



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Angelina Belova		

Deltaker

Kandidatnr.: 652

Informasjon fra deltaker

Tittel *: "Å få livet snudd på hovudet" - Sjukepleie tiltak som kan førebyggja depresjon hos pasientar ramma av hjerneslag

Antall ord *: 8985

Egenerklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei

BACHELOROPPGÅVE

«Å få livet snudd på hovudet»

Sjukepleie tiltak som kan førebyggja depresjon hos pasientar
ramma av hjerneslag

«To have your life turned up-side down»

Steps that nurses can take in order to prevent depression in
patients suffering from stroke

Kandidatnummer: 652

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitskap

Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Campus Stord

Rettleiar: Angelina Belova

Innleveringsdato: 22.04.2020 klokka 14:00

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle
kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

«Å få livet snudd på hovudet»

Sjukepleie tiltak som kan førebyggja depresjon hos pasientar ramma av
hjerneslag



Henta frå: Image Quest, 2016, https://quest.eb.com/search/132_1262999/1/132_1262999/cite

Campus Stord, Kull 2017

Kandidatnummer 652

Tal på sider: 41

Tal på ord: 8985

Samandrag

Tittel: «Å få livet snudd på hovudet»

Sjukepleie tiltak som kan førebyggja depresjon hos pasientar ramma av hjerneslag.

Bakgrunn: Etter å ha vore i praksis på fleire rehabiliteringsavdelingar har eg opplevd at det kan vera vanskelig å kartlegge symptom på depresjon hos slagamma. Når symptom på sjukdom er vanskelig å kartlegge kan det også vera vanskelig å førebyggje sjukdommen. Ut i frå dette kan det vera nyttig å ha konkrete tiltak som sjukepleiar kan utøve for å førebyggje depresjon hos pasientar ramma av hjerneslag.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar bidra til å førebyggje depresjon etter hjerneslag i pasientens rehabiliteringsfase?

Hensikt: Hensikta med denne studien er å finne ut kva sjukepleier kan bidra med for å førebyggje utvikling av depresjon hos pasientar ramma av hjerneslag.

Metode: I denne studien er det brukt systematisk litteraturstudie som metode med 6 forskingsartiklar og ein samanfattande forskingsartikkel.

Resultata: Det kom fram i forskingsartiklane at sosial støtte og informasjon hadde ein viktig funksjon for å redusere post stroke depression (PSD). Det kom også fram at å gi individualisert omsorg som hjelp til å setje seg realistiske mål, hjelp til å sjå nye moglegheiter, balansere håp og realiteten og handtere stress var gode førebyggjande tiltak som sjukepleier kunne bidra med. Andre tiltak som kom fram var å hjelpe pasienten og pårørende med å handtere usikkerheita og frykta for nytt slag. Motiverande samtalar og eit godt støtteapparat var også presentert i forskingsartiklane som ein faktor for å redusere PSD. Det å finne mening med livet og sjukdommen, samt å auke livskvaliteten var beskrive i fleire av artiklane som ein nyttig faktor for å redusere PSD.

Konklusjon: I denne studien kom det fram at informasjon og å skape god relasjon kan vera nødvendig for å kunne fange opp PSD i tidelig fase. Ved å tilpasse og balansere mål og realitet kan pasienten oppnå meir motivasjon og mestringsfølelse, som igjen kan redusere PSD. Depresjonen var ofte definert i tap av funksjon og ved å få gjennomføre god rehabilitering og trene opp tapt funksjon vart oppfatta som ein faktor for å redusere PSD. I denne studien kom det i tillegg fram at mening med livet kunne vera viktig for å auke livskvalitet til pasienten, styrke sjølvbilde, auke motivasjonen og redusere depressive symptom.

Nøkkelord: Hjerneslag, depresjon, rehabilitering, sjukepleie, post stroke depression

Summary

Title: *«To have your life turned up-side down»*

Steps that nurses can take in order to prevent depression in patients suffering from stroke

Background information: I have experienced that it could be difficult to identify depression with people who have suffered strokes even after working at several rehabilitation units. As a result of the difficulty in identifying the symptoms, determining preventative measures can become a challenge. Based on this, concrete initiatives or innovative methods for detecting symptoms should be made available to nurses to take preventative action with persons suffering from strokes.

Key issue: How can nurses help prevent the onset of depression for patients who suffered a stroke that is in rehabilitation?

Purpose: The purpose of this study is to determine how nurses can best contribute in preventing the development of post-stroke depression.

Method: The method utilized in this study is a systematic literary study using 6 scholarly articles and a synoptic research article.

Results: The research articles suggest that social support and information was an important contributing factor in reducing the likelihood of post-stroke depression. Additionally, the articles also proposed that providing individual care such as help with establishing realistic goals, discovering new opportunities, balancing the hopes of the patient and the reality, and the managing stress were all mitigating factors that nurses could contribute to the care of the patient. Nurses could also provide assistance and advise the patient and his or her kin managing the uncertainty and fear of a recurring stroke. Motivating conversations and a good support system was also presented as a key element in reducing the likelihood of PSD. Such conversations could assist in finding the meaning of life and the disease they suffered, as well as discovering ways to increase the quality of life after the illness.

Conclusion: The results of this study indicate that providing adequate information and building rapport and good relations with the patient could be necessary in discovering post-stroke depression at an early stage. Adapting to each individual patient's needs and balancing his or her goals with the reality could reduce the likelihood of developing PSD but could also increase the patient's self-efficacy. Depression was often defined in a loss of mobility and function, which good rehabilitation was key to mitigating. Additionally, this study's results suggest that finding a meaning with life could be an important contributing factor in order to

increase the patient's quality of life, improve how he or she viewed themselves, increase motivation, and reducing symptoms of depression.

Key Words: Stroke, depression, rehabilitation, nursing, post-stroke depression

Innholdsliste

1.0	INNLEIING	1
1.1	VAL AV TEMA, HENSIKT OG MÅL.....	1
1.2	SJUKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	1
1.3	PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING OG AVGRENSING	1
1.4	OMGREPSAVKLARING	2
1.4.1	<i>Sjukepleie</i>	2
1.4.2	<i>Pasient</i>	2
1.4.3	<i>Hjerneslag</i>	2
1.4.4	<i>Depresjon</i>	2
1.4.5	<i>Førebyggjande helsearbeid</i>	3
1.4.6	<i>Rehabilitering</i>	3
2.0	TEORI	4
2.1	JOYCE TRAVELBEE.....	4
2.1.1	<i>Menneske- til- menneske forhold</i>	4
2.1.2	<i>Å finne mening med sjukdom</i>	4
2.2	ETABLERE TILLIT OG GOD RELASJON MED PASIENTEN	5
2.3	SJUKEPLEIEFUNKSJON PÅ REHABILITERINGSAVDELING	5
2.4	HJERNESLAG	6
2.5	DEPRESJON.....	6
2.6	FØREBYGGJANDE HELSEARBEID.....	7
3.0	METODE	8
3.1	LITTERATURSTUDIE	8
3.2	PRAKTISK FRAMGANGSMÅTE	8
3.2.1	<i>Tabell 1 – Cinahl</i>	8
3.2.2	<i>Tabell 2 – Cinahl</i>	9
3.2.3	<i>Tabell 3 – Cinahl</i>	9
3.2.4	<i>Tabell 4 – SveMed+</i>	10
3.3	METODEKRITIKK.....	10
3.3.1	<i>Vurdering av egen oppgave</i>	10
3.3.2	<i>Kritisk vurdering av forskningsartiklar og litteratur</i>	11
3.3.3	<i>Etikk i oppgaveskriving</i>	12
4.0	RESULTAT	13
4.1	SAMANDRAG AV ARTIKKEL 1	13
4.2	SAMANDRAG AV ARTIKKEL 2	14
4.3	SAMANDRAG AV ARTIKKEL 3	14
4.4	SAMANDRAG AV ARTIKKEL 4	14
4.5	SAMANDRAG AV ARTIKKEL 5	15
4.6	SAMANDRAG AV ARTIKKEL 6	15
4.7	SAMLA ANALYSE AV RESULTATA	16
5.0	DRØFTING	17
5.1	BYGGE RELASJON OG SKAPE TILLIT HOS PASIENTEN	17
5.2	REHABILITERING.....	19
5.3	Å FINNE MENING MED SJUKDOMMEN	21
5.4	AVSLUTNING.....	25
	REFERANSAR	27
6.0	VEDLEGG 1. OVERSIKTSTABELL AV ARTIKLAR	31

1.0 Innleiing

1.1 Val av tema, hensikt og mål

Eg har valt å skrive oppgåve om pasientar som har gjennomgått hjerneslag i rehabiliteringsfase på rehabiliteringsavdeling. Eg har vore i praksis på rehabiliteringsavdeling både i kommunehelsetenesta og i spesialisthelsetenesta, men eg har sett at ein kan møte slagamma på mange ulike arbeidsplassar. Rehabilitering for pasientar etter hjerneslag kan vera svært omfattande og utfallet for pasienten kan variere veldig. Dermed blir treningsprogram og behov individuelle for kvar enkelt pasient. I rehabiliteringsfasen er det viktig å komme seg mest mogleg til det stadiet ein var før ein fekk slaget. I løpet av mine ulike praksisperiodar har eg opplevd at mange av pasientane slit med å akseptere at livet blir snudd på hovudet og at ting ikkje blir som før. Det å akseptere at ein kan få varig funksjonstap etter eit hjerneslag kan opplevast vanskelig. Eit resultat av dette kan vera tristhet og depresjon. I mange tilfelle kan det vera vanskelig å skilje depresjonssymptom frå kognitiv svikt som følge av sjølve slaget. Hensikta med denne oppgåva er å finne ut korleis sjukepleier kan bidra til å førebygge depresjon etter hjerneslag i rehabiliteringsfase på rehabiliteringsavdeling. Målet er å sette fokus på depresjon etter hjerneslag og finne tiltak som kan bidra til å førebyggje depresjon etter hjerneslag.

