



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	28-02-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	28-04-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	503
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7939
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	64
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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



Høgskulen  
på Vestlandet

SYKHB3001 – Bacheloroppgave

# Depresjon etter gjennomgått hjerneslag

## Depression after stroke

**Kandidatnummer: 503**

Bachelor i sykepleie  
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap  
28.04.2022  
HVL – Haugesund  
Antall ord: 7939

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## SAMMENDRAG

**Tittel:** Depresjon etter gjennomgått hjerneslag

**Bakgrunn:** Hjerneslag er noe av det som har interessert meg mest på jobb, og det er noe jeg ønsker å lære mer av. Depresjon er noe som forekommer hos 30% av slagrammede, og det er et svært aktuelt tema for oss sykepleiere. At depressive symptomer blir gjenkjent tidligst mulig er svært essensielt for pasientenes rehabilitering, og det er derfor hensiktsmessig at sykepleiere har kunnskap om temaet.

**Problemstilling:** *Hvordan avdekke depressive symptomer for å styrke mestring i rehabiliteringsprosessen hos nylig slagrammede pasienter i sykehus?*

**Formål:** Hensikten med oppgaven er å belyse hvor viktig det er for helsepersonell å avdekke depresjon tidligst mulig for å kunne redusere konsekvensene depresjon kan gi i hverdagen, og for at de slagrammede skal kunne få en økt følelse av mestring i rehabiliteringsfasen.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie, basert på relevant litteratur og vitenskapelige studier.

**Resultat:** Emosjonelle plager som depresjon og angst, samt fatigue, er vanlige konsekvenser av hjerneslag. Depressive symptomer er et mangesidig fenomen, og kan ha negativ innvirkning på rehabiliteringsprosessen. Usikkerhet om fremtidig helse, samt frykt for tilbakevendende slag står sterkt blant mange av informantene, noe som medfører redusert motivasjon og mestring av dagliglivets nye utfordringer. Grunnleggende bekymringer knyttet til selvopplevd helse, selvoppfatning og kropp bør få større oppmerksomhet, da dette påvirker effekten av rehabiliteringsprosessen.

**Konklusjon:** Det er essensielt at sykepleier klarer å avdekke depressive symptomer. For å klare dette er det nødvendig med grundig observasjon, god informasjon og opparbeiding av tillit mellom pasient og helsepersonell. Gode dialoger er også hensiktsmessig for å kartlegge depresjon. Det kan være til god hjelp å ta i bruk det salutogene perspektivet, samt kartleggingsverktøy for depresjon, selv om dette må brukes med varsomhet.

**Nøkkelord:** Hjerneslag, rehabilitering, mestring, depresjon

## ABSTRACT

**Title:** Depression after stroke

**Background:** Stroke is one of the things that has interested me most at work, and it is something that I want to learn more about. Depression occurs in 30% of stroke patients, and it is a very relevant topic for us nurses. It is important that depressive symptoms are recognized as early as possible and is therefore appropriate knowledge for nurses related to the topic.

**Research question:** *How to detect depressive symptoms to strengthen coping in the rehabilitation process in recently stroke patients in hospitals?*

**Aim:** The purpose of the thesis is to shed light on how important it is for professionals to detect depression as early as possible to reduce the consequences that depression can have in everyday life, and for the stroke victims to have an increased feeling of coping in the rehabilitation phase.

**Method:** The thesis is a literature study, based on relevant literature and scientific studies

**Result:** Emotional disorders such as depression and anxiety, as well as fatigue, are common consequences of stroke. Depressive symptoms are a multifaceted phenomenon and can have a negative impact on the rehabilitation process. Uncertainty about future health, as well as fear of recurrent strokes, is strong among many of the informants, which leads to reduced motivation and mastery of the new challenges of daily life. Basic concerns related to self-perceived health, self-perception and body should receive more attention, as this affects the effectiveness of the rehabilitation process.

**Conclusion:** It is essential that the nurse can detect depressive symptoms. To manage this, it is necessary with thorough observation, good information and building trust between the patient and healthcare professionals. Good dialogues are also appropriate for mapping depression. It can be helpful to use the salutogenic perspective, as well as mapping tools for depression, although this must be used with caution.

**Key words:** Stroke, rehabilitation, coping, depression

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon .....</b>	<b>6</b>
<i>1.1 Bakgrunn for valg av tema .....</i>	<i>6</i>
<i>1.2 Tidligere forskning .....</i>	<i>6</i>
<i>1.3 Teoretisk grunnlag .....</i>	<i>7</i>
1.3.1 Hjerneslag.....	7
1.3.2 Depresjon .....	7
1.3.3 Depresjon etter hjerneslag .....	8
1.3.4 Rehabiliteringsprosessen .....	8
1.3.5 Sykepleiers rolle i rehabiliteringsprosessen .....	10
1.3.6 Salutogenese.....	11
<i>1.4 Oppgavens formål .....</i>	<i>13</i>
<i>1.5 Problemstilling .....</i>	<i>13</i>
<i>1.6 Avgrensning og presisering av problemstilling .....</i>	<i>13</i>
<i>1.7 Valg av metode .....</i>	<i>13</i>
<b>2.0 Metode .....</b>	<b>14</b>
2.1 Litteraturstudie.....	14
2.2 Litteratursøk.....	15
2.3 Kildekritikk.....	17
2.3.1 Kritisk vurdering av vitenskapelige artikler.....	17
2.3.2 Forskningsetikk .....	17
<b>3.0 Resultater .....</b>	<b>18</b>
3.1 Presentasjon av vitenskapelige artikler .....	18
3.1.1 «Å leve med depresjon etter hjerneslag» .....	18
3.1.2 «Faktorer som har sammenheng med fatigue etter hjerneslag» .....	19
3.1.3 «Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers».....	19

3.1.4 «A Prediction model of Health-related quality of life in young adult patients with stroke» .....	20
3.1.5 «Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6-8 months after mild stroke».....	20
3.1.6 «Effect on anxiety and depression of a multifactorial risk factor intervention program after stroke and TIA: a randomized controlled trial» .....	21
3.2 <i>Samlet analyse av resultater</i> .....	21
<b>4.0 Drøfting</b> .....	<b>22</b>
4.1 <i>Tidlig identifisering og kartlegging av depressive symptomer</i> .....	22
4.2 <i>Mestring av rehabiliteringsprosessen</i> .....	23
4.3 <i>Sykepleiers rolle i rehabiliteringsprosessen</i> .....	25
<b>5.0 Konklusjon</b> .....	<b>28</b>
<b>6.0 Referanser</b> .....	<b>29</b>
<b>Vedlegg 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier</b> .....	<b>32</b>
<b>Vedlegg 2: Eksempel på sjekklister for vitenskapelige artikler</b> .....	<b>33</b>
Tabell 1: PICO-skjema .....	15
Tabell 2: Oversikt over litteratursøk .....	16

## 1.0 Introduksjon

I løpet av 2020 var det 8 933 akutt slagrammede innlagt for behandling i sykehus (Helsedirektoratet, 2021). Studier viser at omkring 30% av slagpasienter i tidlig eller senere stadier utvikler depresjon. Dette har innvirkning på rehabiliteringsprosessen, reduserer rehabiliteringseffekten og øker belastningen på familieomsorgen (Lin, et Al., 2019, s. 1).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet jeg skal skrive om er depresjon etter hjerneslag. Jeg har jobbet på nevrologisk avdeling, og noe som har fanget oppmerksomheten min på jobb, er at flere av pasientene har utviklet depresjon etter at de har fått påvist hjerneslag. Hos noen av pasientene utviklet det seg depressive symptomer i akuttfasen, mens det hos andre ikke viste seg før et stykke ut i forløpet. Jeg har lært at hjerneslag kan ha mange utfall, blant annet depresjon. Uansett hvordan hjerneslaget påvirker funksjonsnivået, er depresjon noe som forekommer relativt ofte. Å jobbe med slagpasienter har lært meg mye, samtidig som jeg ønsker å lære mer. Depresjon etter hjerneslag er svært aktuelt for oss sykepleiere, og det er av denne grunn jeg ønsker å basere bacheloroppgaven min på dette.

### 1.2 Tidligere forskning

Det er blitt utført en del forskning på depresjon etter hjerneslag. I likhet med Lin et al. (2019, s. 1), skriver også Kouwenhoven og Kirkevold (2014, s. 73) at 30% av slagrammede opplever postslagsdepresjon. Facucho-Oliveira et al. (2021, s. 1) skriver i studien sin at hjerneslag er en ledende årsak til funksjonshemming over hele verden. Det er også den nest vanligste dødsårsaken, ikke bare gjennom fysiske problemer som begrenser blant annet autonomi og egenomsorg, men også fordi selvmordsraten er høy blant slagrammede med depresjon. Selv om slagbehandlingen er blitt mye bedre de siste årene, er det mange som må leve med alvorlig fysiske og kognitive funksjonshemninger. Det blir skrevet at postslagsdepresjon er en av de vanligste nevropsykiatriske symptomene. Facucho-Oliveira et al. (2021, s. 1) fremhever at depresjon hindrer restitusjon og reduserer motivasjonen for å delta i rehabiliteringsprogrammer. I en annen studie forklarer Kouwenhoven og Kirkevold (2014, s. 73), at det er blitt gjort mye forskning på postslagsdepresjon med utgangspunkt i disease-perspektivet. Disease-perspektivet tar utgangspunkt i naturvitenskapelige kunnskapssyn, og brukes om sykdom som kategorisert tilstand, der anatomiske, fysiologiske eller biokjemiske symptomer, årsaker og virkningsmekanismer er viktige elementer (Kouwenhoven &



Kirkevold, 2014, s. 72). Ifølge Kouwenhoven og Kirkevold (2014, s 73) benyttes det ulike tiltak for å forhindre depresjon, for eksempel psykologiske intervensjoner. De skriver også at det finnes ulike kartleggingsverktøy for depresjon, som en kan bruke.

