et al., 2014). Visser et al. (2014) finner at den mest hensiktsmessige strategien vil være å bruke accommodative som kan se ut til å være i overensstemmelse med funnen både i studien til Kouwenhoven og Kirkevold (2013), Townend et al. (2010) og Alaszewski og Wilkinson (2015). Visser et al. (2014) hevder at det vil være gunstig med tidlig intervensjon i rehabiliteringsfasen for å påvirke pasientene til å ta i bruk accommodative mestringsstrategi for å få en større utvinning av gjenopptreningen. Dette hevder også Townend et al. (2010) som mener det vil være viktig med tidlig intervensjon for emosjonell tilpassing. Benner og Wrubel (sitert i Konsmo, 1998, s.84) mener at mennesker som står utenfor en situasjon ikke kan vurdere pasienters mestring for god eller dårlig. De hevder også (siterte i Kirkevold, 2008, s. 203) at en ikke kan velge mestringsstrategier på øverste hylle, men at strategiene som blir valgt påvirkes av personens erfaringer og tidligere måter å håndtere på, og må vurderes ut fra individets egen forståelse, vurdering og mulighet (Benner & Wrubel sitert i Kirkevold, 2008, s. 203). De mener at sykepleier skal hjelpe pasientene gjennom å arbeide frem nye mestringsmuligheter som utvider og supplerer de eksisterende (Benner & Wrubel, sitert i Kirkevold, 2008, s. 206). Ut fra dette kan det tenkes at som sykepleier kan det være viktig med kunnskap om de ulike mestringsstrategiene. I følge Norsk sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer (2016) skal

sykepleier underbygge mestring hos pasienten. Å hjelpe pasienten til å mestre er også en del av sykepleierens rehabiliterende funksjon (Kristoffersen et al., 2015, s.19).

Det finnes flere ulike måter for hvordan sykepleier kan bidra til å styrke pasientens mestring. I følge Benner og Wrubel (sitert i Konsmo, 1998, s. 38) skal sykepleieren hjelpe pasientene til bearbeiding av mening, da de mener at meningsløshet er en av de viktigste truslene mot mestring. Dette hevder også Hummelvoll (2012, s. 210-211) som påpeker at mening er avgjørende for den deprimerte om han makter å mester. Benner og Wrubel (sitert i Konsmo, 1998, s. 123-124) påpeker at det er den enkeltes forståelse av situasjonen som vil være avgjørende for hvilke muligheter den enkelte opplever å ha, og mener at individene kan oppnå nye mestringmuligheter dersom en klarer å tolke situasjonen på en annen måte, legger nye meninger i ting eller klarer å utvikle noe annet å bry seg om (Benner & Wrubel i Konsmo, 1998, s. 123-124). Shapiro (sitert i Kouwenhoven & Kirkevold, 2013) hevder at de slagrammedes mulighet til å skape mening og motivasjon blir påvirket av helsepersonells holdninger, det de gjør, det de sier og hvilken informasjon de gir. I følge Stubberud (2015, s. 96) kan informasjon om lidelse, skade og sykdom skape mening i det meningsløse. Stubberud (2015, s. 96) anbefaler av den grunn at pasientene blir informert om hva som har forårsaket dette.

Informasjon kan også være en annen form for tilnærming til å underbygge mestring hos pasientene. Informasjon er en rett pasientene har som er lovregulert i Pasient og brukerrettighetsloven (1999) §3-2. I følge Benner og Wrubel (sitert i Konsmo, 1998, s. 118) har sykepleieren en sentral rolle i å gi informasjon, veilede og undervise pasientene i en situasjon der de blir rammet av sykdom. De mener at sykepleieren må ha grundig kunnskap om sykdommen, dens følger, om de ulike behandlingsformene, og at sykepleieren på denne måten kan hjelpe pasienten til å akseptere sykdommen (Benner & Wrubel i Konsmo, 1998, s. 118). Men å akseptere sykdommen betyr ikke bare å forstå informasjonen som blir gitt, det handler også om den enkelte klarer å oppdage og se hvilke muligheter en selv har i den nye situasjonen (Benner & Wrubel i Konsmo, 1998, s. 143-144). Dette kan se ut til å stemme overens med funnene i forskningen til Kouwenhoven og Kirkevold (2013) og Townend et al. (2010). I studiet til Ginkel et al. (2010) finner de at de pasientene som har mottatt aktiv informasjon hadde færre uttalte depressive symptomer enn de pasientene som ikke mottok aktiv informasjon. Dette kan tyde på at informasjon kan være en tilnærming sykepleier kan

bruke for å ivareta pasientene.