1.2 Sjukepleiefaglig relevans

Som sjukepleier kan ein møte slagpasientar på mange ulike arbeidsplasser. Bertelsen forklarer at det oppstår 15 000 til 16 000 nye tilfelle av hjerneslag per år (Bertelsen, 2015, s. 318). Ifølge Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal og Kim (2012) har ein fjerdedel av de slagamma depressive symptom i løpet av det første året etter hjerneslag. Dette kan tolkast som at depresjon etter hjerneslag er nokså vanleg og det kan dermed vera relevant og nyttig med kunnskap om førebygging av depresjon etter hjerneslag.

1.3 Presentasjon av problemstilling og avgrensing

Problemstillinga til denne oppgåva ser slik ut: **«Korleis kan sjukepleiar bidra til å førebyggje depresjon etter hjerneslag i pasientens rehabiliteringsfase?»**

Eg har valt å fokusere på kva tiltak sjukepleier kan bidra med for å førebyggje depresjon etter hjerneslag i rehabiliteringsfase. Temaet er stort og omfattande og det er mange ulike utfall og utfordringar etter eit hjerneslag. På grunn av oppgåvas avgrensingar

er det fleire utfordringar og sjukepleiediagnosar eg ikkje har inkludert. Eg er klar over at symptom på kognitiv svikt etter hjerneslag kan ha noko like symptom som depresjon. Eg er også klar over at hjerneslag kan gi forskjellige utfall, men eg kan ikkje utdjupe dette grunna oppgåvas avgrensingar. Oppgåva kunne vore avgrensa mot eit utfall, men eg valte å finne forskning som var meir generell. Årsaken til at depresjon oppstår etter hjerneslag kunne eg definert og utdjupt, men på grunn av oppgåvas avgrensing har eg ikkje moglegheit til det. Eg har ikkje spesifisert oppgåva mot eit utfall eller ei aldersgruppe, men konsentrerer meg generelt om sjukepleietiltak til pasientar som har gjennomgått hjerneslag med symptom på depresjon på rehabiliteringsavdeling.

1.4 Omgrepsavklaring

1.4.1 Sjukepleie

Travelbee beskriver **sjukepleie** slik:

«Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sjukdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.» (Travelbee, 1999, s. 41)

1.4.2 Pasient

Pasientar er enkelmenneske som treng omsorg, tenester og hjelp frå andre menneske. De har bedt om hjelp frå menneske som kan tenkast å kunne hjelpe med å løyse deira helseproblem. (Travelbee, 1999, ss. 62-63)

1.4.3 Hjerneslag

Bertelsen definerer hjerneslag slik:

«**Hjerneslag**, eller apoplexia cerebri, betegner en plutselig skade på hjernevevet som følge av at blodtilførselen til området av hjernen plutselig opphører enten på grunn av hjerneinfarkt eller blødning fra en arterie i hjernen.» (Bertelsen, 2015, s. 318)

1.4.4 Depresjon

Ifølge Kristoffersen og Breievne (2017, s. 193) kan det oppstå varierende grad for tristhet, motlausheit og depresjon i forbindelse med sjukdom. Vidare forklarar de at når sinne vendes innover ein sjølv kan **depresjon** oppstå.

1.4.4.1 *Post stroke depression «PSD»*

Post stroke depression, PSD, kan vera eit av de mest utbreidde symptoma etter hjerneslag og nærmare ein fjerdedel av slagamma opplever depresjon i løpet av det første året (Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal, Biong & Kim, 2011).

1.4.5 Førebyggjande helsearbeid

Førebyggjande helsearbeid er ein samlebetegnelse på helsefremmande og sjukdomsførebyggjande arbeid (Larsen, 2012, s. 43).

1.4.6 Rehabilitering

Etter til dømes hjerneslag blir det sett i gang tidelig og målretta rehabilitering for den slagamma. Ofte er det fagpersoner som deltar i **rehabilitering** og tilpassar behov og trening for den enkelte pasient. Pasient, pårørande og fagpersoner er alle delaktige i teamet for å samordne tiltak og styrke alle sin motivasjon for å nå den slagamma sine mål. (Bertelsen, 2015, s. 320)

2.0 Teori

2.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee sin interaksjonsteori bygger på at sjukepleiaren skal bidra til å førebygge, mestre eller finne mening med ein sjukdom eller lidning (Kristoffersen, 2017, ss. 26-27). Kristoffersen og Breievne (2017, ss. 192-195) uttrykker at deler av Travelbee sin definisjon forklarer omgrepet lidning. De beskriver at Travelbee utfyller i sin teori pasientars psykologiske krisesituasjonar i møte med lidning som skyldast helsesvikt. De forklarer vidare at Travelbee sin beskriving kan vera nyttig i møte med menneske som har opplevd sorg og tap, som sitter igjen med ein følelse av «kvifor akkurat meg?». Desse sorgreaksjonane blir forklart som forvirring, depresjon, lengsel, sjølvmedlidenheit og aksept. De uttrykker vidare at de forskjellige måtane å reagere og forholde seg til lidinga på kan bli beskrive som kognitive, som vil sei at det er menneskets oppfatning og tankar om egen situasjon som blir sett på prøve. Vidare forklarer de at i ein slik situasjon søker ein etter forklaring på kvifor det hendte og det kan då vera avgjørande å finne mening med sjukdom og lidning.

2.1.1 Menneske- til- menneske forhold

Hensikta med å etablere eit menneske- til- menneske forhold er at sjukepleiaren skal hjelpe individet, familien eller samfunnet til å førebyggje eller mestre ein sjukdom eller lidning, samt å finne mening i erfaringane. Eit menneske- til- menneske forhold er erfaringar og opplevingar som blir delt mellom sjukepleiaren og den som har behov for sjukepleie. Menneske- til- menneske forholdet blir målbevisst etablert og oppretthaldt av den profesjonelle sjukepleiaren. (Travelbee, 1999, s. 41)

2.1.2 Å finne mening med sjukdom

Meining i forhold til sjukdom er ikkje det å underkaste seg sjukdommen, men å bruke den som positiv livserfaring. Sjukdom og lidning i seg sjølv har ikkje noko mening og det er den personen som opplever ein sjukdom som kan gi tilstanden ein mening. Kvar enkelt individ opplever sjukdom og lidning forskjellig og dermed vil kvar enkelt finne ein unik mening i forhold til sin sjukdom. Berre den sjuke sjølv kan finne mening med sjukdommen, men pårørande og helsearbeidarar kan gi hjelp på vegen mot å finne ein mening. Den sjuke kan finna mening med sjukdommen når pasienten forstår at han fremdeles er verdifull og nødvendig med tanke på bestemte livsoppgåver vidare i livet. (Travelbee, 1999, ss. 225-226)

2.2 Etablere tillit og god relasjon med pasienten

Ifølge Kristoffersen (2017, ss. 34-35) beskriver Travelbee kommunikasjon som eit av dei viktigaste verktøya ein sjukepleiar har for å etablere eit menneske- til- menneske forhold til pasienten. Vidare forklarar ho at via kommunikasjon formidlar ein tankar og følelsar til kvarandre. Det vert beskrive at gjennom denne kommunikasjonen blir sjukepleiaren kjend med pasienten som person og får opplysningar som kan identifisere pasientens individuelle behov. I tillegg uttrykker Kristoffersen at når sjukepleiaren har informasjon om kva behov pasienten har er det enklare å planlegge og sette i verk tiltak som er i samsvar med pasientens behov. Kristoffersen (2017, ss. 60-61) beskriver at yrkesrelatert omsorg oppstår når det er skapt ein relasjon mellom to personar der den eine er pliktig til å yte hjelpa som den andre treng. Det blir forklart at tillit høyrer til de spontane livsytringane, med andre ord er tillit er ein grunnleggjande verdi som er tilstade mellom menneske. Det blir også uttrykka at ein nødvendig føresetnad for utviklinga av tillitsforholdet mellom sjukepleiaren og pasienten er at sjukepleiaren opprettheld pasientens forventning om å bli tatt godt i mot og tatt på alvor.

2.3 Sjukepleiefunksjon på rehabiliteringsavdeling

Kristoffersen (2017, s. 21) uttrykker at sjukepleiefunksjon blir definert i sjukepleieteoretikarar. Vidare blir det beskrive at teoriane identifiserer og beskriver sjukepleiefenomen slik at sjukepleiarens funksjonsområde kjem tydelig fram. Sjukepleieteoretikaren Travelbee (1999, s. 72) uttrykker at sjukepleiaren har spesialisert kunnskap og er i stand til å bruke den kunnskapen til å hjelpe menneske med å førebyggje sjukdom, vinne igjen helse, finne meining med ein sjukdom eller oppretthalde helsetilstanden best mogleg.

Ein rehabiliteringsprosess er eit samarbeid og pasienten skal saman med eit team ha ansvar for rehabiliteringa. Samarbeidsprosessen kan for eksempel vera mellom sjukepleiarar, legar, fysioterapeutar, ergoterapeutar, med fleire; alt etter pasientens situasjon og behov. I ein rehabiliteringsprosess har dei ulike profesjonane ulike roller. Sjukepleie i rehabilitering er ein målretta prosess på grunnlag av samla ressursar der sjukepleiar saman med andre aktørar hjelper personen, familien og nettverket til å meistre sitt eige liv. Sjukepleiaren har ei sentral og ofte koordinerande rolle i eit tverrfaglig team rundt pasienten. I tillegg etablerer og opprettar sjukepleiaren eit miljø, tar hand om grunnleggande behov, fremmer verdighet og hjelper personen med relasjonsarbeid. Som sjukepleiar jobbar ein tett på pasienten og dermed

har ein ofte ei sentral rolle i å fremme pasientens eigne behov og interesser til dei andre faggruppene. (Hauken, 2012, ss. 184-185)

2.4 Hjerneslag

Hjerneslag er ein plutselig skade på hjernevevet grunna mangel på blodtilførsel til eit område av hjernen som følge av eit hjerneinfarkt eller bløding frå ein arterie i hjernen. Hjernevevet er sårbart for forandringar i forhold til blodtilførsel og dermed dør hjernevevet dersom det er mangel på oksygen – og glukosetilførsel frå blodet i meir ein nokre få minutt. Når hjernevev i eit område av hjernen dør vil funksjonen til dette området gå tapt. I Norge oppstår det omtrent 15 000 – 16 000 nye tilfelle av hjerneslag per år og dei fem viktigaste årsakene til hjerneslag er høgt blodtrykk, lite fysisk aktivitet, arterieflimmer, røyking og diabetes. Symptom på hjerneslag kan vera lamming eller skeivhet i ansiktet, nedsett kraft i arm, synstap og/eller taleproblem. (Bertelsen, 2015, ss. 318-319)