Tidligere forskning viser også at depresjonsskåren er høyere hos pasienter som ikke er fornøyde med fritidslivet, enn hos pasienter som er fornøyde. Hjemmeaktiviteter og fritidsrehabiliteringsaktiviteter er derfor noe som kan tilrettelegges for pasienter som er misfornøyde med fritidslivet deres. Dette kan øke den personlige gleden og tilfredsheten med aktivitetsdeltakelse (Lin et al., 2019, s. 5). Det kommer frem i studien til Facucho-Oliveira et al. (2021, s. 1) at pasienter med postslagsdepresjon har det vanskeligere med rehabiliteringsøvelser, og det er større behov for motivasjonsstøtte. Uten motivasjon kan de motstå å fullføre planlagte programmer, og rehabiliteringen blir dårligere.

### 1.3 Teoretisk grunnlag

#### 1.3.1 Hjerneslag

Hjerneslag er en samlebetegnelse på alle tilstander som medfører sirkulasjonsforstyrrelser i hjernen (Bertelsen, 2017, s. 325). Verdens helseorganisasjon definerer hjerneslag som «en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død» (WHO, sitert i Wergeland, et al., 2017, s. 304).

Hjerneslag er en svært alvorlig tilstand, som krever akutt behandling på sykehus.

Behandlingen bør skje fortst mulig, for å minske mulige utfall. Når hjernen ikke får blodtilførsel, får den heller ikke oksygen, og cellene vil dø (Helsebiblioteket, 2021).

Hjerneslag rammer 15 000 personer i Norge hvert år, og det er den tredje hyppigste årsaken, samt den vanligste årsaken til funksjonshemming i Norge (Wergeland, et al., 2017, s. 303).

Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, anbefaler at akutt slagrammede behandles på slagenheter i sykehus. Behandling andre steder vil svekke mulighetene for en vesentlig funksjonsbedring, og for overlevelse (Helsedirektoratet, 2021).

#### 1.3.2 Depresjon

I forbindelse med sykdom kan tristhet, motløshet og depresjon ofte oppstå i varierende grader. Når sinne vendes innover mot en selv, kan depresjon oppstå. Depresjon forekommer ofte etter tap av selvfølelse, kroppsfunksjon, verdi eller ved endring av utseende. Å være hjelpeløs og

avhengig av andre vil for eksempel kunne gi en dyp følelse av verdiløshet. Opplevelsen av at kroppens utseende og funksjon endrer seg som følge av sykdomsprosesser, kan være svært skremmende og deprimerende (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 193).

Tristhet og nedstemthet er normale reaksjoner på ulike tap, skuffelser og ikke minst vanskelige tap (Renolen, 2019, s. 192). Hjerneslag kan være et eksempel på en vanskelig og vond opplevelse. Dersom følelsene blir langvarige og intense, kan depresjon utvikle seg. En krise kan snu hele tilværelsen. Det påvirker stemningsleiet, og det er gjerne mange som føler seg overveldet av tanker og følelser, og en ser ingen løsninger eller muligheter. Hjelp til å strukturere og avgrense problemene kan være essensielt her (Renolen, 2019, s. 192).

### 1.3.3 Depresjon etter hjerneslag

Slagrammede kan få psykiske forandringer som følge av hjerneslag. Forandringene kan skyldes både skaden på hjernen, men også reaksjonen på det som har hendt. Et hjerneslag kan oppleves som en katastrofe, både for pasienten selv, men også for dens nærmeste. I akutfasen kan det være vanskelig å forstå hva som har hendt, og hvilke konsekvenser som vil medfølge. Pasienten befinner seg ofte i situasjoner hvor han/hun er hjelpeløs og derfor avhengig av andre. Mange opplever angst, forvirring og fortvilelse, og etter hvert som pasienten kommer seg, vil begrensningene som skyldes hjerneskadene, vise seg. Selv om pasienten bedrer funksjonsnivået sitt, vil mange innse at de må leve med en funksjonshemming. Mange blir dermed deprimerte. Dette kan ses som en del av en normal sorgreaksjon, og de kan trenge hjelp og støtte for å håndtere den nye livssituasjonen. Der depresjon fører til en betydelig nedsatt livskvalitet, eller bidrar til at pasienten mangler den treningsmotivasjonen som må til, kan legemiddelbehandling være aktuelt å vurdere (Wergeland, et al., 2017, s. 309).

Depresjon kan være organisk betinget, men oftest er det en del av en sorgreaksjon som pasienten selv må arbeide seg gjennom. Mange slagrammede opplever depresjon, og det medfører nedsatt rehabiliteringspotensialet. Depresjon kan oppstå både i akutfasen, og senere i forløpet (Wergeland, et al., 2017, s. 310).

### 1.3.4 Rehabiliteringsprosessen

Ifølge Helsedirektoratet (2017) betyr rehabilitering «å gjeninnsette i verdighet». I forskriften om habilitering og rehabilitering § 3 (2011), blir rehabilitering definert som en målrettet

samarbeidsprosess på ulike arenaer mellom pasient/bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved at de er både koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet med rehabiliteringen er at den enkelte pasient/bruker, som enten har eller som står i fare for å få begrensninger i sin kognitive, sosiale, fysiske eller psykiske funksjonsevne, skal få mulighet til å oppnå en best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i både utdanning og i arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3).

Rehabilitering av slagrammede pasienter begynner allerede i akutfasen når de legges inn på sykehuset, og fortsetter videre i de subakutte fasene. En målrettet trening bør starte så fort som mulig og ha både tilstrekkelig mengde og intensitet. Tidlig start av oppgaverelatert trening gir god effekt, trolig fordi hjernen er spesielt mottakelig for trening og læring i den første tiden etter en skade (Wergeland, et al., 2017, s. 315). Tidlig opptrening av lamme ekstremiteter og språktrening ved taleforstyrrelser medfører reduserte senskader, og øker sjansen for at den slagrammede skal kunne vende hjem og mestre hverdagens utfordringer (Bertelsen, 2017, s. 328). Det pasienten lærer, er avhengig av de bevegelseserfaringene han gjør. Trening i ulike situasjoner og miljøer gjør at bevegelsesmønstrene blir mer fleksible, og kan tilpasses varierende krav fra omgivelsene. Opptreningen bør bygge på et tett tverrfaglig samarbeid, med felles målsetting og med en funksjonell oppgaverelatert trening som den grunnleggende treningsmetoden (Wergeland, et al., 2017, s. 315).

Når pasientens kliniske tilstand har stabilisert seg, vil den videre rehabiliteringen oftest skje utenfor slagenhet i sykehus (Bertelsen, 2017, s. 328). De fleste pasientene skrives derfor ut til hjemmet etter behandling i slagenhet, men for de med alvorlige utfall eller funksjonssvikt, vil det være behov for videre opptrening i en spesialisert rehabiliteringsavdeling (Wergeland, et al., 2017, s. 315). Målet for rehabiliteringen er avhengig av omfanget på hjerneskaden, hva pasienten kunne før slaget og hva pasienten selv ønsker (Bertelsen, 2017, s. 328). Målene går som oftest ut på å bedre funksjonsevnen, gjenvinne tapte ferdigheter, og om nødvendig tilpasse seg en ny situasjon. Forholdene skal tilrettelegges best mulig for at pasienten skal få et godt liv. Rehabiliteringen må derfor være pasientsentrert, og basert på pasientens ønsker. Etter hjerneslag vil både lammelser, persepsjonssvikt, kognitive forstyrrelser og sensibilitetsutfall påvirke graden av funksjons- og mestringsevne. For at læringen skal være effektiv, kreves det forutsetninger som at pasienten er motivert og har en fokusert og selektiv oppmerksomhet. Dersom pasienten ikke forstår sammenhengen mellom treningsopplegget og

treningen av ferdigheter som nødvendig i dagliglivet, kan en ikke forvente at pasienten er motivert for opptreningen (Wergeland, et al., 2017, s. 315).