I studiet til Kouwenhoven og Kirkevold (2013) kommer det frem at felles for de pasientene som hadde opplevd å aksept, funnet nye løsninger og ett nytt selv, hadde hatt god støtte og forståelse fra de rundt seg. De pasientene som ikke hadde hatt det, hadde vedvarende depressive symptomer ved senere intervju. Kan støtte da være en tilnærming? I følge Kirkevold (sitert i Wergeland et al., 2015, s. 262) har sykepleieren i sin utøvelse til hjerneslagpasienter, en støttende funksjon. Denne funksjonen går ut på å støtte pasienten gjennom krisereaksjonen når de blir rammet av hjerneslaget, samt at en oppmuntrer pasientene, og at en styrker deres verdighet, deres integritet og deres selvbilde (Kirkevold i Stubberud, 2015, s. 82). Støtten innebærer også at pasientene skal oppleve mestring gjennom at sykepleiere tilrettelegger en gradvis øking i utfordringene i rehabiliteringen (Kirkevold i Wergeland, 2015, s. 196). Renolen (2015, s. 196) hevder videre at støtte fra profesjonelle helsearbeidere kan oppleves som trygghet, og at støtten som gis må ta utgangspunkt i den enkeltes behov. Hun hevder også at pasientens mestring vil variere fra en tid til annen, og at helsepersonells varhet og forståelse for variasjon i mestringen til den enkelte har stor betydning for pasientens mestring (Renolen, 2015, s. 196). Dette er også i overensstemmelse med Benner og Wrubel (sitert i Konsmo, 1998, s. 141) som påpeker at å føle at noen forstår hva sykdommen betyr for den enkeltes liv kan lindre opplevelse av ensomhet, forvirring over hva som har skjedd og hva som skjer med seg selv, og smerten over at man har mistet sitt vanlige liv. I studiet til Ginkel et al. (2010) er det blitt undersøkt hvilken effekt ulike støtteprogrammer kan ha for pasientens depressive symptomer. De kommer frem til at støtteprogrammer som gikk ut på telefonoppfølging og hjemmebesøk, så ut til å ha liten effekt, mens andre støtteprogrammer som gikk ut på at pasientene skulle forstå og akseptere diagnose og behandling så ut til å være mer effektive (Ginkel, et al., 2010). Sett ut i fra dette kan det tyde på at støtte kan være en tilnærming sykepleier kan bruke for å ivareta pasienter med depressive symptomer etter hjerneslag.



## 6.0 Avslutning

I denne bacheloroppgaven har jeg prøvd å finne løsninger på hvordan sykepleier kan ivareta pasienter med depressive symptomer etter hjerneslag.

Gjennom litteraturstudiet kan vi se at håpet kan spille en sentral rolle i rehabiliteringsprosessen til slagrammede. Håpet kan være en kilde til flere ulike utfall både i forhold til utvinning av rehabiliteringsprosessen, men også i forhold til utviklingen og alvorlighetsgraden på de depressive symptomene. Man ser også at depresjon kan ha ugunstig innvirkning på rehabiliteringen, mens håp kan bidra til økt deltakelse i rehabiliteringen. Håp er assosiert med høyere livskvalitet. I bacheloroppgaven kan man se at som sykepleier står man i en særegen posisjon til å kunne påvirke håpet hos den enkelte, og det kan tenkes at en tilnærming for sykepleier for å ivareta pasienter med depressive symptomer etter hjerneslag, kan være å inspirere til håp.