Ved slagavdeling eller rehabiliteringsavdeling vert det tidelig satt i gang målretta rehabilitering for den slagamma. Teamet rundt rehabiliteringa er samansett av eit tverrfagleg team som tilpassar behova til den enkelte pasient. Sjukepleiarar, fysioterapeutar og logopedar har ei sentral rolle i rehabiliteringa. For at den slagamma skal kunne reise tilbake til heimen, meistre sine utfordringar i kvardagen og ha mindre sannsyn for seinskader vert det sett i gang tidelig trening av lamme ekstremiteter og språktrening ved taleforstyrningar. (Bertelsen, 2015, s. 320)

2.5 Depresjon

Tristhet og depresjon er normale reaksjonar i kriser med tap, skuffelse og vonde opplevingar. Ei krise kan utløyse ulike reaksjonar som viser seg igjen i tankar, følelsar og åtferd. Dersom tristheten blir meir intens og langvarig kan den utvikle seg til depresjon. Ei krise kan snu livet på hovudet og påverke stemningsleie. Ein kan føle seg overvelda av tankar og følelsar og som følge av dette ser ein ingen løysning eller moglegheit. Når ein slik hendig oppstår kan ein ha behov for hjelp til å strukturere og avgrense problema. (Renolen, 2015, s. 192)

Ein møter ikkje berre deprimerte pasientar på psykiatrisk avdeling men også på somatiske avdelingar. Depresjonen kan vera eit resultat av merkverdig forandring i pasientens livssituasjon, og kan vise seg igjen i vedvarande følelse av tomheit og nomenheit, manglande

evne til å grine eller utrykke følelsar generelt, lav sjølvtilitt, stadig drømmer som omhandlar tapssituasjonen og ein generell følelse av å vera låst fast. Lav sjølvtilitt kan føre til andre hindringar som manglande mestring av sin livssituasjon, hjelpelausheit, håplausheit og meiningslausheit. Hovudmålet til sjukepleiaren i møte med den deprimerte kan vera å hjelpe pasienten til å uttrykke og kjenne følelsar, møte og arbeide med følesen av meiningslausheit, stryke pasientens oppleving av kontroll over eigen livssituasjon, samt å finne måtar å handtere depresjonens konsekvensar og å styrke pasientens sjølvvørnad og sosial støtte. (Hummelvoll, 2012, ss. 205-206)

2.6 Førebyggjande helsearbeid

Førebyggjande helsearbeid er ein samlebetegnelse på helsefremmande arbeid og sjukdomsførebyggjande arbeid (Larsen, 2012, s. 43). Normann, Sandvin og Thommesen (2013, ss. 96-97) beskriver at helsefremmande arbeid er systematisk arbeid for å betre folkehelsa, medan førebyggjande arbeid er å arbeide individretta for å redusere problemskapande forhold, sjukdom eller konsekvensar av sjukdommar. Alsvåg (2012, s. 60) påpeiker at ein fullkommen helse kan vera vanskelig å oppnå, men at menneskets levealder kan forlengast, yteevna kan aukast, menneskeliv kan reddast og sjukdomstilfelle kan førebyggjast. Vidare blir det formidla at å redusere eller fjerne sjukdom med førebyggjande arbeid er meir verksamt enn behandling av sjukdom.

Ifølge Alsvåg (2012, s. 65) er det ikkje alltid like enkelt å endre livsstil og ta tak i det som fremmer helse eller førebyggjer sjukdom i den enkelte sitt liv. Men uttrykker at det kan bli enklare dersom samfunnet legger til rette for helsefremmande og sjukdomsførebyggjande val, i tillegg til at pasienten får støtte og hjelp. Tveiten (2012, s. 239) forklarar at sjukepleiarens funksjon i helsefremmande arbeid handlar mykje om samhandling med pasienten og deira pårørande. Vidare uttrykker Tveiten at vegleiing er ein form for samhandling og med vegleiingshensikt legg ein til rette for å styrke pasientens kompetanse til mestring. Det blir også beskrive at vegleiing er eit ledd i empowermentprosessen. I tillegg blir det forklart at empowerment blir sett på som eit rammeverk for helsefremming. Tveiten uttrykker vidare at dei grunnleggjande prinsippa i helsefremming i denne forståing er medverknad, maktfordeling og at pasienten er ekspert på seg sjølv.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Thidemann (2019, s. 77) beskriver at litteraturstudie systematiserer ulik kunnskap frå skriftlege kjelder. Vidare blir det beskrive at å skaffe seg oversikt og systematisere kunnskapen inneberer å samle inn ulik litteratur, kritisk vurdere denne litteraturen og til slutt skrive ein samanfattande vurdering av det heile.

3.2 Praktisk framgangsmåte

3.2.1 Tabell 1 – Cinahl

Etter søk nr. S4 fant eg artikkelen '*Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in de acute phase after stroke* (Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal & Kim, 2012) og artikkelen *Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers* (McCurley, Funes, Zale, Lin, Jacobo, Jacobs, Salgueiro, Tehan, Rosand & Vranceanu, 2019) frå Cinahl.

Søk i Cinahl, Dato: 25.02.20			
Nummer:	Søkeord/term:	Avgrensing/limit:	Resultat/antall treff:
S1	Post stroke depression	English language Peer reviewed	283
S2	Nursing	English language Peer reviewed	429 394
S3	Rehabilitation	English language Peer reviewed	131 030
S4	S1 AND S2	English language Peer reviewed	18

3.2.2 Tabell 2 – Cinahl

Då eg søkte nr. S6 fant eg to artiklar kalla *The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: A longitudinal perspective* (Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal, Biong & Kim, 2011) og *The role of meaning in life: mediating the effects of perceived knowledge of stroke on depression and life satisfaction among stroke survivors* (Chow, 2017) frå Cinahl.

Søk i Cinahl Dato: 26.02.20			
Nummer:	Søkeord/term:	Avgrensing/limit:	Resultat/antall treff:
S1	Stroke		109 014
S2	Depression		153 394
S3	S1 AND S2		4010
S4	Experiences		317 363
S5	S3 AND S4		267
S6	S3 AND S4	English language, Peer reviewed, Published date 2010-2020	229

3.2.3 Tabell 3 – Cinahl

Etter søk nr. S3 fekk eg opp tre artiklar, to av desse var *A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses* (Ginkel, Gooskrnd, Schuurmans, Lindeman & Hsfdeinsdottir, 2010) og *Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in pasients with iscemic stroke* (Huang, Hsu, Hsu, Cheng, Lin & Chuang, 2010) frå Cinahl.

Søk i Cinahl Dato: 05.03.20			
Nummer:	Søkeord/term:	Avgrensing/limit:	Resultat/antall treff:
S1	Poststroke depression		316
S2	Role of nurse*		31 385
S3	S1 AND S2		3
S4	S1 AND S2	English language, Peer rewieved, Published date 2010-2020	3

3.2.4 Tabell 4 – SveMed+

Ved å kombinere søk nr. 1 og nr. 2 fant eg ein artikkel kalla *Å leve med depresjon etter hjerneslag* (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013) frå SveMed+. Dette er ein oppsummeringsartikkel skriven i hermeneutisk – fenomenologisk perspektiv som eg vel å bruke i drøftinga. Artikkelen beskriver viktige poeng og tiltak som er relevant i forhold til problemstillinga.

Søk i SveMed+ Dato: 25.02.20			
Nummer:	Søkeord/term:	Avgrensing/limit:	Resultat/antall treff:
1	Depresjon		1361
2	Hjerneslag		1215
3	1 and 2		31

3.3 Metodekritikk

3.3.1 Vurdering av egen oppgåve

Eg bestemte meg tidelig for tema til oppgåva og starta derfor raskt ein søkeprosess etter forskning og relevant teori. Det var vanskelig å finne forskning som var gjort i same periode i rehabiliteringa. Dermed har eg inkludert forskingsartiklar frå tidelig rehabiliteringsfase til langt ut i rehabiliteringa. Min personlige erfaring med hjerneslag på rehabiliteringsavdelingar kan ha påverka kva artiklar eg har valt i denne studien og kan ha hatt påverknad på resultat. Pensum gjennom sjukepleiestudie har ein del fagstoff som er relevant opp mot mi problemstilling. Eg har derfor brukt pensum, men har også lånt relevante fagbøker frå høgskulens bibliotek. Det var utfordrande å finne nok forskning som var gjort i Norge. Eg har derfor valt å inkludere artiklar frå fleire land, dette kan ha påverka resultat mine i noko grad. På ei anna side kan det ha gjort at eg får eit breiare perspektiv på problemstillinga. Fleire av artiklane har ikkje inkludert slaggramma som har kognitivt utfall eller språkvanskar som følge av slaget, det kan ha påverka deira resultat og dermed mine resultat. På bakgrunn av de ulike utfalla kunne eg ha vinkla denne oppgåva på mange forskjellige måtar. I denne oppgåva har eg tatt utgangspunkt i depresjon etter hjerneslag. Dersom eg hadde vinkla problemstillinga mot eit konkret utfall etter hjerneslag kan kanskje resultat i studien blitt annleis.

3.3.2 Kritisk vurdering av forskingsartiklar og litteratur

I denne studien har eg brukt systematisk litteraturstudie som metode. Metoden har ein systematisk framgangsmåte som samlar inn kunnskap og informasjon til å belyse oppgåvas problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Eg har inkludert både kvalitative og kvantitative artiklar i studien, samt ein litteraturstudie. For å sikre kvaliteten og aktualiteten på forskingsartiklane er de vurdert opp mot sjekklister. Vedlagt ligg oversiktstabell av dei inkluderte artiklane i denne studien. Thidemann (2019, s. 75) forklarar at i ein litteraturstudie bruker ein data som er samla inn av andre og ved å sjå på korleis informasjonen er innsamla sett ein seg inn i metodane som er brukt i artiklane som er inkludert i studien.