### 1.3.5 Sykepleiers rolle i rehabiliteringsprosessen

Sykepleier vil møte slagrammede pasienter i ulike faser av livet med sykdommen, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Hvordan sykepleier går frem for å hjelpe pasienten, avhenger av hjerneslagets utfall (Wergeland, et al., 2017, s. 303). Pasienten må selv være aktiv og medansvarlig om han skal bli bedre. Pasientens målsetting er avgjørende for at han og det tverrfaglige teamet arbeider i samme retning. Vellykket behandling og rehabilitering av hjerneslagpasienter krever samhandling mellom ulike helseprofesjoner. Sykepleiefaglig kompetanse innebærer derfor samhandlingskompetanse (Wergeland, et al., 2017, s. 304). Sykepleiere spiller en stor rolle i samhandlingen mellom ulike deler i helsetjenesten. Dette gjenspeiles også i rehabiliteringssykepleie. Sykepleier har et oversiktsbilde som bidrar til at samhandlingen rundt pasienten fungerer best mulig (Romsland, et al., 2015, s. 210).

Sykepleier har en fortolkende, støttende, integrerende og bevarende funksjon i sin utøvelse av sykepleie til slagrammede pasienter (Wergeland, et al., 2017, s. 304). Sykepleierens fortolkende funksjon er å hjelpe både pasient og pårørende, fra alt kaoset til å ha en større oversikt og klarhet i den nye livssituasjonen. Dette innebærer å hjelpe pasienten til å se hvilke ressurser og begrensninger han/hun selv har, i tillegg til å skape realistiske forventninger. Funksjonen innebærer også å hjelpe både pasient og pårørende til å se rehabiliteringsprosessen i et tids- og bedringsperspektiv. Sykepleierens støttende funksjon er å skape trygghet og tillit, og få pasienten til å opprettholde håp for å kunne forebygge depresjon. For at pasienten skal kunne oppleve mestring, er det essensielt at rehabiliteringen av pasienten innebærer å avpasse aktivitetene og øke utfordringene gradvis. Det er i tillegg behov for konstruktiv ros og oppmuntring. Den støttende funksjonen innebærer også naturligvis å støtte og ledsage pasient og pårørende gjennom den normale krisereaksjonen. Det er hensiktsmessig med støtte for at pasienten skal klare å styrke sitt eget selvbilde, sin egen verdighet og ikke minst integriteten. Det vil gjerne også være behov for hjelp og motivasjon til å opprettholde det sosiale nettverket. Sykepleierens integrerende funksjon skal hjelpe pasienten til å forstå hensikten med den døgnkontinuerlige behandlingen og behandlingsprinsippene, som skal tas inn i dagliglivets aktiviteter. Sykepleier skal fungere som pasientens talsperson, og bindeledd mellom profesjonene i behandlingkjeden. Den siste

funksjonen er den bevarende funksjonen, som skal ivareta pasientenes grunnleggende behov, samt bidra til at pasientens psykiske og fysiske energi opprettholdes. Det innebærer at man må skape en balanse mellom aktivitet og hvile, forebygge komplikasjoner, og gi pasienten helhetlig pleie og omsorg. Når pasienten opplever en livssituasjon preget av angst, forvirring og fortvilelse, kan det være utfordrende for sykepleier å ivareta alle disse funksjonene (Wergeland, et al., 2017, s. 304).

Sykepleier bidrar til at pasienter mestrer endringer og utfordringer i livet som rommer flere områder i personens liv. Det er viktig at sykepleier støtter arbeidet med å orientere seg i livet etter alvorlig skade eller sykdom, tilrettelegger for endrings- og læringsprosesser, og gir støtte til personens håp, livsmot og mening i tilværelsen. En av sykepleierens viktigste oppgaver, er å motivere pasientene. Et rehabiliterende miljø fremmer pasientens brukermedvirkning, samt tilrettelegging og stimulering til aktiviteter i dagliglivet. Kunnskap om funksjonshemming gir grunnlag for arbeidet og bidrar til forståelse for rehabiliteringssykepleierens rolle i samhandlingen mellom aktører utenfor helsetjenesten. Eksempler på aktører kan være bidragsytere i prosessen tilbake til arbeidsliv, fellesskap, aktivitet og tilhørighet i lokalsamfunnet (Romsland, et al., 2015, s. 34).

### 1.3.6 Salutogenese

God helse kjennetegnes av høy mestringsevne. Faktorer som virker inn på mestring må være mulige å identifisere, for at perspektivet på helse skal være fruktbart og nyttig. *Mestring* er «summen av indre energi/ressurser og handlingsevne, og dreier seg om hvordan mennesker møter belastende livssituasjoner for å gjenfinne meningen i livet, samt kontrollere og tolerere de belastningene en utsettes for». Mestring omhandler tanker, følelser og atferd, og innebærer hva vi foretar oss i møte med psykisk stress (Haugan & Rannestad, 2020, s. 142).

Helsepersonell har som oppgave å understøtte og styrke faktorer som er avgjørende for valget av helsefremmende atferd i vanskelige livssituasjoner. Dette innebærer da at helsepersonell klarer å identifisere disse faktorene. Et eksempel på en slik faktor er momentet «Opplevelse av sammenheng» fra den salutogene teorien. Sykepleiers rolle med å styrke pasientenes mestringstro og tillit til egne ferdigheter er svært viktig. Det er viktig at pasientene har motivasjon og tro på at anstrengelse er nyttig. For å gjennomføre livsstilsendringer, er det avgjørende at sykepleiere bidrar til utvikling av pasientenes handlingskompetanse og konkrete ferdigheter (Kristoffersen, 2017, s. 302).

Aaron Antonovsky utviklet en salutogen teori, som gir oss en beskrivelse av hvordan mestring kan skapes via begrepet «opplevelse av sammenheng». Teorien presenterer et nytt perspektiv på velvære ved å rette oppmerksomheten mot det å fremme menneskets aktive evne til tilpasning til stressfulle indre og ytre omgivelser (Antonovsky, 1979, sitert i Langeland, 2020, s. 157). Antonovsky definerer begrepet «opplevelse av sammenheng» (OAS) slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i (Antonovsky, 2018, s. 41).

Det salutogene perspektivet retter oppmerksomheten mot faktorer som fremmer bevegelse i retning av helseenden av kontinuumet. Dette står i motsetning til patogenese. Disse faktorene er ofte forskjellige, og man beveger seg ikke i retning av denne enden bare ved å ha en risikofaktor. I stressforskningen blir dette lettest forklart ved å sammenlikne søkelyset på stressfaktorer med interessen for mestringsmekanismer. Men selv på dette området, er det vanlig å spørre hvordan man mestrer en gitt stressfaktor, istedenfor å se hvilke faktorer som både fungerer som buffere og som er direkte helsebringende (Antonovsky, 2018, s. 30). Den grunnleggende forutsetningen for det salutogene perspektivet, er at heterostase, aldring og økende entropi alle er iboende trekk ved alle levende organismer (Antonovsky, 2018, s. 35). Den dikotome klassifiseringen av mennesker som enten er friske eller syke, blir i det salutogene perspektivet avvist. Oppmerksomheten blir heller rettet mot et flerdimensjonalt kontinuum mellom helse og uhelse (Antonovsky, 2018, s. 36). Antonovsky mener (2018, s. 37) at om vi er våkne for realitetene, ligger veien åpen for å øke forståelse av mestring.

Teorien er med på å identifisere generelle motstandsressurser, som kan fremme mestringen av spenning i krevende situasjoner. Motstandsressursene er viktige fordi de er med på å skape livsopplevelser som bidrar til å utvikle og bevare en sterk OAS (Antonovsky, 2018, s. 140). Antonovskys hypotese er at en person som har sterk OAS, vil kunne definere stimuli som en ikke-stressfaktor, og at denne personen på den måten automatisk vil kunne tilpasse seg ulike krav i hverdagen. En person med svak OAS, vil derimot oppleve spenning som kan forvandles til stress (Antonovsky, 2018, s. 143).

Kunnskap om OAS kan hjelpe sykepleiere til å bli oppmerksom på hvordan pasienten begriper, håndterer og finner mening i sin situasjon. Bruk av Antonovskys konkrete spørsmål i det salutogene perspektivet, kan være et hjelpemiddel for sykepleiere, og kan fungere som døråpnere i møte med pasientens opplevelse av sin livssituasjon på sykehuset. En forutsetning er at sykepleiere prioriterer oppmerksomhet overfor pasientens opplevelser, tanker, følelser og ressurser i den tiden man er sammen med pasienten i løpet av sykehusinnleggelsen (Drageset, et al., 2017, s. 301).

#### 1.4 Oppgavens formål

Målet med oppgaven er å øke kompetansen min rundt depresjon etter hjerneslag, og for at jeg som sykepleier skal kunne være en god ressursperson for pasienter som rammes av hjerneslag. Hensikten med oppgaven er å belyse hvor viktig det er for helsepersonell å avdekke depresjon tidligst mulig for å kunne redusere konsekvensene depresjon kan gi i hverdagen, og for at de slagrammede skal kunne få en økt følelse av mestring i rehabiliteringsfasen. Hjerneslag som ung kan være tungt, og om en utvikler depressive symptomer etter slaget, kan rehabiliteringen bli vanskeligere. Det kan i tillegg bli vanskeligere å komme seg tilbake i jobb, noe som igjen kan føre til nedsatt motivasjon og forverring av depressive symptomer.

#### 1.5 Problemstilling

*Hvordan avdekke depressive symptomer for å styrke mestring i rehabiliteringsprosessen hos nylig slagrammede pasienter i sykehus?*

#### 1.6 Avgrensning og presisering av problemstilling

For å presisere og avgrense mer, ønsker jeg å ta for meg yrkesaktive voksne som nylig har gjennomgått hjerneslag.