Videre ser vi også at det er veldig individuelt hvordan den enkelte mestrer sin situasjon. De ulike mestringsstrategiene kan ha betydning for utvikling, og alvorlighetsgraden på de depressive symptomene. Av den grunn kan det anses som viktig at sykepleier har kunnskap om dette for å kunne ivareta pasienter med depressive symptomer etter hjerneslag. Aksept og ikke-aksept så ut til å være av betydning for utvikling av depressive symptomer. Man kan se at sykepleier kan bidra til mestring gjennom informasjon, hjelp til å finne mening og gjennom å støtte pasientene.

Tilslutt vil jeg påpeke at det ikke finnes noe fasitsvar for hvordan man skal ivareta pasientene, men ut fra dette kan det se ut til at å inspirere til håp samt å bidra til å understøtte mestring kan være to viktige elementer i ivaretakelsen av pasienter med depressive symptomer etter hjerneslag.

## 7.0 Referanseliste

- Alaszewski, A., & Wilkinson, I. (2015). The paradox of hope for working age adults recovering from stroke. *Health: An Interdisciplinary Journal For The Social Study Of Health, Illness & Medicine*, 19(2), 172-187. doi: 10.1177/13634555242
- Bertelsen, A. K. (2015). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach –Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., 4. opl., s. 313 – 336). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brattvåg, H., Heier, S. H., Herheim, Å., Oftedal, J., Poleszynski, K., Skattebo, S., & Vik, M. V. (2016). *Psykisk helse i et folkeperspektiv* (IS-2545). Oslo: Helsedirektoratet
- Bright, F., Kayes, N., McCann, C., & McPherson, K. (2011). Understanding Hope After Stroke: A Systematic Review of the Literature Using Concept Analysis. *Topics In Stroke Rehabilitation*, 18(5), 490-508. doi: 10.1310/tsr1805-490
- Busch, T. (2013). *Akademisk skriving: for bachelor- og masterstudenter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstraktforlag AS
- Dalland, O. (2017a). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017a). Kilder og kildekritikk I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017b). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk
- De Man-van Ginkel, J., Gooskens, F., Schuurmans, M., Lindeman, E., & Hafsteinsdottir, T. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression

and the role of nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(23/24), 3274-3290. doi: 10.1111/j.1265-2702.2010.03402.x

Endri. I forskrift om habilitering og rehabilitering. (2018). *Forskrift om endring i forskrift 16. Desember nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet 19. april 2018 fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2018-04-10-556>

Finset, A. (2014). Skader i hodet og ryggspylen, samt hjerneslag. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (red.). *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (1. utg., 1. opl., s. 504-513). Oslo: Cappelen Damm akademisk AS

Fjærtøft, H., Indredavik, B., Mørch, B., Phan, A., Skogseth-Stephani, R., & Varndal, T. (2017). *Årsrapport Norsk hjerneslagsregister*. Trondheim: Nasjonalt sekretariat for Norsk hjerneslagsregister, Seksjon for medisinske kvalitetsregistre, St. Olavs hospital HF

Folkehelseinstituttet. (2015, 11. mai). *Fakta om psykiske plager og lidelser hos voksne*. Hentet 13. januar 2018 fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>

Folkehelseinstituttet (2014, 04. oktober) *Sjekkliste for å vurdere forskning*. Hentet 22.03.2018 fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3. utg.). Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag – forord og innledning*. Hentet 10. januar 2018 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Hjerneslag/Forord-og-innledning>

Hummelvoll, J. K. (2012). Depresjon og sorg. I J. K. Hummelvoll *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Høgskolen på Vestlandet. (2017, 12. desember). *Plagiat*. Hentet 21. Mars 2018 fra

<https://www.hvl.no/bibliotek/skrive-og-referere/plagiat/>

Høgskolen på Vestlandet. (2018, 8. februar). *Oppgi kilder, skrive sitater, lage litteraturliste*.

