



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Inger Rustad Krogstie og Lill-Iren Enger Pedersen
Veileder: Jan Stensland Holte

Forandring av livet

Change of life

Antall ord: 12 916

Bachelor i sykepleie BASY 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

 JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

 JA NEI

SAMMENDRAG

Tittel: Forandring av livet

Kan vektlegging av mestring hos slagpasienter redusere mulighetene for utvikling av depressive reaksjoner?

Avdeling for folkehelsefag, Campus Elverum

Bachelor i sykepleie, BASY 2010

Kandidatnummer: 20 & 25

Veileder: Jan Stensland Holte

Antall ord: 12 916

Introduksjon: Oppgaven handler om betydningen av mestring og økt livskvalitet for å redusere depresjonen hos pasienter som har gjennomgått hjerneslag. 25% av alle som gjennomgår hjerneslag, rammes i etterkant av depresjon. Vi vil se på hva hjerneslag er og årsaker, behandling, konsekvenser, forebygging og rehabilitering. Vi vil også se på hva depresjon er, behandling, hvordan det påvirker livskvaliteten og rehabiliteringen, samt hvordan vi som sykepleiere kan redusere depresjon etter hjerneslag.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie basert på fag- og forskningslitteratur, skjønnlitteratur og praksiserfaringer. Vi har forsøkt å få til en hermeneutisk fenomenologisk innfallsvinkel i vår oppgave. Det er et eget kapittel med drøfting, hvor vi ser på pasientens opplevelser, og betydningen av mestring, samt sykepleierens rolle, knyttet til tiltak og kunnskap, for å finne svar på vår problemstilling.

Konklusjon: Tro på egen mestring har positiv effekt på helserelatert livskvalitet, men ikke så god effekt på depresjon. Fysisk aktivitet, informasjon, motiverende intervju og støtteprogram er tiltak som har god effekt på depresjon. Selv om tro på egen mestring ikke har god effekt på depresjon, så er mestring en viktig del i pleien og rehabiliteringen hos slagpasienter. Det er viktig å mobilisere slagpasienter tidlig, gjerne iløpet av de første 24 timer, og i hvert fall iløpet av første uken etter hjerneslaget.

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling	6
1.2 Oppgavens avgrensning	8
1.3 Oppgavens oppbygning	9
2. METODE	10
2.1 Begrunnelse for valg av metode	10
2.2 Kvalitativ og kvantitativ litteraturstudie	11
2.3 Litteratursøk og valg av litteratur	11
2.4 Kildekritikk	13
2.5 Valg av teori	14
2.5.1 Antonovsky og salutogenese	15
3. HJERNESLAG	16
3.1 Hva er hjerneslag?	16
3.2 Behandling av hjerneslag	17
3.3 Konsekvenser av hjerneslag	17
3.4 Hvordan forebygge hjerneslag?	18
3.5 Rehabilitering etter hjerneslag	19
4. DEPRESJON	21
4.1 Hva er depresjon?	21
4.2 Behandling av depresjon	22

4.3 Hvordan påvirkes livskvaliteten av depresjon?	23
4.4 Hvordan påvirker depresjon rehabilitering etter hjerneslag?	24
5. DRØFTING	27
5.1 Pasientens opplevelser	27
5.2 Mestringens betydning	31
5.3 Sykepleierens rolle	33
5.3.1 Tiltak	34
5.3.2 Kunnskap	38
6. KONKLUSJON	40
REFERANSELISTE	41
VEDLEGG 1: PICO-skjema	
VEDLEGG 2: Forskning	

1. INNLEDNING

I Norge rammes ca 15 000 mennesker hvert år av hjerneslag. Det er den tredje hyppigste dødsårsaken, etter hjertesykdom og kreft (Bertelsen, 2011). Alvorlig funksjonshemming er ofte et resultat etter hjerneslag, og de økonomiske konsekvensene er store. I løpet av de siste ti-år, har dødeligheten gått ned. Antall hjerneslag vil trolig øke med 50 % de neste 20 år, på grunn av økningen i antall eldre, hvis vi ikke kan effektivisere forebyggingen av hjerneslag. Det anslås at hvert hjerneslag koster i snitt 600 000 kroner samlet pr. pasient. Kostnaden og grad av funksjonshemming hos slagpasienter henger sammen. Kostnadene reduseres, dersom man benytter behandling og rehabilitering hvor funksjonshemmingen kan reduseres. Det anslås at hjerneslag årlig koster Norge 7-8 milliarder (Helsedirektoratet, 2010).