Eg hadde i utgangspunktet tenkt å sentrera oppgåva meir mot ei viss aldersgruppe, men oppdaga at det då vart vanskeligare å finne artiklar som var relevante for mi problemstilling. Ved å bruke rammeverket PICO har eg gjort problemstillinga enklare å søkje etter. Rammeverket PICO har funksjonar som skal gjere at problemstillinga blir meir presis og enklare å søkje etter (Thidemann, 2019, s. 82). Eg korta inn søket til forskingsartiklar, tidsramma 2010 til 2020 og engelsk språk for å få opp nyare forskning og eit forståelig språk.

Eg har brukt søkedatabasane Cinahl og SveMed+ gjennom skulen si nettside for å finne relevante forskingsartiklar til denne studien. Dersom eg hadde inkludert fleire søkedatabasar i søkeprosessen kunne kanskje andre artiklar vore inkludert. I denne studien har eg valt å ta med seks forskingsartiklar. To av artiklane har mange av de same forfattarane og er basert på same studien. Dette gjelder artikkelen til Kouwenhoven et.al (2012) som baserer seg på funn rett etter slaget og artikkelen til Kouwenhoven et.al (2011) som baserer seg på funn over ein lengre periode. Eg har tenkt at vurdering av PSD hos same pasientar frå ulike periodar i rehabiliteringa kan vera nyttig å ha med. At artiklane har mange av de same forfattarane kan gjere at vurderinga eller konklusjonen i artiklane kan ha påverka kvarandre og dermed gitt ein lik konklusjon. Kouwenhoven og Kirkevold (2013) har saman skrive ein samanfating av desse to artiklane som eg har valt å inkludere i denne studien då den har fleire gode poeng som kan vera nyttig for å belyse problemstillinga.

Vidare i oppgåva har eg valt artiklane til McCurley et.al (2019) og Huang et.al (2010) som legger vekt på sosial støtte og samtaleterapi. Fordelen med desse artiklane er at de legger til grunn for kva sjukepleiarar kan utføre i forhold til problemstillinga i praksis. Ulempa med kvalitativ forskingsartikkel kan vera at eit fåtal slagagramma blir inkludert i studien. Artikkelen

av McCurley et.al (2019) har ikkje inkludert slagamma med store funksjonsnedsettingar kognitivt eller nedsett taleevne som gjer at studien kan bli svekka, men på ei anna side har artikkelen inkludert både opplevingane til slagamma, pårørande og involverte sjukepleiarar som igjen kan styrke studien. Dersom eg hadde valt å inkludere andre artiklar som ikkje hadde nokon ekskluderte utfall kunne kanskje denne studien fått ein annan konklusjon.

Chow (2017) sin artikkel er ein kvantitativ artikkel som eg også har valt å inkludere i denne studien. Thidemann (2019, s. 75) beskriver at kvantitativ metode er ifølge det naturvitskaplege kunnskapssynet positivisme i prinsipp to kjelder til kunnskap: det som ein kvantitativt kan observera og det ein kan rekne ut i frå logisk tenking. Dette kan tolkast som at ein kvantitativ artikkel kan vera positivt grunna mange deltagarar i ei undersøkinga, medan på ei anna side kan ein ha mindre informasjon og kunnskap om den enkelte deltakaren som kan påverke svara. Eg har også inkludert Ginkel et.al (2010) sin litteraturstudie i denne studien, med forskingsartiklar frå 1993 til 2008. Ginkel et.al (2010) beskriver at den metodiske kvaliteten har vore evaluert med kritiske vurderingsformer, samt at artiklane sin gyldighet har blitt lagt fram ved ein grundig beskriving av metodikken.

De ulike forskingsartiklane som er inkludert i denne studien er gjort i forskjellige land som kan vera positivt for å få ein vidt perspektiv av depresjon etter hjerneslag på verdsbasis. I denne studien er det inkludert forskingsartiklar frå Norge, USA, Kina og Taiwan. Det å inkludere artiklar frå ulike land kan på ei side kanskje gi konklusjonen i studien ein annan form enn om berre artiklar frå same land hadde vore inkludert. Problemstillinga i denne studien har relevant og tilgjengelig litteratur frå pensumet igjennom studie og på høgskulens bibliotek.

3.3.3 Etikk i oppgåveskriving

Ifølge Dalland (2017, s. 236) handlar forskingsetikk om vurdering av forskning i forhold til normer og verdiar i samfunnet og at denne vurderinga omfattar alle sider av forskning; alt frå planlegging og val, til problemstilling, metode og korleis ein skal anvende og rapportere resultat. I denne studien er det inkludert seks artiklar og fem av dei er etisk godkjend. Den siste av de er ein systematisk litteraturstudie. Fleire av artiklane har eigne avsnitt for etiske godkjenning slik at det kjem tydelig fram, medan i nokre av artiklane er det fletta inn i metoddelen.

Forskingsetikken handlar også om å ivareta personvern og sikre at dei som deltar i forsking ikkje blir påført skade eller unødige belastningar (Dalland, 2017, s. 236). Ifølge Dalland (2017, s. 240) er forsking avhengig av at alle informantar har tillit til at forskarar held teieplikt om opplysningane som kjem fram i undersøkinga. Vidare uttrykker Dalland at personopplysningslova beskriver at det berre er opplysningar som er relevant og nødvendig for forskingsarbeidet som skal bli inkludert.

Gjennom oppgåver i studie har ein lært å referere til andre sitt arbeid og gi de kredit for deira arbeid. Dalland (2017, s. 164) beskriver plagiat slik: «Plagiat betyr å utgi andres arbeid som om det er ditt eget.» I denne oppgåva har eg referert til all litteratur som er inkludert i oppgåva og ein kan enkelt finne kjelda igjen i referanselista. Dalland (2017, s. 152) beskriver to sider ved kjeldekritikk. Han forklarar vidare at kjeldekritikk omhandlar for det første om å finne litteratur som kan belyse problemstillinga; litteratursøk. Han forklarar at for det andre omhandlar kjeldekritikk å gjera seg kjend med litteraturen ein har anvendt i oppgåva. Til sist blir truverdigheita ifølge Dalland avhengig av at kjeldegrunnlaget er godt beskrive og grunnitt.

4.0 Resultat

4.1 Samandrag av artikkel 1

'Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke

Hensikta med studien til Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal og Kim (2012) er å beskrive opplevingane til slagamma som lider av depressive symptom etter hjerneslag i akutfasen. Det er brukt kvalitativ metode som dybdeintervju med ni deltakarar. Resultata viste at pasientane beskreiv to ulike følelsar som de satt igjen med. Det var følelsen av å vera fanga og følelsen av å miste seg sjølv. Depresjonen etter slaget var beskrive i forbindelse med tapet av funksjon. Resultata viste at sjukepleiaranes rolle er betydelig og nødvendig, og at i alle vurderingar må ein ta i betraktning at livet til den slagamma har fått ein overveldande forandring som snur livet på hovudet. Det kom fram i resultata at sjukepleiaren må gi individualisert sjukepleie til den enkelte som informasjon, vegleiing til å sette mål og finne ulike strategiar, gi støtte og hjelp til å sjå nye moglegheita og hjelpe med å balansere håp og realitet.

4.2 Samandrag av artikkel 2

The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: A longitudinal perspective

Artikkelen av Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal, Biong og Kim er publisert i 2011. Hensikta med studien var å beskrive depressive opplevingar til slagamma i rehabiliteringsfasen 6, 12 og 18 månader etter slaget. Det vart gjort intervju med ni deltagarar basert på hermeneutisk fenomenlogiske intervju som vil sei at intervjuobjekta har subjektive opplevingar og tolkingar. I resultatata kom det fram at pasientar fant det vanskeleg å godta tapa av funksjon etter slag. I tillegg til å handtere sjukdommen, funksjonsnedsettingar og rehabilitering kom det fram at det var nødvendig å finne mening med sjukdommen. Det kom også fram at det var to grupper som var ekstra sårbare, eldre einsame og vaksne med forpliktingar som jobb, økonomi, og familieliv. Det vart lagt fram i resultatata at sjukepleiar kan bidra med å finne mening, håp og nye moglegheiter, samt gi støtte og hjelp til å kome tilbake til det gamle livet.

4.3 Samandrag av artikkel 3

Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers

Hensikta med studien til McCurley, Funes, Zale, Lin, Jacobo, Jacobs, Salgueiro, Tehan, Rosand og Vranceanu frå 2018 var å kartlegge slagamma, pårørande og sjukepleiarars synspunkt i forhold til å kunne førebygge emosjonelt stress som depresjon, angst og post traumatisk stress hos slagamma og deira pårørande. Studien gjennomførte 24 kvalitative intervju, samt to fokusgruppeintervju med 15 sjukepleiarar som jobba med de slagamma. I resultatata vart det føreslått ulike tiltak for å førebygge PSD som å handtere stress, tankar og negative følelsar, få hjelp til å handtere usikkerhet og bekymring og handtere frykta for nytt slag. Resultatet konkluderte med at å ta i bruk slike tiltak frå tidelig fase og vidare i rehabiliteringsfasen kunne forbetre både den fysiske og psykiske opptreninga.

4.4 Samandrag av artikkel 4

Mediating roles of Social support on poststroke depression and quality of live in patients with ischemic stroke

Artikkelen til Huang, Hsu, Hsu, Cheng, Lin og Chuang vart publisert i Journal of Clinical Nursing i 2010. Hensikta var å kartlegge om sosial støtte var med på å redusere PSD og auke livskvaliteten til de slagamma. Studien har kvalitativ metode og det har blitt gjort intervju

med 102 pasientar frå eit sjukehus i Taiwan. I resultatata i denne studien kom det fram at fysiske, psykiske, sosiale og økonomiske påverknader speila seg ofte i behovet for støtte. Studien føreslår at slagramma burde få meir sosial støtte då støtta kan redusere faren for PSD og auke livskvaliteten. Det kom også fram at sjukepleiarar må lage tilfredsstillande strategiar for å auke den sosiale støtta til pasientar som er ramma av slag. Å inkludere sosial støtte hos de med PSD kan hjelpe sjukepleiarar å forme og utvikle eit program for slagramma, samt gi informasjon til pasient og pårørande, effektivt bruk av helseomsorga og rehabiliteringa.