Hentet 21. Mars 2018 fra

[http://www.hsh.no/biblioteket/studiestotte/kildebruk\\_og\\_referanselister](http://www.hsh.no/biblioteket/studiestotte/kildebruk_og_referanselister)

Kirkevold, M. (2008). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Konsmo, T. (1998). *En hatt med slør... om omsorgens betydning for sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: TANO

Kouwenhoven, S. E., & Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien og forskning* 2013 8(4) 334-342 doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0134

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, E., & Skaug, E-A (2015). Om sykepleie I N. J. Kristoffersen, E. Nortvedt & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie- sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 15-29). Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N. J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 207- 380) Oslo: Gyldendal akademisk.

Landsforeningen for hjerte- lunge syke, hjerneslag. (2016). *Livet etter hjerneslag*. Oslo: LHL Hjerneslag

Lohne, V. (2010) Håp og håpløshet. I U. Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 108-122). Oslo: Akribe

Nasjonalt Servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. (u.å.). *Norsk hjerneslagregistre*. Hentet 9. januar 2018 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/353/resultater>

- Normann, T., Sandvin, J. T., & Thommesen, H. (2015). *Om rehabilitering. Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget
- Norsk sykepleieforbund. (2016, 23.mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 10. april fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2015). Stemningslidelser. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke. *Psykiatriboken, sinn- kropp – samfunn* (1. utg., 4. opl., s. 334 –353). Oslo: Gyldendal akademisk
- Stubberud, D-G (red.), (2015). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D-G.Stubberud (red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg., 2. opl., s. 66-112). Oslo: Gyldendal akademisk
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Townend, E., Tinson, D., Kwan, J., & Sharpe, M. (2010). "Feeling sad and useless": an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. *Clinical Rehabilitation*, 26(6), 555-64. doi: 10.1177/0269215509358934
- Visser, M. M., Aben, L., Heijenbrok-Kal, M. H., Busschbach, J. J., & Ribbers, G. M. (2014). THE RELATIVE EFFECT OF COPING STRATEGY AND DEPRESSION ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS IN THE CHRONIC PHASE AFTER STROKE. *Journal Of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 46(6), 514-519. doi:10.2340/16501977-1803

Wergeland, A., Ryen, S., & Ødegaard-Olsen, T. G. (2015). Sykepleie ved hjerneslag. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., 261-284). Oslo: Gyldendal akademisk.

World Health Organizaon. (2013). *Strok, cerebrovascular accident*. Geneva: World Health Organizaon

## Vedlegg I

### Beskrivelse av fremgangsmåten for søk.

#### 3.3.1 Artikkel nr. 1:

Sykepleien.no, hentet 18.10.2017

Nr	Søkeord	Avgrensning	Treff
S1	Slag Depresjon		0
S2	Depresjon slag	2007-2017	64
S3	Depresjon slag	2007 – 2017 Forskning	14

Fra sykepleien.no søk nr. 3 ble denne artikkelen inkludert i oppgaven:

\* Kouwenhoven & Kirkevold (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag.

Denne artikkelen var også å finne i SveMed+.

#### 3.3.2 Artikkel 2

CINAHL, hentet 01.03.2018

Nr	Søkeord	Avgrensning	Treff
S1	Poststroke depression	peer review, Research Article	345
S2	Porststroke depression	peer review, Research Article 2008-2018	231
S3	Poststroke depression AND nurse	peer review, Research Article 2008-2018	11

Fra søk nr. 3 ble denne inkludert:

\* De Man-van Ginkel, J., Gooskens, F., Schuurmans, M., Lindeman, E., &

Hafsteinsdottir, T. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses.

Denne artikkelen var også å finne i PubMed.

### 3.3.3 Artikkel 3

CINAHL, hentet 05.03.2018

NR	Søkeord	Avgrensning	Treff
S1	Stroke AND coping strategies	peer review, Research Article 2008-2018	56
S2	Stroke depression AND coping strategies	peer review, Research Article 2008-2018	14

Fra søk nr. 2 ble denne inkludert:

\* Visser, M. M., Aben, L., Heijenbrok-Kal, M. H., Busschbach, J. J., & Ribbers, G. M. (2014). THE RELATIVE EFFECT OF COPING STRATEGY AND DEPRESSION ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS IN THE CHRONIC PHASE AFTER STROKE.