Minst en fjerdedel av pasientene som overlever hjerneslag utvikler depresjon, som er knyttet til dårligere funksjonsnivå (Kouwenhoven, Kirkevold, Engdal & Kim, 2012). Depresjon er i dag et av de største helseproblemene vi har, det oppstår hyppig og kommer i både lette og alvorligere former. En depresjon kan oppstå når en person har vært igjennom store skuffelser eller påkjenninger i livet (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Depresjon fører til lidelser både hos den som rammes og hos pårørende. Mange opplever nedsatt funksjonsnivå sosialt og i arbeidslivet. Når det gjelder sykmeldinger og utbetaling av sykepenger for psykisk sykdom, er depresjon en dominerende diagnose (Kjellmann, Martinsen, Taube & Andersson, 2008). Slagrammede som lider av depresjon på et tidlig stadium, vil stå i fare for fortsatt depresjon, dårligere resultater og økt funksjonell avhengighet, eller til og med død. Det er viktig å belyse depressive symptomer i den akutte fasen etter hjerneslag: tidlig identifisering kan hindre mer alvorlige konsekvenser (Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal, & Kim, 2011b).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling

Vi har i løpet av våre praksisperioder møtt flere pasienter med depressive lidelser etter å ha gjennomgått hjerneslag. Vi undres over hvorfor den psykiske biten får liten oppmerksomhet i somatikken, HBO og sykehjem. Vårt inntrykk er at det har vært mest fokus på den somatiske lidelsen, og ikke den psykiske. Vi har i praksis opplevd at mange av disse pasientene bruker store deler av dagen i senga, og de får lov til å isolere seg på rommet sitt. De slipper også å være med på fellestreninger, dersom de ikke ønsker det. Når vi har stilt de ansatte spørsmål om hvorfor det er slik, har vi fått høre at det er helt vanlig at slagpasienter er slitne, trøtne og

sover mye. Vi ønsker å se på hva vi kan gjøre som sykepleiere, for å redusere depressive reaksjoner hos denne pasientgruppen, uavhengig av hvor vi arbeider, og om kunnskapsnivået til helsepersonell er godt nok. Vi sitter med inntrykk av at mange i denne pasientgruppen kanskje er til oppbevaring og ikke rehabilitering, og undres over om dette skyldes for dårlig kunnskap hos helsepersonell, om denne pasientgruppen.

Vårt tema er hjerneslag og depresjon. Vi vil se på hva det er, årsaker, behandling, konsekvenser, forebygging og rehabilitering. Vi ønsker å se på hva vi som sykepleiere kan gjøre for å redusere depressive reaksjoner etter hjerneslag. I den sammenheng vil vi se på hva betydningen av mestring og økt livskvalitet har å si for slagpasienter. Vi har valgt dette tema da vi har møtt denne pasientgruppen i flere praksiser og føler at vi ikke har kommet helt inn til pasienten, på det psykiske plan. Slagpasienter med depressive reaksjoner er en pasientgruppe vi synes det har vært utfordrende å forholde oss til i praksis, med tanke på hva som er riktig sykepleie til disse pasientene. Vi tror det skyldes at det i alle praksiser, unntatt psykiatripraksisen, har vært fokus på den somatiske lidelsen og ikke eventuelle psykiske lidelser. Enhver pasient er unik, og har behov for individuell tilrettelegging. Helhetlig sykepleie er viktig og spennende å jobbe med, da både det fysiske og psykiske henger sammen. Vår erfaring er at dette ikke kobles godt nok sammen ute i praksis per i dag, og undres over om det skyldes manglende kunnskap. Vi ønsker gjennom denne oppgaven å forbedre vår fagkunnskap, samt få en større forståelse for disse pasientene. Vi vil da være bedre rustet til å møte disse når vi er ferdig utdannede sykepleiere.

I vår oppgave ønsker vi å se på slagpasienters opplevelser av sin livssituasjon, i etterkant av hjerneslaget, hvilken betydning opplevelse av mestring og økt livskvalitet har på rehabiliteringen, og hvordan dette kan redusere depressive reaksjoner etter hjerneslag. Vi ønsker også å se på sykepleierens rolle, hvilke tiltak er effektive i rehabiliteringen etter hjerneslag, reduserer de depresjon, og om kunnskapen blant helsepersonell om PSD (poststroke depresjon, altså depresjon etter hjerneslag) er tilfredsstillende. På bakgrunn av dette har vi valgt følgende problemstilling:

”Kan vektlegging av mestring hos slagpasienter redusere mulighetene for utvikling av depressive reaksjoner?”