#### 1.7 Valg av metode

Fremgangsmåten jeg har valgt å bruke i bacheloroppgaven min, er litteraturstudie. Det vil si at jeg samler inn data fra andre sin forskning, og bruker denne i min oppgave.

## 2.0 Metode

Metoden jeg skal bruke i bacheloroppgaven min er litteraturstudie. Ifølge Vilhelm Aubert (Aubert, 1985, sitert i Dalland, 2020, s. 53) er metode «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap». En metode forteller oss om hvordan vi bør gå fremover for å hente inn og/eller etterprøve kunnskapen. For å få frem ny kunnskap og etterprøve i hvilken grad de er sanne, gyldige eller holdbare, er det behov for ulike metoder (Dalland, 2020, s. 53) Metode er redskapet vårt i møte med det vi vil undersøke, og det hjelper oss å samle inn den dataen vi trenger (Dalland, 2020, s. 54) Databaser jeg bruker for å søke etter vitenskapelige artikler, er SveMed, Cinahl, Medline, Sykepleien og PubMed. For å samle inn ulike data, og for å diskutere og drøfte problemstillingen min, skal jeg ta i bruk ulike studier som både er kvalitative, kvantitative og randomisert kontrollert. I en kvantitativ studie blir dataene gitt i form av målbare enheter, mens det i en kvalitativ studie tas sikte på å fange opp meninger og opplevelser, som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2020, s. 54). Randomisert kontrollerte studier er sentrale i studier hvor man vil studere effekten av kliniske intervensjoner (Dalland, 2020, s. 219). Blant kvantitative studier, skal jeg ta i bruk noe som kalles tverrsnittstudier. En tverrsnittstudie er ifølge helsebiblioteket (2016) en studie som samler inn informasjon på en planlagt måte i en definert populasjon på et gitt tidspunkt.

### 2.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie vil si at man baserer oppgaven sin på tidligere teorier hvor data består av dokumenter og andre tekster (Persson, 2022, s. 21). Litteraturstudie går under metoden litteraturgjennomgang, som er en systematisk gjennomgang av eksisterende forskning innenfor et spesifikt tema eller fagfelt (Persson, 2022, s. 13). Det er slik jeg vil gå frem for å besvare problemstillingen min. Litteraturstudier kan gjøres på ulike måter. Det finnes ingen fast metodemal. Ambisjonen må være å ha en gjennomgående god struktur i både gjennomføring og i rapportering. Det er imidlertid et par krav som må være oppfylt for at det skal gjelde som litteraturstudie. Disse kravene er; problemstilling og formål, gjennomgang, analyse og diskusjon av materialet, samt en rapport (Christoffersen et al., 2015, s. 63). Det jeg har gjort for å besvare problemstillingen min, er å samle inn data fra andre sin forskning, analysert denne dataen, for å så drøfte den opp imot problemstillingen, samt teori og teoretisk perspektiv.



## 2.2 Litteratursøk

For å finne relevante vitenskapelige artikler til bacheloroppgaven min, har jeg gjort systematiske søk i ulike databaser. Jeg har brukt databasene SveMed, Cinahl og Medline. I tillegg har jeg gjort håndsøk på nettsiden Sykepleien og PubMed, samt sekundærsøk fra andre artikler for å finne relevante vitenskapelige artikler, samt annen viktig informasjon (Tabell 2). For å gjøre problemstillingen tydelig og presis, har jeg brukt PICO-skjema for å gjøre søket litt enklere (Tabell 1). PICO er et verktøy som gir en bedre struktur og som klargjør spørsmålet for litteratursøket (Helsebiblioteket, 2016). Søkeord jeg har benyttet meg av er hjerneslag, depression, stroke, stroke patients, stroke rehabilitation, quality of life, coping og salutogenese. Jeg har brukt søkeordene sammen for å avgrense søkene mine, slik at jeg får treff på relevante artikler til problemstillingen min.

Tabell 1: PICO-skjema

		Problemstilling:	Søkeord:
<b>P:</b>	Population/problem	Avdekke depressive symptomer hos nylig slagrammede pasienter	- Hjerneslag, stroke - Depression
<b>I:</b>	Phenomenon of Interest	Styrke mestring i rehabiliteringsprosessen	- Coping - Stroke rehabilitation - Salutogenese - Quality of life
<b>Co:</b>	Context	I sykehus	- Hospital

Ettersom jeg har fått oppi 200 treff på noen av søkene mine, har jeg måttet ekskludere mange artikler. Dette har jeg gjort ved å hovedsakelig lese overskriftene. Jeg har valgt å ha søkelys på sykepleiere og pasienter i sykehus, artikler som har omhandlet andre helseinstitusjoner har jeg derfor valgt bort. Blant artikler med relevant overskrift, har jeg lest sammendrag, og valgt ut dem som passer best til min problemstilling. Alle fagartikler, rapporter, kommentarer og nyheter har jeg også valgt bort (Vedlegg 1).

Tabell 2: Oversikt over litteratursøk

Database/ dato for søk	Spesifikasjoner i databasen	Søkeord	Resultater	Ekskludert	Inkludert	Valgt artikkel	Metode/design
Sykepleie n 30.11.21	Artikkeltype: forskning  Språk: norsk	Hjerneslag	36	35	1	«Å leve med depresjon etter hjerneslag»  Kouwenhoven & Kirkevold (2013)	Kvalitativ studie, og har et longitudinelt, deskriptivt design
SveMed 13.12.21	Årstall: 2014- 2019  Språk: engelsk	Depression AND stroke	231	230	1	«Faktorer som har sammenheng med fatigue etter hjerneslag»  Linnerud & Bragstad (2019)	Kvantitativ studie, og er en tverrsnittstudie
Cinahl 04.03.22	Årstall: 2012- 2022  Språk: engelsk	Stroke OR stroke patients AND depression AND hospital	188	187	1	«Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers»  McCurley et al. (2019)	Kvalitativ studie
Medline 08.03.22	Årstall: 2012- 2022  Språk: engelsk	Stroke OR stroke rehabilitatio n AND depression AND quality of life	234	233	1	«A Prediction model of Health-related quality of life in young adult patients with stroke»  Yoon et al. (2020)	Kvantitativ studie, og er en tverrsnittstudie
Cinahl 21.03.22	Årstall: 2012- 2022  Språk: engelsk	Coping OR salutogenes e AND stroke patients	80	79	1	«Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6-8 months after mild stroke»  Taule & Råheim (2014)	Kvalitativ studie
Sekundær søk i PubMed 30.03.22		Effect on anxiety and depression of a multifactori al risk factor intervention program after stroke and TIA: a randomized controlled trial	1	0	1	«Effect on anxiety and depression of a multifactorial risk factor intervention program after stroke and TIA: a randomized controlled trial»  Ihle-Hansen et al. (2013)	Randomisert kontrollert studie (RCT)

## 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk vil si at man vurderer og karakteriserer litteraturen man har funnet (Dalland, 2020, s. 152), og deretter bruker kildene på en informert og reflektert måte. Kildene må vurderes, tolkes og analyseres ut fra kriteriene; autentisitet, troverdighet, representativitet og tolkning (Christoffersen, et al., 2015, s. 60-61). Hensikten med å være kritisk, er at leseren skal kunne ta del i refleksjonene som er gjort om litteraturens relevans og gyldighet, når det kommer til å belyse problemstillingen (Dalland, 2020, s. 152).

### 2.3.1 Kritisk vurdering av vitenskapelige artikler

Når jeg har søkt i databaser for å finne forskning, har jeg avgrenset søket til forskning siste 10 årene for å unngå eldre forskning. Forskning oppdateres, og eldre artikler vil dermed ikke være like pålitelige. Pålitelige kilder må inneholde relevant og oppdatert kunnskap. I bacheloroppgaven min har jeg tatt med seks vitenskapelige artikler, hvor noen av dem er kvantitative og noen er kvalitative. Jeg har også tatt med en artikkel som går under randomisert kontrollert studie. Når jeg har vurdert de ulike artiklene, har jeg brukt Helsebiblioteket (2016) sine sjekklister (Vedlegg 2). Flere av artiklene jeg har valgt å ta med, er på engelsk. Det vil si at jeg har måttet oversette dem til norsk, som er mitt morsmål. Dette kan være en svakhet, da det kan ha skjedd feil underveis i oversettingen av artiklene.

### 2.3.2 Forskningsetikk

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet, og å sikre at de som deltar i forskningen ikke blir påført skader eller unødvendige belastninger (Dalland, 2020, s. 168). Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helse, har utarbeidet retningslinjer og veiledere (Christoffersen, et al., 2015, s. 45). Forskerne må ivareta de forskningsetiske prinsippene som særlig dreier seg om informantens selvbestemmelsesrett og autonomi, forskernes plikt til å respektere informantenes privatliv, og ansvaret for å unngå skade. Alle personer som deltar i en undersøkelse, må gi samtykke (Christoffersen, et al., 2015, s. 51). Ifølge Helseforskningsloven § 13 (2008) kreves det samtykke fra alle deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning, med mindre annet følger av lov. Med samtykke menes det at enhver deltaker frivillig må ha gitt en tydelig bekreftelse på samtykke til behandling av helseopplysninger eller humant biologisk materiale (Helseforskningsloven, 2008, § 13). All informasjon som forsker samler inn, skal være taushetsbelagt, og det skal presenteres i anonymisert form (Christoffersen, et al., 2015, s. 51).