4.5 Samandrag av artikkel 5

The role of meaning in life: mediating the effects of perceived knowledge of stroke on depression and life satisfaction among stroke survivors

Denne artikkelen er skriven av forfattaren Chow og var gitt ut i Clinical Rehabilitation i 2017. Hensikta med denne studien var å undersøke betydninga av å finne mening med livet etter gjennomgått hjerneslag, samt om ei slik tyding kan fremme slagramma si psykiske og fysiske velvære. Metoden som er brukt i studien er kvantitativ og det er tatt ein undersøking blant 192 slagramma. Undersøkinga vurderte nivå kognitivt, fysisk funksjon og tideligare kunnskap om hjerneslag, for å tydeliggjera det å ha ein mening i livet etter sjukdom. I resultatata kom det fram at å ha ein mening i livet kan redusere PSD, gi generelt auka livskvalitet og færre negative helseutfall. Eit overraskande resultat var at det var meir PSD blant de som hadde pårørande enn de som var aleine. Årsaken kan vera at pasientanes livskvalitet påverka pårørande og dermed påfører den slagramma bekymringar i forhold til dette. Chow konkluderte at å ha mening i livet kan vera ein strategi og positiv faktor for å redusere PSD.

4.6 Samandrag av artikkel 6

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

Hensikta med studien til Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman og Hafsteinsdottir frå 2010 var å identifisera sjukepleierolla i forhold til å handtere, identifisere, og bruke ikkje-medikamentelle tiltak mot PSD. Det er brukt kvantitativ metode og studien er ein systematisk litteraturstudie. Litteratur blei samla frå databasane Cinahl, Medline, Nursing Journals og PsycINFO, med bruk av følgande nøkkelord: cerebrovascular accident, stroke, depression, post-stroke depression, treatment, therapy, treatment outcome, management. Resultata i artikkelen viste til at sjukepleiarane si behandling av PSD er ein blanding mellom screening

og mellomliggjande roller. Resultatet viste at det vart funne sterke bevis på at informasjonsprogram, motiverande samtalar, fysisk trening og eit godt støtteapparat reduserte PSD.

4.7 Samla analyse av resultatata

Som samla analyse av resultatata frå dei seks forskingsartiklane går det igjen at sosial støtte og informasjon er nødvendig for å redusere PSD. Å gi individualisert omsorg til den enkelte som vegleing til å setje seg mål, hjelp til å sjå nye moglegheiter, balansere håp og realitet, hjelp til å handtere stress og negative følelsar, hjelp til å handtere usikkerhet og frykt for nytt slag og hjelp til relasjonsbygging og rollefordeling mellom pasient og pårørande kan bidra til å redusere PSD. Motiverande samtalar og eit godt støtteapparat var også ein faktor for å redusere PSD. Det å finne mening i livet og auka livskvaliteten sin var nemnt i fleire artiklar som ein positiv faktor for å redusere PSD.

5.0 Drøfting

5.1 Bygge relasjon og skape tillit hos pasienten

For å kunne gi best mogleg hjelp til pasienten som har gjennomgått hjerneslag kan det først og fremst vera nødvendig at sjukepleiar bygger god relasjon og skaper tillit hos pasienten og pasientens pårørande. Travelbee (1999, ss. 186-189) beskriver at ved det første møtet vil pasienten sjå på sjukepleiaren som helsepersonell og sjukepleiaren vil sjå på pasienten som ein hjelpetrengande. Vidare forklarar Travelbee at ved å skape eit menneske- til- menneske forhold vil både sjukepleiaren og pasienten sjå på kvarandre som unike og individuelle personar. I denne fasen vil sjukepleiaren ifølge Travelbee kunne fange opp pasientens tankar og følelsar, samt korleis pasienten opplever situasjonen. Ho uttrykker at relasjonen som blir danna legger grunnlaget for samkjensle og gjensidig forståing. Ut i frå dette kan ein tenka seg at ved å ha ein god relasjon og tillit hos pasienten kan utøvinga av sjukepleie opplevast betre.

Gjennom de første møta med pasienten kan det første leddet i relasjonsbygginga vera å skape tillit til kvarandre. Kristoffersen (2017, s. 61) beskriver at pasientar naturleg viser sjukepleiaren ein spontan og direkte tillit på grunn av at tilliten tilhøyrar grunnleggande verdiar i forhold mellom menneske. Vidare beskriver ho at å innfri pasientens forventningar vil styrke relasjonen. Tveiten og Severinsson (referert i Tveiten, 2016, s.74) bygger opp under dette ved å konstatere at menneske naturleg møter kvarandre med tillit, men at tilliten må vera gjensidig for at den blir oppretthaldt. Ifølge Nortvedt og Grimen (referert i Tveiten, 2016, s.74) er det fire trekk i helsetenesta som kan vera nødvendig for å oppretthalde tillit; kommunikasjonen til helsepersonellet, kompetansen til helsepersonellet, helsepersonellens vilje til å følge opp pasienten og pasientens moglegheit for å vele bort helsepersonell de ikkje stoler på. I praksis har eg erfart at pasientar ofte naturleg viser tillit til helsepersonell, men at kommunikasjonsevna og sjukepleiekompetansen er viktig for å oppretthalde tilliten.

God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande bidrar til kvalitet i helsetenesta og kommunikasjonen er sentral i tydinga for å skape ein tillitsfull relasjon (Scotten et.al, referert i Tveiten, 2016, s. 73). Ifølge Eide og Eide (referert i Tveiten, 2016, s 73) tyder relasjon forholdet mellom eller kontakten med andre menneske. De uttrykker at kjernen i kommunikasjon er å anerkjenne, vera aktivt lyttande og open. Ifølge Travelbee (1999, ss. 150-152) er det nokre kommunikasjonsferdigheter som er nødvendige i utøving av sjukepleie. Vidare beskriver ho at ferdigheter som er nødvendige for alle er å ha evnene til å

oppfatte og tolke rett det ein lesar, evne til å uttrykke seg skriftleg og munnleg, samt evne til å lytte, høre og tolke. Medan ho beskriver kommunikasjonsferdigheter som er spesifikk nødvendig for sjukepleiarar som å kunne observere og tolke observasjonar, evne til å legge til rette for og styrke interaksjonar for å nå måla sine, evne til å vurdere om kommunikasjonen når fram og er forstått, evne til å forstå når ein skal snakke og ikkje, evne til å vente og vurdere eigen deltaking i interaksjon, samt vurdere i kva grad måla er nådd.

Under relasjonsbygging kan det vera ulike faktorar som styrker relasjonen mellom menneske. Kåver (referert i Tveiten, 2016, s. 75) uttrykker at faktorar som styrker relasjonen kan vera positiv følelsmessig binding, trygghet og tillit, einigheit om mål og strategiar for å nå desse måla. Vidare forklarar Kåver at trygghet og tilliten blir skapt mellom sjukepleiaren og pasienten når rammene er trygge, dette for eksempel når teieplikta blir haldt. I Helsepersonelloven §21 (1999) står det at helsepersonell skal forhindre at andre får tilgang til eller kjennskap til opplysningar om folks legems- eller sjukdomsforhold eller andre personlege forhold på bakgrunn av at helsepersonell har tilgang på denne informasjonen. Eg har erfart at teieplikt er ein sjølvstøtt forventning frå både pasient og pårørande, samt at helsepersonell frå tidelig start i utdanning får god informasjon og rutinar på teieplikt.

Å skape ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient kan vera nødvendig for å få forståing og data til å vurdere pasientens psykososiale behov. Kouwenhoven et.al. (2011) beskriver at gjennom deira studie kom det fram at generelle målingar og kartleggingsverktøy ikkje er nok for å fange opp PSD. Ut i frå dette kan ein tenka seg at det vil vera nødvendig å bli godt kjend med den slaggramma og skape tillit hos pasienten for å få ei djupare forståing om korleis pasienten har det og opplever situasjonen han er i. Kouwenhoven et.al (2012) forklarar at det ofte vil kunne vera eit viss avvik mellom ein subjektiv oppleving og objektiv manifestasjon når det kommer til å forstå og kjenne igjen PSD. Vidare blir det hevda at det vil vera nødvendig at sjukepleiaren bruker god tid på den slaggramma og gir hjelp og støtte undervegs, samt å heile vegen ta i betraktning at den slaggramma har fått overveldande forandringar i livet som har snudd livet på hovudet. Kouwenhoven og Kirkevold (2013) uttrykker at det vil vera nødvendig å inkludere strategi og alle typar depressive symptom uavhengig om dei er relatert til sjukdommen eller ikkje. De anbefaler og beskriver det effektivt at sjukepleiarar kartlegger PSD jamleg gjennom heile sjukdomsforløpet. I praksis har eg opplevd at ein har tid til å skape ein god relasjon til pasientane på rehabiliteringsavdelingar. Med dette påstår eg ikkje at ein har betre tid på ein rehabiliteringsavdeling enn andre avdelingar, men at ein

gjennom trening, fellesmåltider og tilrettelegging i aktiviteter i dagliglivet kan skape gode samtaler og god kontakt, som etter kvart kan føre til god relasjon og gjensidig tillit mellom pasient og sjukepleiar.