1.2 Oppgavens avgrensning

Vi har valgt å ikke se på en bestemt aldersgruppe eller kjønn, da hjerneslag rammer i alle aldre uavhengig av kjønn og sosial status, og våre tiltak er ikke relatert til kjønn. Vi ser på depresjon som oppstår etter hjerneslag, da minst 25% av alle slagpasienter rammes av dette (Kouwenhoven et al., 2012). Depressive reaksjoner etter hjerneslag er vanlig i den akutte fasen (den første måneden etter hjerneslaget), og har stor innvirkning på livet etter slaget. Vi ønsker å se på hva vi som sykepleiere kan gjøre for å redusere depresjon etter hjerneslag, uavhengig av hvor vi møter pasienten. Vi har derfor valgt å ikke avgrense oppgaven til en bestemt fase etter slaget. Vi vet at pårørende har stor betydning i rehabiliteringsfasen etter hjerneslag. De er en stor og viktig ressurs både for pasienten, og for oss som sykepleiere. Vi har valgt å ikke skrive mye om dette grunnet begrensninger i antall ord. Selvmord har vi valgt å ikke skrive om, da dette er et stort område som kunne fylt en egen oppgave.

Vi går ikke inn på medikamentell behandling, da alle medikamenter forordnes av lege. Ulike screeninginstrumenter har vi heller ikke skrevet om da dette er for ressurskrevende, og pr i dag er det ikke utarbeidet screeningverktøy som går på depresjon hos slagpasienter, ifølge forskningen vi har funnet. Under tiltakene nevner vi livsrevurderende terapi og støtteprogrammer, men vi vil ikke komme nærmere inn på disse grunnet oppgavens begrensninger på antall ord. Vi har ikke funnet tid til å sette oss grundig inn i motiverende intervju, og vil da heller ikke bruke mange ord på forklaring av dette under tiltak i drøftingen. Afasi og kommunikasjon med slagpasienter går vi ikke dypt inn i, da vi anser dette som et stort område som kunne fylt en bacheloroppgave alene. Vi har ikke skrevet om forskjellene ved høyre- og venstresidig hjerneslag, og hvilke utfall dette gir da dette også er et stort område.

Vi er klar over at Antonovsky ikke er en sykepleieteoretiker, at han er sosiolog, men vi synes han passer godt i vår oppgave, og at det faller seg naturlig å nevne ham under valg av teori. Vi har et helsefremmende syn i vår oppgave, og nevner Antonovsky og han salutogenesiske perspektiv under valg av teori, men velger å ikke bruke hans navn videre i oppgaven da vi føler at vi får frem det helsefremmende allikevel. Vi avgrenser derfor oppgaven med å omtale Antonovsky ved navn, kun under valg av teori.

Vi har valgt i oppgaven å konsekvent omtale pasienten som han og sykepleieren som hun, for å gjøre oppgaven lettere å lese.

1.3 Oppgavens oppbygning

Innledningen er delt inn i tre deler: med bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling, avgrensning av oppgaven og hvordan oppgaven er oppbygd.

Etter innledningen kommer metode, som er delt inn i fem deler: begrunnelse for valg av metode, kvalitativ og kvantitativ litteraturstudie, litteratursøk og valg av litteratur, kildekritikk, og til slutt valg av teori.

Teoridelen har vi delt i to, med hjerneslag og depresjon. Vi starter med sykdommen, da vi mener det danner grunnlaget for å få en forståelse for utviklingen av depresjon etter hjerneslag. Vi vil se på hva hjerneslag er og årsaker, behandling, konsekvenser, forebygging og rehabilitering. Vi vil også se på hva depresjon er, behandling, hvordan det påvirker livskvaliteten og rehabiliteringen, samt hvordan vi som sykepleiere kan redusere depressive reaksjoner etter hjerneslag. I denne sammenheng vil vi se på betydningen av mestring og økt livskvalitet, og hvilken betydning det har for slagpasienter.

Drøftingen har vi valgt å dele i to deler, hvor vi ser på pasientens opplevelser, og betydningen av mestring, samt sykepleierens rolle, knyttet til tiltak og kunnskap, for å finne svar på vår problemstilling.

I konklusjonen kommer svarene på det vi undrer oss over og problemstillingen. Til slutt kommer referanseliste, samt vedlegg på PICO-skjema og forskning.