Alle som holder på med forskning innen helsefag, må gjøre dette forsvarlig (Christoffersen, et al., 2015, s. 43). I Helsinki 1964 ble det utarbeidet en deklarasjon av Verdens legeforening, som fikk navnet Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014). Deklarasjonen inneholder veiledende regler for helsepersonell som arbeider med studier som omfatter mennesker. Formålet er å beskytte pasientene som deltar, mot farer som kan følges av forskningen, og det informerte samtykke står svært sentralt (Christoffersen, et al., 2015, s. 43).

Det er blitt inkludert forskningsetisk hensyn i de fleste vitenskapelige artiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven min. Artikkelen til McCurley et al. (2019) er godkjent av Institutional Review Board ethics Committee, mens artiklene til Taule og Råheim (2014), Linnerud og Bragstad (2019), Ihle-Hansen et al. (2013) og Kouwenhoven og Kirkevold (2013), er godkjent av Regional Etisk Komité. Artikkelen til Kouwenhoven og Kirkevold (2013) er i tillegg godkjent av Privat ombudsmann for forskning ved Oslo universitetssykehus. Jeg kunne ikke finne noe om godkjennelse av etisk komité i artikkelen til Yoon et al (2020), men har likevel valgt å bruke den, da den har mye nyttig informasjon.

Jeg viser til etikk i bacheloroppgaven min ved at jeg skriver selvstendig, og refererer til litteratur ved å bruke referansestilen APA 7th. På den måten har jeg en klar og tydelig kildehenvisning, og unngår plagiat fra andre.

## 3.0 Resultater

I dette kapitlet blir de brukte vitenskapelige artiklene kort presentert, og deretter kommer det en samlet analyse av resultatene.

### 3.1 Presentasjon av vitenskapelige artikler

#### 3.1.1 «Å leve med depresjon etter hjerneslag»

Denne kvalitative studien (tabell 1) tar for seg en studie om forløpet for depresjon fra akutfasen og til 18 måneder etter hjerneslag hos ni informanter. Ifølge artikkelen er depresjon et svært utbredt og alvorlig fenomen etter gjennomgått hjerneslag, og en endret livssituasjon kan påvirke hvordan depresjonen utvikler seg. Artikkelen forklarer to hovedmodeller for årsaker til depresjon etter hjerneslag; det kan skyldes hjerneskaden, dens plassering og omfang, men kan også skyldes en psykososial reaksjon på de store endringene etter et slag.

Depressive symptomer og konsekvensene som medfølger hjerneslaget, er vevd sammen og kan derfor være vanskelige å skille. Det blir konkludert med at det er viktig at sykepleier gjenkjenner og tar tak i disse depressive symptomene, både i akuttfasen og senere i slagforløpet (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Ettersom artikkelen også tar for seg ulike konsekvenser for depresjon, og om det å leve med depresjon etter gjennomgått hjerneslag, vurderer jeg at den kan være relevant for min bacheloroppgave.

### 3.1.2 «Faktorer som har sammenheng med fatigue etter hjerneslag»

Denne kvantitative studien (tabell 1) har 321 informanter, og er en studie om ulike faktorer som øker oddsen for å få fatigue etter gjennomgått hjerneslag. Ifølge artikkelen er depresjon en av disse risikofaktorene. Pasienter som rapporterte om depresjon 4 – 6 uker etter gjennomgått hjerneslag, hadde fire ganger så høy odds for å få fatigue, enn de som ikke rapporterte om depresjon. Om en har utviklet depresjon etter et hjerneslag, vil en da være ekstra mottakelig for fatigue, og omvendt. Fatigue er et fremtredende symptom som rammer flere slagrammede pasienter, og karakteriseres som tretthet, utmattelse og redusert energikapasitet og assosieres ofte med nedsatt livskvalitet (Linnerud & Bragstad, 2019). Studien er relevant for bacheloroppgaven min, da den handler om depresjon og fatigue etter hjerneslag. Utmattelse og depresjon vil være med på å redusere livskvaliteten, noe som igjen vil gjøre rehabiliteringen tregere, og det blir gjerne vanskeligere å komme tilbake i jobb.

### 3.1.3 «Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers»

Denne kvalitative studien (tabell 1) går ut på at kronisk emosjonell lidelse er vanlig etter gjennomgått hjerneslag. Totalt var det 39 informanter, 24 pasienter og 15 intensivsykepleiere. Det ble målt slagoverleveres, omsorgspersoners og nevrokriske omsorgssykepleieres syn på primære årsaker til lidelse under slagopplevelsen, samt behov og preferanser for strukturen, temaene, leveringsmåten og tidspunktet for intervensjon for å fremme emosjonell bedring. Utfordringer og virkninger av hjerneslaget som oftest ble rapportert var; usikkerhet om fremtidig helse, negative følelser og frykt for tilbakevendende slag. Det ble i studien konkludert med at dyader og sykepleiere var enige om at motstandsdyktighet som blant annet oppmerksomhet/fokusering på nåtiden, problemløsning, takknemlighet/optimisme, egenomsorg og å utvikle et støttende team av familie, venner og medisinsk personell, er fordelaktig for å optimalisere restitusjon. Dette vil ha betydning for rehabiliteringen

(McCurley, et al., 2019). På grunn av dette mener jeg at studien vil være relevant for bacheloroppgaven min.

#### 3.1.4 «A Prediction model of Health-related quality of life in young adult patients with stroke»

Denne kvantitative studien (tabell 1) tok utgangspunkt i 237 informanter, og hadde som mål å etablere og teste en prediktiv modell for å forklare den helselaterte livskvaliteten til de unge voksne med gjennomgått hjerneslag. Individuelle egenskaper, sosial støtte, biologiske og fysiologiske variabler, emosjonelle og kognitive symptomer, generell helseoppfatning og den fysiske funksjonen kan henge sammen, og direkte eller indirekte påvirke den helselaterte livskvaliteten til unge voksne pasienter med gjennomgått hjerneslag. Variabler som alvorlighetsgraden av hjerneslaget, sosial støtte, frykt for tilbakevendende hjerneslag, fysisk funksjonshemming og generelle helseoppfatninger påvirker den helselaterte livskvaliteten hos unge voksne pasienter med gjennomgått hjerneslag. En rekke fysiske, psykologiske, funksjonelle og sosiale faktorer knyttet til helselatert livskvalitet bør derfor systematisk overvåkes (Yoon, et al., 2020). Jeg mener derfor at denne forskningsartikkelen vil være relevant for min oppgave.

#### 3.1.5 «Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6-8 months after mild stroke»

Denne kvalitative studien (tabell 1) har som formål å utforske erfaringer fra mildt slagrammede i sammenheng med tidlig støttet utskrivelse fra sykehus. Det ble hentet informasjon fra 9 informanter. Studien konkluderte med at rehabilitering av mildt slag bør ha større fokus på de grunnleggende bekymringene knyttet til selvopplevd helse, selvoppfatning og kropp. Disse dimensjonene ser ut til å påvirke og komplisere daglige aktiviteter, samt nære relasjoner. De bør derfor være sentralt i rehabiliteringen. Det kommer frem at det er essensielt at fagpersoner bør være oppmerksomme på pasienter som opplever en usikker situasjon og uløste rehabiliteringsbehov, da dette fortsatt kan være til stede 6-8 måneder etter hjerneslaget (Taule & Råheim, 2014). Det er derfor viktig at sykepleiere klarer å se hvilke behov pasientene har før de blir utskrevet fra sykehuset, slik at rehabiliteringen blir best mulig. Bekymringer knyttet til sin egen helse og kropp, samt deres mestringsevne, kan påvirke rehabiliteringsprosessen, og jeg mener derfor at denne artikkelen vil være relevant for min oppgave.

### 3.1.6 «Effect on anxiety and depression of a multifactorial risk factor intervention program after stroke and TIA: a randomized controlled trial»

Denne randomisert kontrollerte studien (tabell 1) hadde som mål å undersøke om et multifaktorielt risikofaktorintervensjonsprogram hos førstegangs slagrammede eller forbigående iskemisk angrep (TIA) kan påvirke post-slagsangst og depressive symptomer hos pasienter 1 år etter hjerneslag. 195 informanter ble inkludert, og resultatene tyder på at en strukturert, tverrfaglig og teambasert oppfølging, inkludert pasientopplæring og intensiv behandling av vaskulær risikofaktor, kan resultere i en lavere prevalens av depresjon. Emosjonelle endringer etter hjerneslag har stor innvirkning på livskvaliteten, og påvirker hvordan pasienten tilpasser seg og mestrer funksjonshemminger og andre utfordringer forårsaket av slaget. Ifølge studien er det mange som rapporterer om depresjon innen 1 år etter hjerneslaget, men det er i akutfasen det er høyest risiko for å utvikle depressive symptomer. Tidlig identifisering av depressive symptomer er derfor svært viktig, og en tidlig behandling og forebygging er essensielt for å bedre rehabiliteringen (Ihle-Hansen, et al., 2013). På grunn av dette, vurderer jeg artikkelen som relevant for min oppgave.