Som sjukepleiar kan ein god relasjon med tillit mellom pasient og pårørende bidra til at pasienten opnar seg opp og er meir mottakelig for informasjon. Kouwenhoven et.al (2012) forklarer at informasjonen sjukepleiaren gir til de slagamma er viktig og at informasjonsprogram kan bidra til å redusere PSD. Kristoffersen (2017, s. 370) forklarer at sjølv om informasjon er gitt er det ingen garanti for at informasjonen er oppfatta og mottatt. McCurly et.al (2018) beskriver at mange slagamma ofte er redd for eit nytt hjerneslag og er opptatt av å få informasjon for å forstå kvifor slaget skjedde og korleis forhindre nye hjerneslag. Slik informasjon kan kanskje vera tryggande og redusere faren for å utvikle PSD. Ut i frå opplevingane eg har frå praksis har eg erfart at informasjon må gis opp til fleire gongar. I tillegg til å kanskje vera usikker på den nye sjukdommen kan også slagamma ha blitt ramma kognitivt og ha enno meir vanskar med å motta og oppfatte ny informasjon. Som sjukepleiar kan det dermed vera nyttig å alltid ta hensyn til at den slagamma treng å bli informert fleire gonger, eventuelt vente til ein opplever pasienten som mottakelig for informasjon. For pasienten kan relasjonen til sjukepleiaren komme godt til nytte for å tørre å stille spørsmål og vera kritisk til informasjonen ein mottar.

5.2 Rehabilitering

Ifølge Normann et.al (2013, s. 35) er rehabilitering ein verksemd som retter seg mot det individuelle enkeltmenneske og dreier seg om menneske som er forskjellige i ulike situasjonar med individuelle mål for sine liv. Vidare blir det forklart at god rehabilitering har eit konkret innhald som er forskjellig frå person til person og inneheld tiltak, tenester og yting som er nødvendig for at den enkelte skal kunne nå sine mål. Kouwenhoven et.al (2011) beskriver at rehabilitering kan bli sett på som ein måte å kome seg tilbake til livet igjen. Eg har erfart i praksis at sjukepleiaren si rolle på ei rehabiliteringsavdeling ofte kan vera å legge til rette for gjennomføring av aktiviteter i dagliglivet (ADL), samt trene på flyt i gjennomføring av ADL. Ginkel et.al (2010) uttrykker at fysisk aktivitet og eit godt støtteapparat kan bidra til å redusere PSD. Det kom også fram at de med PSD hadde tendensar til å unngå terapeutisk rehabilitering. Derfor kan det vera nyttig at sjukepleiarane integrerer trening inn i ADL og har meir mobilitet i daglig omsorg. Ginkel et.al (2010) uttrykka at oppmoding frå sjukepleiarane

om å stille opp på planlagt trening med fysioterapeutar og ergoterapeutar ville vera viktig for sjølve rehabiliteringa. I praksis opplevde eg at fellestreningar kunne vera svært positivt for de slagamma. Eg oppfatta fellestreningar som ein god plass å vera sosial og å tenke på andre ting. I tillegg kan ein oppmuntre kvarandre og møte andre som er i same situasjon.

Langtidsstudien til Kouwenhoven et.al (2011) forklarte at de slagamma definerte de depressive symptoma i tap av funksjon. Det vart også forklart at rehabilitering etter hjerneslag kan bli sett på som ein prosess for å handtere og trene opp funksjonstap som har kome som følge av slaget, samt skape kontinuitet mellom fortid, nåtid og framtid. Ein kan tenke seg at eit godt rehabiliteringsforløp kan bidra til at den slagamma får tilbake meir funksjon og bli meir sjølvhjulpen, som kanskje kan redusere PSD. Normann (2013, ss. 52-53) forklarar at å bli meir sjølvhjulpen kan bidra til at ein blir mindre avhengig av andre for å kunne ta egne avgjørsler som igjen kan auke sjølvtiliten. I Kouwenhoven et.al (2012) sin studie om korleis pasientar i tidelig fase opplever depressive symptom, kom det fram at sjukepleiaren si rolle for den slagamma er betydelig og nødvendig. Vidare vart det forklart at dette var i forhold til at kvar enkelt får individualisert omsorg som vegleiiing til å setje seg mål og finne ulike strategiar til å nå desse måla, samt gi støtte og hjelp til å sjå nye moglegheiter og balansere håp og realitet.

Dersom pasienten setter mål og utarbeider strategiar for mestring saman med eit tverrfaglig team vil det kanskje bli betre balanse mellom pasientens håp og mål opp mot den verkelege realiteten. Lauvås og Lauvås (referert i Hartviksen, 2017, s. 33) beskriver at eit tverrfaglig samarbeid skal bidra til at dei ulike profesjonane utviklar eit felles kunnskapsgrunnlag og stimulerer til faglig utvikling innan de ulike fagfelta. Ein kan tenka seg at når pasienten saman med eit tverrfaglig team set realistiske mål kan den slagamma oppleve ein større grad av mestring når måla blir innfridd. Omgrepet empowerment kan forståast som eit samarbeid med pasienten, der ei aktiv pasientrolle er ønska og at sjukepleie til pasienten blir tilpassa pasientens behov, ressursar og moglegheit til deltaking (Gammersvik, 2012, s. 120). Eide og Eide (referert i Tveiten, 2016, s. 73) beskriver nokre sentrale element i empowermentprosessen; å få fram pasientens perspektiv, forstå pasientens unike situasjon og sosiale kontekst, finne ein felles forståing for pasientens verdiar og å hjelpe pasienten til å dele makt. Eg forstår empowerment ut i frå dette som at pasienten skal kunne vera med på å ta avgjørsler saman med det tverrfaglige teamet dersom det omhandlar pasientens helse. I praksis opplevde eg at pasienten hadde god nytte av å lage seg målplan saman med eit

tverrfaglig team. Bredland og Linge (2007, ss. 135-139) beskriver pasientens mål som det ein ser på som det viktigaste i livet. Vidare forklarar de at for å finne det viktigaste i livet må ein sjå for seg framtida si. De uttrykker også at det tverrfaglige teamet må rette seg mot det ønska målet, men at det er viktig at målet er realistisk. Det blir beskrive at det vil vera viktig å setje seg kortsiktige mål på vegen for å nå det endelige målet. Bredland og Linge uttrykker vidare at de kortsiktige måla bør vera konkrete og målbare. Min erfaring frå praksis er at de kortsiktige måla gir motivasjon og mestringsfølelse for å kunne nå eit realistisk langsiktig mål. Som sjukepleiar kan det derfor vera viktig å gi støtte, skryt og vegleing til pasienten for styrke motivasjonen og mestringsfølelsen på vegen mot det langsiktige målet.

I Kouwenhoven et.al (2012) sin studie kom det fram at fleire slagamma er optimistiske og entusiastiske for å nå måla sine. Det kom også fram at fleire slagamma kan forme urealistiske forventningar til rehabiliteringsprosessen. Ein kan tenka seg at sjølv om nokon kanskje klarer å trene opp igjen de ulike funksjonane som har gått tapt, kan det likevel vera mange som aldri klarer å trene seg opp igjen til slik det var før slaget. Når kortsiktige mål blir gjennomført kan kanskje de fleste kjenne på mestringsfølelse. De fleste opplever mestring når det oppstår positive opplevingar knytt til det å ha herredøme over sitt eige liv eller sin eige situasjon (Normann et.al, 2013, s.54). I artikkelen til Huang et.al (2010) kom det fram at det var ein betydelig samanheng mellom ADL og PSD og at betre funksjonsevne reduserte sjansen for å få PSD. I tillegg kom det fram at PSD har negativ effekt på kvaliteten på sjølve rehabiliteringa. Ut i frå dette tolkar eg det som at dess betre rehabiliteringsprosess ein har dess mindre moglegheit er det for å utvikle PSD. Samt at dess mindre PSD ein utviklar, dess betre blir rehabiliteringsprosessen.

5.3 Å finne mening med sjukdommen

Å finne mening med sjukdom kan vera vanskelig, men det kan vera nødvendig for å handtere sjukdommen og forhindre PSD. I Kouwenhoven et.al (2012) sin artikkel kom det fram at slagamma beskreib ein følelse av å vera fanga og miste seg sjølv. Det vart beskrive at følelsen av å vera fanga var på grunn av funksjonstap og at pasientane var avhengige av hjelp. Det vart også beskrive ein følelse av å vera fanga i samfunnet med reduserte moglegheiter i kvardagen. De tre underliggende temaene til følelsen av å miste seg sjølv var å vera labil, føle seg som ingenting og å vera for trøtt til å leve. Ein kan tenka seg at beskrivinga av å vera for trøtt til å leve kan tolkast som at ein ikkje føler mening med livet lengre. Desse opplevingane

kan tolkast som triste eller deprimerte symptom. Ifølge Renolen (2015, s. 201) kan sjukdom utvikle depresjon som uttrykk for tap av for eksempel kroppsdelt, sosial kontakt eller evne til å utøve si rolle. Hummelvoll (2012, ss. 205-206) beskriver at depresjon kan kome som følge av merkverdige forandringar i ein livssituasjon og kan vise seg igjen i følelsen av tomheit, manglande evne til å uttrykke følelsar, lav sjølvtilitt, draumar om tapssituasjonen, og ein generell følelse av å vera låst fast. Ein kan tenka seg at i starten av ein rehabiliteringsfase kan mange ulike følelsar vera inne i bildet. Gjennom praksisperiodar på rehabiliteringsavdeling opplevde eg at pasientane var avhengig av strukturerte kvardagar. Eg erfarte at tilstrekkelig nattesøvn og kvile var nødvendig. Sjukepleiarar kan bidra med tilrettelegging som tilstrekkelig kvile og søvn med passelig romtemperatur og godt sengeleie. Gode dagar verka som ein positiv faktor på rehabiliteringa og pasientens sjølvkjensle. Kanskje de slagramma er avhengig av slike gode dagar for å redusere moglegheita for å utvikle PSD?