2. METODE

Metode er et redskap vi bruker i søkning på ny kunnskap. Den hjelper oss til å skaffe den informasjonen vi trenger til litteraturstudien vår. Sosiologen Vilhelm Aubert beskrev metode slik: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (sitert i Dalland, 2012, s.111). Det handler om å analysere og tolke de data som er innhentet (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010). Med det forstår vi at metode er et hjelpemiddel som vi har nytte av når vi finner litteratur om det temaet vi har valgt å fordype oss i.

2.1 Begrunnelse for valg av metode

I henhold til retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie for vårt kull, skal det være en fordypningsoppgave basert på litteratur, samt bygge på egne erfaringer fra praksis. Det vil si at vi benytter oss av en litteraturstudie, som er en systematisk fremgangsmåte hvor vi finner relevant litteratur og forskningsartikler som omtaler vår problemstilling (Dalland, 2012). Det har vært utfordrende for oss å forstå Kari Martinsen, da hun er veldig filosofisk og vanskelig å forstå. Vi har derfor valgt å støtte oss på Kirkevold (1998), som er anerkjent professor i klinisk sykepleie.

Vi har likevel valgt å forsøke å ha en hermeneutisk fenomenologisk innfallsvinkel i vår litteraturstudie. Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Det vil si at man tar utgangspunkt i noe som er uklart og forklarer dette og finner meningen (Dalland, 2012). I vår oppgave innebærer dette at i de områdene vi viser til Martinsen som primærkilde, skriver vi teksten slik som vi forstår henne. Fenomenologi betyr læren om fenomenene. I en undersøkelse med et fenomenologisk perspektiv er fokus rettet mot hvordan pasienten erfarer og opplever verden rundt seg (ibid.).

2.2 Kvalitativ og kvantitativ litteraturstudie

Kvalitativ metode har fokus på å samle data som henter frem ulike opplevelser og meninger som kan tolkes (Dalland, 2012). Ved kvalitativ forskning er utvalget av personer relativt lite, men datamaterialet er rikt beskrivende (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2008).

Kvantitativ metode inneholder data som er målbar i form av tall (Dalland, 2012).

Dalland (2012) sier: ”Både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler” (s. 112). I denne oppgaven har vi brukt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler.

2.3 Litteratursøk og valg av litteratur

Vi har søkt i høgskolens databaser, som Helsebiblioteket, Medline, PubMed, Google Scholar, Idunn, Ovid, Norart og SveMed m.fl. Vi har også søkt i Ebsco Host, som ikke er en database, men en leverandør. Her brukte vi Cinahl, Academic Search Premier og AgeLine som var aktuelle for oss og vår oppgave.

Vi benyttet oss av PICO-skjema, se vedlegg 1, og har god erfaring med dette fra før. Et PICO-skjema er et skjema som hjelper til med å strukturere det man søker etter, på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al., 2008). PICO står for:

P: population/problem, hvilken type pasient

I: intervention, hvilke tiltak.

C: comparison, hva ønskes å sammenligne

O: outcome, hvilket utfall ønskes å se på (ibid.)

Engelske søkeord vi brukte var: depression, preventing depression, poststroke depression, depression and treatment, stroke, poststroke, cerebral stroke, apoplexy, apoplexia. Norske søkeord var: hjerneinfarkt, hjerneslag, sykepleie, nursing. Vi benyttet oss av trunkering, slik at vi utvidet søket. Vi kombinerte to eller flere søkeord, med AND, OR eller NOT.

Vi krysset av for vitenskapelige artikler, peer review (for å kvalitetssikre troverdigheten), fulltekst og begrenset til de 10 siste år. Mange av de samme artiklene går igjen flere steder. Treffene i Idunn.no var for vide, og vi kortet derfor ned til 5 år, men det var fortsatt for vidt.

Ved få treff var ingen relevante for vår oppgave. Ved bruk av apoplexy i Ebsco, var de fleste artikler av kinesiske studier. Med samme søkeord i SveMed fant vi flere nordiske artikler som var relevante for vår oppgave. Vi har utelukket mange artikler som i utgangspunktet var aktuelle, men de var etter vår mening gjort på for få personer.

Søk i Cinahl ga 35 treff. Vi leste alle sammendragene, og endte opp med to artikler som er meget relevante for vår oppgave. Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman & Hafsteinsdottir (2010), som omhandler terapeutiske tiltak for PSD (post-stroke depression, altså depresjon etter hjerneslag) og sykepleierollen. Denne er relevant for vår oppgave da den viser at god informasjon reduserer alvorlighetsgraden av depresjonen, samt viser til konkrete sykepleietiltak.