## 3.2 Samlet analyse av resultater

I artikkel 1 og 2, presentert i kapittel 3.1, kan vi se hvor mye hverdagen kan påvirkes av depresjon (Kouwenhoven og Kirkevold, 2013 og Linnerud og Bragstad, 2019). I artikkel 1, blir det konkludert med at depressive symptomer etter hjerneslag er et mangesidig fenomen, og det er svært hensiktsmessig at sykepleier klarer å gjenkjenne disse symptomene (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Artikkel 2 beskriver fire faktorer som forårsaker tretthet og utmattelse etter hjerneslag. Depresjon er en av dem. Det blir konkludert med at sykepleiere bør ha kunnskap om post-stroke fatigue (PSF), da dette er avgjørende for å kunne identifisere og kartlegge symptomer, og for at pasientene skal få en best mulig oppfølging i rehabiliteringsprosessen (Linnerud & Bragstad, 2019). Artikkel 3 handler om at det er vanlig med emosjonell lidelse etter hjerneslag. Det ble blant annet rapportert om usikkerhet om fremtidig helse, samt frykt for tilbakevendende slag. I studien ble det konkludert med at motstandsdyktighet som for eksempel fokus på nåtiden, problemløsning, optimisme, egenomsorg og støtte fra andre har betydning for restitusjonen og rehabiliteringen (McCurley, et al., 2019). Artikkel 4 og 6 tar for seg hvordan emosjonelle plager påvirker livskvaliteten, samt hvordan slagrammede tilpasser seg og mestrer den nye hverdagen (Yoon, et al., 2020 og

Ihle-Hansen, et al., 2013). Artikkelen 5 handler mer om rehabilitering og mestringsevne. Det ble konkludert med at grunnleggende bekymringer knyttet til selvpålevd helse, selvpåfatning og kropp bør få større oppmerksomhet, da dette påvirker mestringsfølelsen og dermed effekten av rehabiliteringsprosessen (Taule & Råheim, 2014).

## 4.0 Drøfting

I dette kapitlet skal problemstillingen «*Hvordan avdekke depressive symptomer for å styrke mestring i rehabiliteringsprosessen hos nylig slagrammede pasienter i sykehus?*» drøftes opp mot de vitenskapelige artiklene som er blitt nevnt ovenfor, teori og teoretisk perspektiv. Følgende tema blir drøftet; tidlig identifisering og kartlegging av depressive symptomer, mestring av rehabiliteringsprosessen og sykepleiers rolle i rehabiliteringsprosessen.

### 4.1 Tidlig identifisering og kartlegging av depressive symptomer

For å kunne tilrettelegge for en økt mestring av rehabiliteringsprosessen hos slagrammede, er det essensielt at sykepleier klarer å fange opp symptomer på depresjon tidlig. Depresjon kan påvirke mye for den videre rehabiliteringen, uten at man egentlig tenker på det. Studier viser at mange slagrammede pasienter har rapportert om betydelig følelsesmessige plager, som depresjon og angst etter gjennomgått hjerneslag. Flere slagrammede har rapportert at depresjon er assosiert med blant annet langsommere rehabilitering, høyere dødelighet og et større behov for mer omsorgshjelp (McCurley, et al., 2019, s. 582). Kirkevold og Kouwenhoven (2013, s. 336) skriver at depresjon også kan medføre økt sykehusopphold, økt funksjonshemming og redusert sosial kontakt, samt vansker med å komme tilbake i arbeid. Likevel er det ikke alltid så stort fokus på det psykiske i akuttfasen. I studien til Taule og Råheim (2014, s. 2118) blir det beskrevet at grunnleggende bekymringer knyttet til egen oppfatning av helse og kropp bør få et større fokus, da det kompliserer deltakernes daglige aktiviteter og nære relasjoner. Det tyder på en usikker situasjon (Taule & Råheim, 2014, s. 2118), som trolig vil redusere slagpasientenes motivasjon og mestringsfølelse.

Men hvordan kan sykepleier fange opp depressive symptomer hos slagrammede? Ifølge Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 340), anbefaler både forskningslitteraturen og nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, en jevnlig kartlegging av depresjonssymptomer etter slag. På den ene siden finnes det flere verktøy for å kartlegge



depresjon. Eksempler på slike verktøy er; MADRS, HADS og GDS. På den andre siden er det ingen kartleggingsverktøy for depresjon som er egnet for slagrammede. Samtale om hvordan den slagrammede erfarer sine symptomer og sin situasjon, vil derfor være et svært viktig supplement (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 340). Dialog med pasienten kan gi oss mye nyttig informasjon, i tillegg til at det gir oss sjansen til å observere grundig. Dette vil også være nødvendig for å kunne identifisere og kartlegge depressive symptomer.

Tidlig identifisering vil være viktig for å kunne sette i gang med forebyggende tiltak, samt eventuelle behandlingstiltak for å redusere de depressive symptomene hos slagrammede pasienter. Dette støttes opp av både Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 341), Yoon et al. (2020, s. 2031) og McCurley et al. (2019, s. 582). Depresjon etter hjerneslag er ifølge Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 341) et mangesidig fenomen, som kan medføre alvorlige konsekvenser. Det er derfor svært essensielt at sykepleiere gjenkjenner og tar tak i de depressive symptomene hos slagrammede. Livssituasjon, grad av nedsatt funksjon, samt sosial kontekst kan påvirke hvordan depresjonen endrer seg over tid, og kunnskap om at depresjon kan oppstå både i akutfasen og senere i slagforløpet, er derfor viktig hos sykepleiere. I studien til Ihle-Hansen et al. (2013, s. 543) kommer det frem at risikoen for å utvikle depresjon etter hjerneslag er størst i akutfasen, noe som betyr at depresjon også kan utvikles senere i forløpet.

#### 4.2 Mestring av rehabiliteringsprosessen

Rehabiliteringsprosessen etter hjerneslag kan påvirkes av mye. At sykepleier klarer å avdekke depressive symptomer, vil være svært hensiktsmessig for økt mestring av rehabiliteringsprosessen. Generell helseoppfatning har en direkte effekt på den helserelaterte livskvaliteten hos unge voksne slagpasienter. Positiv oppfatning av egen helse bidrar til økt livskvalitet, og reduserer trolig sjansen for utvikling av depresjon (Yoon, et al., 2020, s. 2032). Det er imidlertid ikke alltid like lett å holde en positiv helseoppfatning av seg selv. Det viser seg at livskvaliteten lar seg påvirke av depresjon ved å indirekte formidle generell helseoppfatning, i form av å forvrengte personlig disposisjon, tenkning og oppfatninger. Det er derfor nødvendig at sykepleiere klarer å gjenkjenne symptomene på depresjon hos slagpasienter (Yoon, et al., 2020, s. 2032). Men hvordan bidrar man til at pasientene får en positiv oppfatning av egen helse? Det finnes ulike strategier for å fremme den generelle helseoppfatningen, som tar hensyn til både den fysiske restitusjonen og pasientens mentale

helse i rehabiliteringsprosessen. Disse strategiene vil være en effektiv intervensjon for å bedre den helserelaterte livskvaliteten hos unge voksne slagpasienter (Yoon, et al., 2020, s. 2032). At pasientene ser positivt på sin egen situasjon, og forstår hva som skjer, gjør at de trolig føler på mestring underveis i rehabiliteringen. Forståelighet blir ifølge Taule og Råheim (2014, s. 2117) sett på som et svært sentralt aspekt for mestring i den salutogene teorien. Antonovsky (2018, s. 37) mener at om vi er våkne for realitetene, ligger veien åpen for å øke forståelse av mestring. Men når det gjelder forståelse av egen situasjon, krever det først og fremst at helsepersonell gir god informasjon, opparbeider tillit og forsøker å gjenvinne håp hos pasienten. Videre vil dette være med på å forebygge depresjon, og tilrettelegge for mestringsfølelse i rehabiliteringsprosessen (Wergeland, et al., 2017, s. 304).

Helsepersonell har ifølge Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 341) ofte et biomedisinsk perspektiv i slagrehabiliteringen. Dette perspektivet retter seg mot organisering, kartlegging og tilrettelegging av rehabiliteringsaktiviteter. I motsetning til helsepersonellet, har de slagrammede ofte et bredere perspektiv, som rommer både det biomedisinske, det sosiale og det psykiske. Shapiro referert i Kouwenhoven og Kirkevold (2013, s. 341) fremhever at slagrammede er svært avhengig av helsepersonell, ikke bare for det helsepersonell gjør, men at de er avhengig av hva de sier, hva slags informasjon de gir og ikke gir, samt hva slags holdninger de har. Dette er svært viktige elementer for pasientens erfaringsperspektiv, og hvordan den slagrammede ser på seg selv og den situasjonen han/hun er i. Det er i tillegg med på å skape mer mening, forventninger og motivasjon (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013, s. 341).