Denne artikkelen var også å finne i PubMed.

### 3.3.4 Artikkel 4 og 5

CINAHL, hentet 07.03.2018

NR	Søkeord	Avgrensning	Treff
S1	Poststroke depression AND hope	peer review, Research Article 2008-2018	1
S2	Stroke AND hope	peer review, Research Article	97
S3	Stroke AND hope	peer review, Research Article 2008-2018	60

Fra dette søket ble disse to artiklene inkludert:

- **Artikkel 4:** Alaszewski, A., & Wilkinson, I. (2015). The paradox of hope for working age adults recovering from stroke.



- **Artikkel 5:** Bright, F., Kayes, N., McCann, C., & McPherson, K. (2011). Understanding Hope After Stroke: A Systematic Review of the Literature Using Concept Analysis.

### **3.3.5. Artikkel 6**

#### **PubMed, 28.02.2018**

Det ble også gjort et enkelt søk etter den ene artikkelen etter en gjennomgang av litteraturlisten i artikkelen til Kouwenhoven & Kirkevold (2013). Den fant jeg i PubMed ved å søke på tittelen på artikkelen.

\* Townend, E., Tinson, D., Kwan, J., & Sharpe, M. (2010). "Feeling sad and useless": an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke.

Å leve med depresjon etter hjerneslag  
Kouwenhoven og Kirkevold

2013

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>3 problemstillinger</p>			
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>Kommentar: 9 gjentatte dybdeintervjuer over en periode på 18 mnd, for å se utvikling.</p>			
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>Kommentar: Personer med milde til moderate depressive symptomer etter hjerneslag. Depressive symptomer ble kartlagt ved hjelp av Beck Depression Inventory. Inklusjonskriteriene er klasse: hjerneslag for første gang, kognitiv i stand til å gjennomføre studiet, forstår norsk, alder 30 år - 85 år, sivilstatus, utdanning, arbeid, hjerneslag, sivil og type. Ikke redigert for rekrutteringsstrategi eller hvorfor noen ikke deltok.</p>			
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>Kommentar:</p>			

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>Metoden beviser problemstillingen godt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien har et <del>leng</del> longitudinelt, deskriptivt design og er basert på gjestatte dybdeintervjuer med ni deprimerede slagtermede. Intervjuene er analysert i et hermeneutisk-fenomenologisk perspektiv. Datainnsamling er beskrevet i eget avsnitt.</li> </ul>
---	--

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: <del>Data</del> Dataanalysen er beskrevet i eget avsnitt, og beskrives trinnene. Intervjuene ble analysert hver for seg og så sett i sammenheng både horisontalt, <del>det</del> i ett longitudinelt perspektiv, og vertikalt, som vil si hvert intervjuutspenst på tvers av deltakerne. Ses klar sammenheng mellom deltakernes 'sitater' og det forskerne er kommet fram til.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: f tekstboks Det står en liten boks "Mer om forfatterne" på fremsiden.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Trekker inn annen forskning, studier og annen litteratur <sup>1/2</sup></p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p>Ø</p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

Kommentar: Vurdert av RET, Privat ombudsmann ved Oslo universitets sykehus, og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Alle deltakerne er samtykkekompetente og fikk skriftlig og muntlig informasjon + gav skriftlig samtykke.

#### HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p>Ø</p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
--	--------------------	------------------------	---------------------

Kommentar: De depressive symptomene hos de skilte er i sterk grad knyttet til å håndtere, akseptere og leve med tap. Funnet ble diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien.

#### KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p>Kommentar:</p> <p>Resultatene fra denne studien gir en bedre forståelse for depresjonens karakter, og viktige faktorer som er viktige for bredere forståelse for å <del>prøve å forstå</del> prøve å forstå kjennetegnene <del>hos pasienter</del> hos pasienter med depressive symptom eller hjerneslag. Her drøfting i oppgaven.</p>
---	---