Den andre artikkelen er Kouwenhoven et al., (2012), som omhandler pasientopplevelser rundt PSD i den akutte fasen, og hvordan det er å leve med depresjon de første ukene etter hjerneslag. Handler om deres tap, fortvilelse og sorg over endret funksjonsnivå.

I Ebsco Host, Academic Search Premier, fikk vi 120 treff, hvor vi leste 64 sammendrag, og endte opp med tre artikler som vi fant relevante. Den første er Kouwenhoven et al., (2011b). Denne fant vi relevant da den er om kunnskapnivået rundt depresjon etter hjerneslag (PSD) i den akutte fasen. Den viser at slagrammede som lider av depresjon på et tidlig stadium, vil stå i fare for fortsatt depresjon, dårligere resultater og økt funksjonell avhengighet, eller til og med død.

Den andre er Korpershoek, Bijl og Hafsteinsdøttir (2011), som handler om hvordan tro på egen mestring forbedrer tiltak knyttet opp mot mobilitet, ADL (activities of daily living, altså daglige aktiviteter), depresjon og livskvalitet for pasienter med hjerneslag. Den viser til mestringsskapende tiltak utført av sykepleiere, og hvordan mestringstro påvirker rehabiliteringen hos slagpasienter.

Den tredje er av Almborg, Ulander, Thulin og Berg (2010), og omhandler viktige faktorer for helsereelatert livskvalitet etter hjerneslag. Studien viser at depressive symptomer er forbundet med lavere helsereelatert livskvalitet.

5 av artiklene fant vi i ved å søke i databasene, og alle er publisert i anerkjente tidsskrifter. Den siste som er av Kouwenhoven, Kirkevold, Engedal, Biong og Kim (2011a), er del av en doktoravhandling gjort av Kouwenhoven i 2012. Denne fant vi ved å søke på tittelen i Google Scholar. Dette er en oppfølgingsstudie til Kouwenhoven et al., (2012). Den er om

livserfaringene til slagpasienter etter 6, 12 og 18 mnd, knyttet til tidlig depressive symptomer etter hjerneslaget. Artikkelen viser at det ikke alltid handler om hvordan man reagerer på sykdom, kroppens funksjoner og rehabilitering, men også på hvordan man forholder seg til endret kropp og den nye livssituasjon, og evne til å finne mening i situasjonen.

Vi var litt spente på om vi ville finne sykepleietiltak som gikk direkte inn på forebygging av depresjon hos slagrammede. Det vi har lest før av forskning har konkludert med at det er behov for mer forskning på dette feltet. Det er også en av grunnene til at vi har valgt å fokusere på forskning gjort de siste 3 år. Hele prosessen med søking, lesing og utvelgelse av litteratur tok oss to uker.

Bøkene vi har brukt er pensumlitteratur, samt bøker funnet ved Høgskolens bibliotek. Vi har brukt Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag fra 2010, da denne omhandler det vi skal skrive om, og er meget relevant for vår oppgave. Vi har også lest skjønnlitteratur, funnet i Høgskolens bibliotek. Dette gjorde vi for å få en enda større forståelse og innsikt i denne pasientgruppen. Jill Bolte Taylor (2009) er hjerneforsker, som fikk en kraftig hjerneblødning i 1996. Boka handler om hennes hjerneblødning, og vi følger henne under og etter hjerneslaget. I løpet av fire korte timer observerte hun sin egen hjerneblødning og hvordan hennes evne til å behandle informasjon forsvant. Hun mistet evnen til å gå, snakke, lese, skrive og huske noe fra livet sitt. Det tok henne åtte år å bli frisk igjen.

2.4 Kildekritikk

Dalland (2012) sier: ”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes” (s. 67). Vi så på hvor relevant den enkelte forskningsartikkel var for vår oppgave i forhold til hva som er omtalt i den, og hva som gjør den relevant for vår problemstilling. Utvelgelse av forskningsbaserte artikler ble gjort ut ifra lesing av sammendraget (abstract). Fant vi dette relevant for vår oppgave, gikk vi videre til IMRaD-strukturen fra Dalland (2012) som handler om hvordan forskningsartikler skal være bygd opp etter innledning, metode, resultater og diskusjon. Vi hadde et kritisk syn på den enkelte artikkel, og så på hvorfor studien var gjort, hvordan den var gjennomført, hvilke funn ble gjort og hva resultatene betyr for oss. Med bruk av andre søkeord, og kanskje andre databaser, kunne vi ha funnet annen forskning. Etter to uker med

søking og lesing av forskning, følte vi at vi hadde funnet god og relevant forskning til vår oppgave, og valgte derfor å gå videre til bearbeiding av dette.