Etter gjennomgått hjerneslag er ofte trettbarheten sterkt økt (Wergeland, et al., 2017, s. 315). Fatigue er noe som ofte forekommer etter hjerneslag, og gir en sterkt redusert energikapasitet (Linnerud & Bragstad, 2019, s. 2). Post-stroke fatigue (PSF) assosieres med nedsatt livskvalitet, redusert grad av opplevd mestring, redusert mulighet til å utføre daglige gjøremål, samt tap av kontroll i livet (Linnerud & Bragstad, 2019, s. 2). Disse tegnene kan minnes om en depresjon, ettersom depresjon ofte forekommer etter tap av selvfølelse, kroppsfunksjon, eller det å være hjelpeløs og avhengig av andre (Kristoffersen & Breivne, 2017, s. 193). Det kjennetegnes hovedsakelig av motløshet og nedstemthet (Renolen, 2019, s. 192). Depresjon er sterkt assosiert med PSF, og i studien til Linnerud og Bragstad (2019, s. 11) kommer det frem at pasienter som rapporterte om depresjon 4-6 uker etter slaget, hadde også over fire ganger så høy odds for å rapportere om PSF, sammenliknet med pasienter som

ikke rapporterte om depresjon. Fatigue kjennetegnes av reduserte muligheter til å utføre daglige gjøremål, noe som igjen kan medføre depresjon og en redusert livskvalitet (Linnerud & Bragstad, 2019, s. 14). Dette vil trolig påvirke rehabiliteringsprosessen, ettersom den slagrammede ofte har en redusert energikapasitet. Et tilrettelagt rehabiliterende miljø, vil fremme pasientenes brukermedvirkning, samt tilrettelegging og stimulering til aktiviteter i dagliglivet (Romsland, et al., 2015, s. 34). På den ene siden vil fokusering av oppmerksomheter være en aktiv prosess som kan være meget anstrengende, og det vil derfor være gunstig med korte, gjentatte treningsøkter gjennom dagen (Wergeland, et al., 2017, s. 315). På en annen side er det essensielt at pasientens rehabilitering innebærer å avpasse aktivitetene og øke utfordringene gradvis for at pasienten skal kunne oppleve mestring. Videre vil det være behov for konstruktiv ros og oppmuntring (Wergeland, et al., 2017, s. 304). Uten dette vil det trolig være demotiverende, og ifølge Taule og Råheim (2014, s. 2117) kreves det motivasjon for en bedring hos pasienten. De skriver i sin studie at motivasjon er grunnlaget for all mestring (Taule & Råheim, 2014, s. 2117). Dette støttes opp av Wergeland et al. (2017, s. 315).

Tidlig identifisering av depressive symptomer vil kunne gi riktig behandling og forebygging for å bedre rehabiliteringen av hjerneslag, og minimere risikoen for langvarig følelsesmessig stress. Det vil være hensiktsmessig med utdanning og informasjon fra et tverrfaglig team, som kan bidra til mer realistiske forventninger hos pasienten (Ihle-Hansen, et al., 2013, s. 543), samt bedre kontroll over situasjonen. Dette vil medføre til en bedre psykisk helse og bedre utfallet av hjerneslaget (Ihle-Hansen, et al., 2013, s. 544). Formålet med rehabiliteringen er jo at pasientene skal få muligheten til å oppnå en best mulig funksjons- og mestringsevne, samt selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3). Ved å ta i bruk den salutogene tilnærmingen til Antonovsky, kan man se i hvilken grad pasientenes tanker, følelser, holdninger, handlinger og kroppsbaserte opplevelser virker forståelige, håndterbare eller utfordrende innenfor de tilgjengelige ressursene (Taule & Råheim, 2014, s. 2111) .

#### 4.3 Sykepleiers rolle i rehabiliteringsprosessen

Sykepleier spiller en stor rolle i det tverrfaglige behandlingsteamet. Dette skyldes at sykepleier er til stede gjennom hele døgnet, i motsetning til andre profesjoner. Det er sykepleier som observerer vitale funksjoner jevnlig, samt ivaretar pasientenes grunnleggende

behov (Wergeland, et al., 2017, s. 314). I tillegg er sykepleier den som har oversiktsbilde av pasientene, noe som bidrar til at samhandlingen rundt pasienten fungerer best mulig (Romsland, et al., 2015, s. 210). Dette er avgjørende for pasientens behandlingsresultat (Wergeland, et al., 2017, s. 314), og det vil trolig gjøre det lettere å tilrettelegge for økt mestring av rehabiliteringsprosessen. Det vil imidlertid være vanskelig å avdekke depressive symptomer dersom sykepleier ikke har god nok kompetanse. Først og fremst er det nødvendig at sykepleier har kunnskap om hjerneslag, men også kunnskap om sammenhengen mellom hjerneslag og depresjon. Romsland et al. (2015, s. 34) skriver at kunnskap om funksjonshemming gir grunnlag for arbeidet og bidrar til forståelse for rehabiliteringssykepleierens rolle i samhandlingen mellom aktører utenfor helsetjenesten.

For en tidlig identifisering og påfølgende håndtering av endringer etter hjerneslaget, er det nødvendig med nøyaktig og hyppig nevrologisk observasjon. Det anbefales at sykepleiere som utfører en regelmessig overvåking av slagpasienter bruker et såkalt NIHSS-skjema for å kvantifisere slagfunksjonshemming. Men for å klare dette, er det nødvendig at sykepleiere er kjent med metoden, samt at de kan ha effektiv kommunikasjon med pasientene, med annet helsepersonell og med familiemedlemmer (Yoon, et al., 2020, s. 2031). Observasjon av pasienten er nødvendig for å kunne kartlegge for depressive symptomer. Selv om det ikke står noe om depresjon i et slikt NIHSS-skjema, vil det være til hjelp for å kartlegge graden av hjerneslaget, samt se hvilke utfall som kan være med på å utvikle en depresjon. Scorer man bra på et slikt skjema, og utfallet av hjerneslaget er minimalt, vil det trolig være mindre sjans for å utvikle depresjon. Scorer en derimot høyt på skjemaet, og gjerne har utfall i funksjonsnivå eller andre komplikasjoner, kan det være større risiko for å utvikle depresjon. I studien til McCurley et al. (2019, s. 581) kommer det frem at hjerneslag kan resultere i død, funksjonshemminger og endret syn på fremtiden, graden av dette kan bidra til et stort følelsesmessig stress, som igjen kan bidra til depresjon og en nedsatt mestringsfølelse av rehabiliteringsprosessen. Det er mange faktorer knyttet til rehabilitering som sykepleiere bør vurdere for å kunne redusere alvorlighetsgraden av hjerneslaget, overvåking av komplikasjoner er et eksempel på dette (Yoon, et al., 2020, s. 2031). Yoon et al. (2020, s. 2031) kommer med anbefaling om at sykepleiere bør gi en personsentrert omsorg, avhengig av hjerneslagets alvorlighetsgrad. For det første vil dette gi et mer helhetlig fokus på pasienten, noe som trolig vil gjøre det lettere å oppdage tegn på depressive symptomer. For det andre vil tilrettelagte forhold bidra til at pasientene får et best mulig liv. Videre vil en personsentrert omsorg bidra til å kunne styrke pasientenes mestringstro og tillit til egne

ferdigheter, som er en av sykepleiernes viktigste oppgaver. Dersom pasientene ikke har motivasjon og tro på at anstrengelse er nyttig, vil ikke rehabiliteringsprosessen være like effektiv (Kristoffersen, 2017, s. 302). Wergeland et al. (2017, s. 315) hevder at rehabiliteringen bør være pasientsentrert, basert på pasientens ønsker. Det blir gjerne litt enklere å motivere og gjenvinne håp hos pasientene, noe som vil være hensiktsmessig for å kunne styrke mestringsfølelsen (Wergeland, et al., 2017, s. 304).

Videre er det essensielt at sykepleier klarer å understøtte og styrke faktorer som virker inn på mestring (Haugan & Rannestad, 2020, s. 142), og som er avgjørende for helsefremmede atferd i vanskelige situasjoner (Kristoffersen, 2017, s. 302). På den ene siden vil det salutogene perspektivet kunne hjelpe sykepleiere til å bli ekstra oppmerksomme på hvordan pasienter begriper, håndterer og finner mening i sin nye livssituasjon. På den andre siden krever dette imidlertid at sykepleiere prioriterer oppmerksomhet overfor pasientens opplevelser, tanker, følelser og ressurser i tiden man er sammen i løpet av sykehusinnleggelsen (Drageset, et al., 2017, s. 301).