Resultata i langtidsstudien til Kouwenhoven et.al (2011) viste det seg at det ikkje alltid handlar om å handtere sjukdommen, funksjonsevna og rehabiliteringa, men også korleis pasienten opplev seg sjølv og sin nye livssituasjon. Det blir også presisert at sjukepleiarar kan bidra med å vedlikehalde håp og finne nye moglegheiter, gi støtte til pasienten og hjelpe med å finne meining med sjukdommen. McCurley et.al (2019) la fram at eit støttande team, løysningsorientering, engasjere seg i tideligare hobbyar, bruke humor og ha god mellommenneskeleg kommunikasjon kan vera gode strategiar for å handtere stress. Travelbee (1999, ss. 225-229) beskriver at ved sjukdom sit den enkelte ofte igjen med to spørsmål som «kvifor meg?» og «korleis leve vidare?». Ho uttrykker at behovet for å finne svaret på desse to spørsmåla kan vera nødvendig når ein står overfor ein sjukdom eller lidning. Vidare blir det forklart at kvar enkelt person er unik og derfor vil meining med sjukdom oppdagast i erfaringar, samt vera individuelt for den enkelte som sit med desse erfaringane. Ho beskriver at meining kan berre finnast av den sjuke sjølv og at sjølv om familie ikkje kan gi meining til den sjuke kan de hjelpe pasienten med å finne meining med sjukdommen. Travelbee beskriver vidare at sjukepleiaren kan bidra med å finne meining gjennom tiltak som bevarer helsa og held sjukdommen under kontroll, samt hjelpe med å akseptere sjukdommen og ønske å leve eit rikt liv til tross for avgrensingar som sjukdommen medfører. Ho beskriv at gjennom desse prosessane treng pasienten god støtte og hjelp til å meistre påkjenningane. Det blir beskrive at for sjukepleiaren krev dette innsikt, dømmekraft, takt, ferdigheter og mot. Travelbee beskriver vidare at det også krev at sjukepleiaren har eit menneskesyn som at kvart enkeltindivid har verdighet og eigenverd i kraft av å vera menneske. Ut i frå mine opplevingar i praksis kan

mange av de slagramma oppleve motlausheit når de tenker tilbake på livet før hjerneslaget. For mange kan det kanskje ta lang tid før ein finn ein meining med livet ved sjukdom, medan for andre kan kanskje meininga med livet ved sjukdom vera motivasjonen for å komme tilbake til kvardagen. Kouwenhoven et.al (2011) beskreib at mange treng god støtte for å komme mest mogleg tilbake til det stadiet de var før slaget.

Chow (2017) beskreib i sine funn at det å ha meining i livet gjor at pasientane generelt fekk betre livskvalitet og fekk færre negative helseutfall. I tillegg kom det fram at meining i livet hadde ein fungerande effekt på korleis de slagramma forfalt seg til fysisk aktivitet, fysisk funksjon, optimisme og livskvalitet. Travelbee (1999, ss. 225-226) uttrykker at dersom ein godtar som primiss at kvart enkelt menneske er unikt og uerstattelig, vil det enkelte menneske ha oppgåver som berre kan fullførast av dette menneske. Vidare forklarar Travelbee at den enkelte kan finne meining med sjukdom ved å føle seg verdifull med tanke på de livsoppgåvene som berre kan gjennomførast av han. Det blir forklart vidare at når den enkelte føler seg verdifull kan det også følast som om livet har større verdi og meining. I Chow (2017) sin artikkel vart det beskrive at det å føle seg nødvendig og ha ei meining med livet var positivt relatert til å kunne handtere ei livskrise eller ein sjukdom. Chow beskreib vidare at å føle seg verdifull og å ha meining med livet gav større sjølvfølelse i situasjonen ein står i. Vidare vart det beskrive at det å ha meining i livet kan vera ein mogleg strategi og positiv faktor for å auke velvære til den slagramma.

For mange kan det kanskje opplevast nødvendig å få støtte og hjelp frå de rundt seg når ein skal handtere ein sjukdom. Helgesen (2017, s. 142) uttrykker at det å bli verdsatt og få stadfesting er viktig for opplevinga av identitet, anerkjenning, verdighet og sjølvfølelse, samt styrke velvære. Vidare blir det forklart at det å få sosial støtte frå andre når ein treng det gir ein følelse av tryggleik. Helgesen (2017, ss. 144-145) påpeiker at forskning viser til at sosialt nettverk og sosial støtte er helsefremmande og ein førebyggande faktor for pasientar med ulike sjukdommar eller lidingar. Vidare blir det forklart at sosialt nettverk og helse kan bli forstått ut ifrå to hovudteoriar. Det blir beskrive at den eine hovudteorien blir kalla direkte effekt – teorien og går ut på at sosial støtte har direkte innverknad på helsa. Vidare forklarar ho at eit støttande sosialt nettverk kan bidra med å styrke helsa ved opplevinga av meining i livet, tilhøyring og følelsen av å bli verdsatt. Ho beskriver i tillegg at dette kan bidra til å auke livskvalitet uavhengig av stress og belastningar og utan eit slikt sosialt nettverk kan ein kjenne seg overvelda av krava i situasjonen ein står i og dermed bli meir sårbar for andre somatiske

helseplager og psykiske problem. Ho forklarer at den andre teorien blir kalla indirekte effekt-teorien og går ut på at sosial støtte har ein dempende verknad på opplevinga av stress, som igjen gjer at ulike hendingar vert mindre belastande. Helgesen forklarer vidare at når ein får hjelp og støtte hindrar ein at ulike belastningar utviklar seg til sjukdom, psykiske problem og redusert mestringssevne. Dette kan tolkast som om at sosial støtte og eit godt sosialt nettverk kan bidra til å redusere moglegheit for å utvikle PSD.

Huang et.al (2010) uttrykka i studien at det ofte var fysiske, psykiske, sosiale og økonomiske påkjenningar som vart definert i behovet for sosial støtte. Vidare vart det forklart at dersom den slagamma fekk meir sosial støtte i rehabiliteringa var det mindre sannsyn for at ein utvikla PSD. Det viste seg også at sosial støtte hadde betydelig positiv påverknad på ulike helseutfall. Det vart forklart i studien at dersom sjukepleiarar utvikla strategiar for sosial støtte i behandlinga til slagamma kan ein redusere PSD og auke livskvaliteten. Både studien til Kouwenhoven et.al (2011) og studien til Ginkel et.al (2010) støtter seg opp under at sosial støtte og støttande behandlingsprogram kan bidra til å redusere PSD. Ut i frå dette kan ein tenka seg at det kan vera nødvendig å skape gode støttande behandlingsprogram og gi sosial støtte til både den slagamma og pårørande for å redusere PSD. I praksis erfarte eg at sjukepleiarane på rehabiliteringsavdelingane var svært motiverande og støttande gjennom heile dagen.

Ut i frå påstanden om at sosial støtte frå de rundt seg og støttande behandlingsprogram i rehabiliteringa kan redusere PSD kan ein tenke seg at dette er svært nødvendig i kvardagen. Både helsepersonell på avdelinga, andre pasientar og pårørande kan vera ein viktig del av den sosiale støtta. I studien til McCurley et.al (2019) kom det fram at sjukepleier må motivere både pasient og pårørande til å ta ein dag om gangen for å handtere situasjonen best mogleg. Det vart presentert at fleire slagamma følte det frustrerande at deira rolle i familien og heimen blei forandra. I studien kom også fram at fleire slagamma fant det vanskelig å holde motet oppe, då de følte seg skyldige og som ein byrde. Det kom fram at ulike tiltak mot depresjon hadde positiv effekt på den slagamma, men tiltak som styrka og støtta pårørande ikkje var inkludert. I studien til Chow (2017) kom det fram at det var meir PSD blant de slagamma som hadde pårørande. Vidare vart det forklart at dette kan skuldast at pasienten sin livskvalitet påverka de pårørande og dermed har påført den slagamma fleire bekymringar. Kouwenhoven et.al (2011) forklarte på si side at det var to grupper som var ekstra sårbare for å utvikle PSD; gamle einsame og unge eldre med forventningar som jobb, økonomi, og

familie. Kristoffersen (2017, ss. 266-268) beskriver at det å vera omsorgsgivar og ha ansvar for eit sjukt familiemedlem kan vera krevjande, stressande og belastande. Kristoffersen formidlar vidare at målretta undervisning, vegleiing og støtte frå helsepersonell til pårørande kan gjere at frå deira ståsted blir situasjonen meir forståelig, meningsfull og handterbar. Ut i frå dette kan ein tenka seg at støtte frå pårørande vil vera ein viktig faktor for at de slagamma føler seg verdifulle. For at pårørande skal kunne vera trygg i situasjonen kan det vera nødvendig at sjukepleiar gir de god informasjon, vegleiing og støtte. Når pårørande er tryggare i situasjonen kan det vera enklare å hjelpe pasienten å finne mening i sjukdommen og dermed redusere faren for å utvikle PSD.

5.4 Avslutning

Avslutningsvis vil det på bakgrunn av funn, teori og egne erfaringar sjå ut til at det er fleire førebyggjande tiltak som sjukepleiar kan utføre for å kunne redusere risikoen for å utvikle PSD. Først og fremst har det kome fram i denne studien at generelle kartleggingsverktøy kanskje ikkje er nok for å fange opp symptom på PSD. Ein god relasjon kan vera nødvendig for å samle data som kartlegger pasientens psykiske status. Sjukepleiar må derfor bruke god tid på pasienten og skape eit menneske-til- menneske forhold. Ved god relasjon og tillit kan kanskje pasienten opne seg meir opp for sjukepleiaren og kanskje lettare fange opp PSD. Det har også kome fram at god informasjon til både pasient og pårørande kan vera nødvendig for at dei skal kjenne seg trygge i situasjonen dei er i.

Sjølve rehabiliteringsprosessen er individuell og må derfor passe til den enkelte pasientens ønsker og mål. Det har kome fram at desse måla bør vera realistiske kortsiktige mål og realistiske langsiktige mål for oppretthalde motivasjonen og mestringsfølelsen. PSD har i fleire av dei inkluderte artikkane vore definert i tapet av funksjon. Ein god rehabiliteringsprosess kan då vera viktig for å kunne trene tilbake nokon av de tapte funksjonane og dermed redusere faren for å utvikle PSD. Denne studien har også kome fram til at å ha mening med livet kan redusere risikoen for å utvikle PSD. Ved å styrke pasientens sjølvtilitt og velvære kan det sjå ut for at pasientanes pårørande opplever mindre stress og belastning.

Gjennom denne studien har eg lært at PSD kan vera vanskelig å kartlegge, samt at mange kanskje ikkje definerer seg som deprimerte, men uttrykker tristhet eller depressive symptom i

fortellingane sine. Slagpasientar kan ein møte på mange forskjellige avdelingar, men også på andre arenaer. Kunnskap om depresjon blant slagamma kan derfor vera viktig og eg vil ta med meg denne kunnskapen inn i arbeidet som sjukepleiar. Det kan vera nødvendig å evaluere tiltaka presentert i denne studien og forske på om det er finnes meir konkrete tiltak sjukepleiar kan bidra med for å redusere PSD.