I følge Dalland (2012) må vi ha et kritisk blikk når vi velger artikler. De må være troverdige og pålitelige, samt bekrefte det vi søker etter. I tillegg må artiklene være relevante for det vi ønsker å øke forståelsen for i vår oppgave. Disse kravene mener vi er innfridd med de artiklene vi har valgt å bruke. Forskningsartiklene vi har valgt mener vi er overførbare til norske forhold selv om noen av undersøkelsene er gjort i andre land. Alle våre valgte forskningsartikler er skrevet på engelsk, det er derfor en viss fare for feiltolkning ved vår oversettelse til norsk, og at det får en annen mening enn tenkt av forfatterne.

2.5 Valg av teori

Vi vil dra inn Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi, og det å være et medmenneske som sykepleier. ”Omsorg er en sosial relasjon, det vil si at det har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre” (Martinsen, 2003b, s. 71). Kari Martinsen mener at omsorg er det viktigste mellom mennesker. Det å ha forståelse for andre har med omsorg å gjøre, ”skal omsorgen være ekte må jeg forholde meg til den andre ut fra en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon” (ibid., s. 71). Som vi forstår henne mener hun at vi som sykepleiere skal ivareta pasienter som ikke kan ivareta seg selv, og at omsorgen skal være tilstede i alt vi gjør.

Ut i fra hvordan Kari Martinsen arbeider og hvilke temaer hun arbeider med, kan hun selv også kalles fenomenolog. Hun fokuserer på hverdags erfaringer, som det å lytte til samtaler, tonefall, kroppsspråk og ”finne ulikhetene i det like” (Martinsen, 2003a, s. 118). Vi forstår det som at fordi vi er ulike blir like opplevelser oppfattet ulikt, og dette er noe vi som sykepleiere må være lydhøre for. Fenomenologien handler om å få det mest betydningsfulle frem i enhver situasjon, og det betyr at i stedet for å analysere, komme med påstander, begrunne og argumentere, er det avgjørende at man beskriver (ibid.). Dette finner vi viktig da enhver pasient er unik og har behov for individuell tilrettelegging. For å kunne skape gode relasjoner er det viktig å lytte til pasienten.”Fenomenologien dreier seg om å tyde, beskrive og erkjenne det levde livet, det alminnelige livet som menneskene lever sammen med hverandre i en felles og naturlig verden, herunder yrkessammenhenger der det blir utøvd omsorg” (Alvsvåg, 2010, s. 435).

2.5.1 Antonovsky og salutogenese

Aron Antonovsky er ikke sykepleierteoretiker, men hans forståelse av begrepet salutogenese handler om aktiviteter som styrker eller fremmer vår helse, noe som er aktuelt for vår oppgave. Hans teorier om sammenheng (sense of coherence) er aktuell, om hvordan vi som sykepleiere kan styrke selvfølelsen til pasienten ved å gjøre situasjonen forståelig, meningsfull og håndterbar (Tellnes, 2007). Salutogenese tar utgangspunkt i helse, hvordan holde seg frisk og styrke helsen. Det er pasientens opplevelse av å ha sammenheng og evne til å identifisere sine mestringsressurser. Begreper som trygg identitet, optimisme og opplevelse av kontroll i eget liv er nært beslektet med sense of coherence (Mæland, 2005).

3. HJERNESLAG

3.1 Hva er hjerneslag?

Hjerneslag defineres av Verdens Helseorganisasjon som ”en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 t eller fører til død” (Helsedirektoratet, 2010, s. 8). 85-90% av alle hjerneslag er hjerneinfarkt, 10-12% er hjerneblødninger, mens 3-5% er hjernehinneblødninger (ibid.). Ved hjerneslag oppstår det en skade i hjernevevet grunnet opphør av blodtilførsel til et område i hjernen, på grunn av en blødning eller et infarkt i hjernen. Når blodtilførsel med oksygen og glukose opphører i noen få minutter, vil hjernevevet raskt dø. Dette fører til tap av funksjonene som kontrolleres i det berørte området (Bertelsen, 2011).

Det er ulike årsaker til hjerneslag:

- Emboli er den vanligste årsaken. Disse dannes ofte i halspulsårene eller hjertet. Viktige underliggende årsaker er aterosklerose og atrieflimmer.
- Trombose i blodkar i halspulsårene eller i hjernen.
- Lakunære infarkter oppstår ved skade av små arterier i sentrale deler av hjernen. En stor risikofaktor her er hypertensjon (Aronsen, Birkeland, Munkvik & Sjaastad, 2010).
- Når et intracerebralt kar sprekker, oppstår det en hjerneblødning. Ubehandlet høyt blodtrykk over lengre tid er en årsak til dette, i tillegg til bruk av blodfortynnende legemidler (Bertelsen, 2011).