Mange blir ifølge Wergeland et al. (2017, s. 309) deprimerte etter gjennomgått hjerneslag. Det vil på den ene siden derfor være behov for hjelp og støtte for å håndtere den nye livssituasjonen, mens det på den andre siden krever at sykepleier har kompetanse nok til å se dette. Uten god nok kompetanse vil det ikke være like lett å fange opp depressive symptomer. Når et hjerneslag skjer, er man som oftest forvirret og fortvilet, i tillegg opplever man gjerne angst. Det vil være vanskelig å forstå hva som har hendt, og hvilke konsekvenser det medfølger (Wergeland, et al., 2017, s. 309). Mange går inn i en sorgreaksjon, som kan utvikle seg til depresjon. Sorg og depresjon kan dermed forveksles, og det kan trolig bli vanskelig å se om de depressive symptomene er kommet for å bli, eller om de vil gå over etter hvert som pasienten kommer seg ut av sjokket. Med hensyn til dette, vil det være viktig at sykepleier bidrar til at pasienter mestrer de nye endringene og utfordringene i dagliglivet. Videre vil det være essensielt at sykepleier klarer å motivere pasienten, samt støtter arbeidet med å orientere seg i livet etter den alvorlige skaden, hjelper med tilrettelegging av endrings- og læringsprosesser, og støtter den slagrammedes håp, livsmot og mening i den nye tilværelsen (Romsland, et al., 2015, s. 34).

## 5.0 Konklusjon

Oppsummert er det essensielt at sykepleier klarer å avdekke depressive symptomer tidligst mulig for at slagrammede skal kunne styrke mestring i rehabiliteringsprosessen. Av helsepersonell kreves det kompetanse for å klare å gjenkjenne symptomer på depresjon. Observasjon er derfor viktig. Det finnes flere kartleggingsverktøy for depresjon som kan være til hjelp, men ettersom det ikke er noen verktøy som er egnet for depresjon hos slagrammede, bør det derfor brukes med varsomhet. God informasjon er hensiktsmessig for at pasienter skal klare å forstå sin nye situasjon, og gode holdninger er nødvendig for å opparbeide tillit mellom helsepersonell og pasient. Dette bidrar til en bedre relasjon, som igjen medfører gode dialoger. Pasienten får gjerne en bedre generell helseoppfatning av seg selv, noe som vil være med på å motivere og styrke mestringen av rehabiliteringsprosessen. Gode dialoger vil i tillegg forenkle observasjonen av pasientene, og det blir dermed enklere å avdekke depressive symptomer. Det salutogene perspektivet kan være til hjelp for å bli mer oppmerksomme på hvordan pasienten begriper, håndterer og finner mening i livssituasjonen, og ut fra dette kan helsepersonell motivere og støtte pasientens håp, livsmot og mening i tilværelsen.

## 6.0 Referanser

- Antonovsky, A. (2018). *Helsens mysterium - Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bertelsen, A. K. (2017). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., ss. 321-343). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag .
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- Drageset, S., Ellingsen, S., & Haugan, G. (2017). Å mestre livet ved alvorlig sykdom. *Nordisk sykeplejeforskning* , ss. 294-302. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-03>
- Facucho-Oliveira, J., Esteves-Sousa, D., Espada-Santos, P., Moura, N., Albuquerque, M., Fraga, A., . . . Pita, F. (2021). Depression after stroke. *Pract Neurol*, ss. 1-10. <http://dx.doi.org/10.1136/practneurol-2020-002622>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_4)
- Førde, R. (2014, 10 10). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Haugan, G., & Rannestad, T. (2020). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2.utg., ss. 135-156). Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Helsebiblioteket. (2016, 06 03). *PICO*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016, 06 03). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2016, 06 07). *Tverrsnittstudie*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie>
- Helsebiblioteket. (2021, 04 30). *Hjerneslag*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/alle-brosjyrer/akuttbehandling-for-hjerneslag>

- Helsedirektoratet. (2017, 12 21). *Rehabilitering etter hjerneslag*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag>
- Helsedirektoratet. (2021, 12 02). *Hjerneslag - behandlet i slagenhet etter akutt hjerneslag*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/hjerte-og-karsykdommer/behandlet-i-slagenhet-etter-akutt-hjerneslag>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_4)
- Ihle-Hansen, H., Thommessen, B., Fagerland, M. W., Øksengård, A., Wyller, T. B., Engedal, K., & Fure, B. (2013, 08 20). Effect on anxiety and depression of a multifactorial risk factor intervention program after stroke and TIA: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, ss. 540-546. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.824406>
- Kouwenhoven, S. E., & Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien*, ss. 334-342. Doi: [10.4220/sykepleienf.2013.0134](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0134)
- Kouwenhoven, S. E., & Kirkevold, M. (2014). Depressive symptomer etter hjerneslag. *Sykepleien*, ss. 72-78. Doi: [10.4220/sykepleienf.2014.0032](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0032)
- Kristoffersen, N. J. (2017). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., ss. 295-348). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- 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 bind 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., ss. 187-235). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Langeland, E. (2020). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2.utg., ss. 157-178). Bergen: Vigmostad & Bjørge .
- Larsen, T. B. (2020). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2.utg., ss. 37-49). Bergen: Vigmostad & Bjørge.
- Lin, F.-H., Yih, D. N., Shihi, F.-M., & Chu, C.-M. (2019). Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients. *Medicine*, ss. 1-6.  
<http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000017667>



- Linnerud, S. W., & Bragstad, L. K. (2019). Faktorer som har sammenheng med fatigue etter hjerneslag. *Sykepleien*, ss. 1-23. Doi: [10.4220/Sykepleienf.2019.76701](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.76701)
- McCurley, J. L., Funes, C. J., Zale, E. L., Lin, A., Jacobo, M., Jacobs, J. M., . . . Vranceanu, A.-M. (2019). Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. *Neurocritical Care Society*, ss. 581-589.  
<https://doi.org/10.1007/s12028-018-0641-6>
- Persson, M. (2022). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang? En praktisk guide*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Renolen, Å. (2019). *Forståelse av mennesker - en innføring i psykologi for helsefag (2.utg.)*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Romsland, G. I., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Taule, T., & Råheim, M. (2014). Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6-8 months after mild stroke. *Disability and Rehabilitation*, ss. 2107-2119.  
<https://doi.org/10.3109/09638288.2014.904448>
- Wergeland, A., Ryen, S., & Ødegaard-Olsen, T. (2017). Sykepleie ved hjerneslag. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (red.), *Klinisk Sykepleie 2 (5.utg., ss. 303-328)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- Yoon, S., Kim, H. Y., & Kim, S. R. (2020). A prediction model of health-related quality of life in young adult patients with stroke. *Journal of Clinical Nursing*, ss. 2023-2035.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15755>

## Vedlegg 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
<b>Problem</b>	Handler om hvordan helsepersonell kan avdekke depressive symptomer for å styrke mestring i rehabiliteringsprosessen hos nylig slagrammede pasienter	
<b>Studiedesign</b>	Kvantitative, kvalitative, RCT, litteraturstudier	Fagartikler, rapporter, kommentarer og nyheter
<b>Informanter</b>	Sykepleiere i sykehus	Sykepleiere i andre helseinstitusjoner
<b>Språk</b>	Nordiske språk og engelsk	Andre språk
<b>Kontekst</b>	Sykehus	Andre helseinstitusjoner
<b>Tid</b>	Publisert mellom 2012-2022	Artikler publisert før 2012

## Vedlegg 2: Eksempel på sjekklister for vitenskapelige artikler

### Sjekkliste for kvalitativ studie (Helsebiblioteket, 2016).

Siren E. Kouwenhoven & Marit Kirkevold (2013). *Å leve med depresjon etter hjerneslag.*

	Ja/Nei/Uklart
Er formålet med studien klart formulert?	Ja
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja
Er utforming av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen	Ja
Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja
Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja
Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Uklart
Er etiske forhold vurdert?	Ja
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja
Basert på svarene dine på punkt 1-8, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	Ja
Er funnene klart presentert?	Ja
Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Ja

### Sjekkliste for tverrsnittstudie (Helsebiblioteket, 2016).

Silje Christin Wang Linnerud & Line Kildal Bragstad (2019). *Faktorer som har sammenheng med fatigue etter hjerneslag.*

	Ja/Nei/Uklart
Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja
Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen/spørsmålet?	Ja
Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?	Ja
Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	Ja
Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?	Uklart
Er svarprosenten høy nok?	Uklart
Bruker studien målemetoder som er pålitelige (kilder) for det man ønsker å måle?	Ja
Er datainnsamlingen standardisert?	Ja
Er dataanalysen standardisert?	Uklart
Hva er resultatet i denne studien?	Ja
Kan resultatene overføres i praksis?	Ja
Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater i andre tilgjengelige studier?	Ja

**Sjekkliste for RCT (Helsebiblioteket, 2016):**

Hege Ihle-Hansen, Bente Thommessen, Morten Wang Fagerland, Anne Rita Øksengård, Torgeir Bruun Wyller, Knut Engedal & Brynjar Fure (2013). *Effect on anxiety and depression of a multifactorial risk factor intervention program after stroke and TIA: a randomized controlled trial.*

	Ja/Nei/Uklart
Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?	Ja
Ble deltakerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?	Ja
Ble alle inkluderte deltakere gjort rede for ved slutten av studien?	Ja
Blinding	
a. Ble deltakerne blindet med hensyn til det tiltaket de fikk?	Ja
b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltakerne var i?	Uklart
c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallet blindet?	Uklart
Var gruppene like ved starten av studien?	Uklart
Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?	Ja
Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?	Ja
Er presisjon rundt effektestimater rapportert?	Uklart
Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?	Ja
Kan resultatene overføres til din praksis?	Ja
Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?	Uklart