Referansar

- Alvsvåg, H. (2012). Helsefremming og sjukdomsforebygging. I Å. Gammersvik, T. B. Larsen, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (ss. 50-70). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bertelsen, K. A. (2015). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (ss. 313-336). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bredland, E., & Linge, O. (2007). Rehabiliteringsprosessen. I L. Jensen, L. Petersen, & G. Stokholm, *Rehabilitering teori og praksis* (ss. 113-158). København: Fagl's forlag.
- Chow, OW, E. (2017). The role of meaning in life: mediating effects of perceived knowledge of stroke on depression and life satisfaction among stroke survivors. *Clinical Rehabilitation*, 31(12), 1664-1673, DOI: 10.1177/0269215517708604
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.
- Depression*. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.
https://quest.eb.com/search/132_1262999/1/132_1262999/cite
- Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (ss. 112-134). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ginkel, J., Gooskens, F., Schuurmans, J., Lindeman, E., Hafsteinsdóttir, B, T. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3274-3290, DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x
- Hartviksen, T. (2017). Hverdagsrehabilitering. I T. A. Hartviksen, & B. M. Sjølie, *Hverdagsrehabilitering - kvalitetsforbedring i norske kommuner* (ss. 17-43). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Hauken, M. A. (2012). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (ss. 179-200). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helgesen, A. (2017). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener, samfunn og mestring* (ss. 141-167). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). Hovedregel om taushetsplikt (LOV-1999-07-02-64) henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A725
- Huang, C-Y., Hsu, M-C., Hsu, S-P., Cheng, P-C., Lin, S-F., Chuang, C-H. (2010). Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2752-2762, DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03327.x
- Hummelvoll, J. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kouwenhoven, E, S., Kirkevold, M., Engedal, K., Kim, S, H. (2012). 'Living a 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
- Kouwenhoven, E, S., Kirkevold, M., Engedal, K., Biong, S., Kim, S, H. (2011). The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: A longitudinal perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(4), 8491, DOI: 10.3402/qhw.v6i4.8491
- Kouwenhoven, E, S., Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien Forskning nr 4 (8) s. 334-342* DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0134
- Kristoffersen, N. J. (2017). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener, samfunn og mestring* (ss. 237-294). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2017). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sjukepleie bind 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (ss. 349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sjukepleie - pasientfenomener, samfunn og mestring* (ss. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Breievne, G. (2017). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener, samfunn og mestring* (ss. 187-236). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, T. B. (2012). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (ss. 37-49). Bergen: Fagbokforlaget.
- McCurley, L. J., Funes, J. C., Zale, L. E., Lin, A., Jacobo, M., Jacobs, M. J., Salgueiro, D., Tehan, T., Rosand, J., Vranceanu, A-M. (2019). Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. *Neuricrit Care* 30, 581-589, DOI: 10.1007/s12028-018-0641-6
- Normann, T., Sandvin, J. T., & Thommesen, H. (2013). *Om rehabilitering- helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Renolen, Å. (2015). *Forsåelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie* (ss. 237-258). Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk -pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen:
Fagbokforlaget.

6.0 Vedlegg 1. Oversiktstabell av artiklar

Oversiktstabell artiklar					
Artikkel:	Forfatter:	Hensikt:	Metode og datasamling:	Utval:	Resultat:
«Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke»	Siren E. Kouwenhoven, Marti Kirkevold, Knut Engedal & Hesook S. Kim	Hensikta var å kartlegge slagamma sine opplevingar av depresjon etter slag i akutt fase.	Artikkelen er ein kvalitativ forskingsartikkel basert på dybdeintervju.	Ni slagamma på sla- og rehabilitering avdelingar i Norge var med i studien.	Resultatet i studien viste til at post – stroke depression hadde tilknytning til funksjonstapa som følger av slaget. I resultatata kom det fram to hovudelement; følelsen av å vera fanga og å miste seg sjølv.
Artikkel:	Forfatter:	Hensikt:	Metode og datasamling:	Utval:	Resultat:
«The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms	Siren E. Kouwenhoven, Marit Kirkevold, Knut Engedal, Stian Biong & Hesook S. Kim	Hensikta med studien var å kartlegge depressive symptom 6, 12 og 18 månader etter hjerneslaget .	Metoden i artikkelen er kvalitativ og basert på hermenutisk fenomenologisk intervju, som vil sei at intervjuobjekta har subjektive opplevingar og	Ni slaggrammet som var med i artikkelen «Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke»	Studien viste til at to grupper var spesielt sårbare; eldre som bur åleine og vaksne som har forpliktelser til familie, jobb og barn. I resultatene kom det også fram at

s: a longitudi nal perspecti ve»			desse opplevingane er tolka.	var også med i denne lagtidsstudien.	det ikkje bare er funksjonstap og rehabilitering som påverka depresjon, men også å takle ein ny livssituasjon og finne mening med sjukdommen.
Artikkel:	Forfattar:	Hensikt:	Metode og datasamling:	Utval:	Resultat:
«Preventi ng Chronic Emotiona l Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregiver s»	Jessica L. McCurley, Christophe r J. Funes, Emily L. Zale, Ann Lin, Michelle Jacobo, Jamie M. Jacobs, Danielle Salgueiro, Tara Tehan, Jonathan Rosand and Ana- Maria Vranceanu	Hensikta med studien er å kartlegge korleis ein kan førebygge emosjonell stress som depresjon, angst og post traumatisk stress for slagramme de og familie.	Metoden de brukte for å gjennomføre studien var 24 kvalitative inervjuer med slagrammede og deira familie. I tillegg to fokusgruppeint ervju saman med femten sjukepleiarar som tok vare på de slagamma og familien.	Utvalet var 24 slagamma over 18 som hadde familie/pårøran de som ville delta i studien og at de ramma hadde medisinsk godkjenning til å delta. Fokusgruppein tervja bestod av 15 sjukepleiarar som hadde deltatt i behandlinga av desse slagamma og	Studien viste til at eit første seg for å få ein gjennomførbar, tilgjengelig og pasientsentrert intervensjon for slagamma pasientar og familie/pårøran de for å forhindre til dømes depresjon. Resultatet i studien viste til at timer gjennom personlige møter og timer gjennom

				familien/pårørende.	videooverføring er kan forbedre rehabiliteringa både psykisk og fysisk for slagramma og deira pårørende
Artikkel:	Forfatter:	Hensikt:	Metode og datasamling:	Utval:	Resultat:
«Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke»	Chiung-Yu Huang, Mei-Chi Hsu, Shin-Pin Hsu, Pei-Ching Cheng, Shu-Fen Lin & Chia-Hui Chuang	Hensikten med studien var å undersøke tilknytninga mellom sosial støtte, PSD og livskvalitet hos slagramma.	Det er ein kvalitativ studie gjort med intervju undersøkelsar ansikt til ansikt.	Utvalget var 102 pasienter som hadde hatt slag for første gang og var mellom 32 og 90 år.	I resultatata kom det fram at eit godt sosialt støtteapparat kan ha stor betydning for lindre eller forhindre PSD og auke livskvalitet.
Artikkel:	Forfatter:	Hensikt:	Metode og datasamling:	Utval:	Resultat:
«The role of meaning in life: mediating the effects of	Esther OW Chow	Hensikta med studien er å finne ut kva faktorar som gjer at personar	Studien er ein kvantitativ studie som såg gjennom datainnsamling til 192 eldre deltakere frå	Utvalet var 192 eldre kinensiske deltagere. De ulike pearsons relasjonar som demografiske,	Resultatet viste at det var ein enorm påverknad mellom velvære og PSD. Å finne meaning

perceived knowledge of stroke on depression and life satisfaction among stroke survivors»		med kroniske følger som, til dømes slag, klarer å handtere sjukdommen.	ein tilfeldig klinisk undersøking.	prediktor – og utfallsvariablar vart analysert.	med sjukdommen kan vera ein god strategi og positiv faktor som kan auka pasientar med PSD sin velvære.
Artikkel:	Forfattar:	Hensikt:	Metode og datasamling:	Utval:	Resultat:
«A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses»	Janneke M de Man-van Ginkel, Floor Gooskens, Marieke J Schuurman, Eline Lindeman & Thóra B Hafsteinsdottir	Hensikta med denne studia var å utforske korleis sjukepleier burde handtere, identifisere og bruke ikkje-medikamentelle tiltak mot depresjon for slagamma i sjukepleie.	Metoden er kvantitativ metode der ein har brukt litteraturstudie frå 1993 til 2008.	Utvalet var 15 artiklar som inkluderte forskjellige metodar, design, fasar etter hjerneslaget, emne studert relevant for pleieomsorg og pasientars eigenskapar.	I artikkelen kom det fram at sjukepleierens behandling av PSD er ein blanding mellom screening og mellomliggende roller. Det blei funnet sterke bevis på at informasjonsprogram reduserte PSD. Terapi som motiverande samtaler, fysisk trening og eit

					godt støtteapparat kan redusere PSD.
Artikkel:	Forfatter:	Hensikt:	Metode og datasamling:	Utval:	Resultat:
«Å leve med depresjon etter hjerneslag»	Siren E. Kouwenhoven og Marit Kirkevold	Hensikta med studien var å få ein samla beskriving av forløpet for depresjon etter hjerneslag frå akutfase til 18 månader etter slaget.	Studien har eit longitudinelt, deskriptivt design , med dybdeintervju med 9 pasientar. Denne artikkelen samanfatar de to første artiklane i denne oversiktstabellen.	Ni personar som hadde milde til moderate depressive symptom i akutfasen etter slag.	I resultatata kom det fram at depressive symptom og konsekvensar etter slaget er samanhengande og vanskelig å skilje. Det kom også fram at depressive symptom kan vera ein sorgreaksjon på sjølve hjerneslaget. Elde einsame og yngre med forpliktelsar til jobb, forhold, økonomi og barn var meir utsatt for depresjon