Hjerneslag er i dag den vanligste årsaken til at mennesker blir invalide. ”Fordi nevrologiske sykdommer ofte omfatter hjernebarkens øvre kunnskapslag, og fordi hjerneslag finner sted i venstre halvdel av hjernebarken fire ganger så ofte som i høyre halvdel, skades ofte evnen til å skape eller forstå språk” (Taylor, 2009, s. 33). Hjerneslag er den tredje største dødsårsaken i den vestlige verden. Det fører til nedsatt funksjonsevne fysisk, psykisk og sosialt. Hjerneslag har ofte innvirkning på pasientens kapasitet i forhold til å mestre hverdagens aktiviteter og sosial omgang. I dag anses hjerneslag som hovedårsakene til funksjonshemninger og handikap i den vestlige verden (Ginkel et al., 2010). Størrelsen på hjerneblødningen eller infarktets utslagsgivende for hvilke deler av hjernen som rammes, og hvilke symptomer som oppstår. Dersom symptomene går tilbake og sirkulasjonen blir normal i løpet av få minutter, kalles det et transitorisk iskemisk anfall (TIA) (Bertelsen, 2011).

3.2 Behandling av hjerneslag

Pasienten skal innlegges i sykehus med en gang, ved mistanke om hjerneslag (Bertelsen, 2011). Hjerneslag behandles med trombolyse og/eller platehemmende behandling. Ved trombolyse gis et legemiddel som aktiverer fibrinolyse, slik at embolier og tromboser løses opp. Behandlingen kan være effektiv, slik at senkomplikasjoner etter hjerneinfarkt reduseres. Trombolysbehandling kan gis inntil 3 timer etter hjerneinfarkt. Acetylsalisylsyre er en platehemmende behandling, og gis når hjerneblødning er utelukket (Aronsen et al., 2010).

For å unngå flere komplikasjoner, som liggesår, muskelatrofi og dyp venetrombose, er det viktig med tidlig rehabilitering. Dette bedrer også prognosen i forhold til best mulig bevarelse av funksjonsnivå (ibid.). Den slagrammede har økt sjanse for å kunne reise hjem og mestre utfordringene i hverdagen, dersom han får språktrening ved taleforstyrrelser og opptrening av lamme ekstremiteter tidlig. Omfanget av hjerneskadene styrer målene for rehabiliteringen, sammen med pasientens ønsker og hva funksjonsnivå før hjerneslaget (Bertelsen, 2011).

3.3 Konsekvenser av hjerneslag

Slagpasienter opplever isolasjon på grunn av tap av fritidsaktiviteter og arbeid, noe som kan øke risikoen for poststroke depresjon (PSD) og videre forverring av funksjonsnivå og livskvalitet (Korpershoek et al., 2011). Ved hjerneslag er lammelser en av de hyppigste funksjonsutfall, og rammer over 80 % av pasientene. De vanligste motoriske funksjonsnedsettelsene er økt tretthet, redusert kraft, nedsatt tempo, svekket motorisk kontroll, ukoordinerte bevegelser og forstyrret automatisering. Etter hjerneslag kan det forekomme begrensninger i aktiviteter. Det kan være læringsvansker, problemer med ADL-aktiviteter, kommunikasjon, bevegelse, evnen til å organisere sitt eget liv og utføre generelle daglige oppgaver. Faktorer som påvirker begrensningene går på pasientens følelse av mestring, oppfattelse av eget selvbilde, evne til å takle påkjenninger og følelse av kontroll på utfordringer (Helsedirektoratet, 2010).

Kognitive funksjoner reduseres i større eller mindre grad ved hjerneslag. Dette kan ha betydning for delaktigheten ved rehabilitering, vanskeligheter med ADL og delaktighet i samfunnet. Nedsatt mentalt tempo og aktivitet, samt økt tretthet er vanlig etter hjerneslag. Språk, oppfatning av rom og retning, initiativ, evnen til konsentrasjon og oversikt kan også bli

svekket. Slagpasienter blir ofte emosjonelle, og gråter lett (ibid.). En av de alvorligste konsekvensene etter hjerneslag er PSD. 33 % av alle slagrammede vil ha depressive symptomer som tap av interesse eller nedstemthet iløpet av sykdomsforløpet. Dette ses i sammenheng med dårlig restitusjon av funksjonsnivå, kommunikasjon og kognitiv funksjon. I tillegg reduserer lengre sykehusopphold det sosiale livet og øker fraværet fra arbeidslivet. Effektiv behandling fører til lavere nivåer av depresjon og bedre funksjonsnivå. Til tross for den høye forekomsten av PSD og dens virkning på det langsiktige utfallet, er depresjon lite gjenkjent/avdekket/diagnostisert og behandlet (Ginkel et al., 2010).

Iløpet av første måneden etter hjerneslaget dør ca 20% av de slagrammede. Mange slagpasienter opplever bedring av funksjonsnivå i opptil 1-2 år etter hjerneslaget. (Bertelsen, 2011). Martinsen (2003b) snakker om vedlikeholdsomsorg, hvor hensikten er å unngå forverring, samtidig som funksjonsnivå opprettholdes. Taylor (2009) ble fortalt av legene at ferdighetene som ikke var kommet tilbake iløpet av de seks første månedene var tapt for alltid. Hun sier at det ikke stemmer, da hun opplevde betydelige forbedringer i læringsevnene så lenge som åtte år etter hjerneslaget. Og da etter åtte år kunne hun si ”at hode og kropp var friske igjen” (s. 135). Pasientfokus er viktig for å få en større forståelse av slagrammedes opplevelse av konsekvensene etter hjerneslag. For å oppnå dette kan helserelaterte tiltak som hever livskvaliteten brukes så tidlig som mulig etter hjerneslaget (Almborg et al., 2010).

3.4 Hvordan forebygge hjerneslag?

Mye kan gjøres ved å endre levevaner, for å forebygge utvikling av hjerneslag. Ved å redusere saltinntaket i maten og øke inntaket av grønnsaker, frukt, fisk, kostfiber og magre melkeprodukter vil hjerte- og karsykdommer forebygges. Moderat alkoholinntak anbefales for å redusere risikoen for hjerneslag og særlig blødninger. Ved å røyke dobler man risikoen for å få et hjerneslag. Risikoen for å utvikle hjerneslag reduseres ved å slutte å røyke. Risikofaktor for å utvikle hjerneslag hos menn er overvekt, mens hos kvinner er det usikkert hvor stor risikofaktor dette er. Risikofaktorene for hjerneslag, som blodtrykk, blodsukker og lipider bedres ved vektreduksjon (Helsedirektoratet, 2010).

3.5 Rehabilitering etter hjerneslag

15 000 personer i Norge rammes årlig av hjerneslag. Av disse vil ca en tredjedel så å si gjenvinne fullt funksjonsnivå, men ca en tredjedel vil dø. Den siste tredjedelen vil få hverdagens aktiviteter påvirket av varig funksjonshemming, og vil være avhengig av andre. Mange vil ha behov for rehabilitering, hjelp og støtte. Den slagrammedes evne til å fungere i hjem og samfunn, samt utføre daglige aktiviteter påvirkes i varierende grad av funksjonsutfallene. Det er størst sjans for å gjenvinne tapte funksjoner dersom man kommer tidlig i gang med rehabilitering. Det er ikke avklart hva som er beste form for rehabilitering, men det er viktig å ta hensyn til pasientens livssituasjon og ønsker for det videre liv. Økt selvstendighet i dagliglivet er et hovedmål ved rehabilitering av slagrammede (Helsedirektoratet, 2010). Ved å praktisere ADL oppgaver, som påkledning, spise eller drikke bruker sykepleiere sine kunnskaper om mestringserfaring. Man starter med en enkel oppgave, som pasienten kan utføre. Det vil føre til en vellykket opplevelse og forbedre pasientenes mestringstro. Andre tiltak, som gjøres på bakgrunn av erfaring, er at pasienter inntar måltider sammen. Verbal overtalelse for å oppmuntre pasienten under daglig trening, samt fysiske faktorer, er hensiktsmessig for å kommunisere med pasient om tegn og symptomer relatert til hjerneslag (Korpershoek et al., 2011).

Helserelatert livskvalitet er en viktig del av livet etter å ha fått et hjerneslag. Tidligere forskning har avdekket flere variabler forbundet med livskvalitet etter hjerneslag, inkludert alder, kjønn, depresjon, trøtthet (fatigue), liggetid på sykehus, funksjons status og mengden av sosial deltakelse. Det er viktig for slagpasienter å finne tilbake til sine tidligere roller og vaner. En viktig del av rehabiliteringen er å legge til rette for pasientenes reintegrering inn i fellesskap, samt gjenopptagelse av deres tidligere roller i dagliglivet. (Almborg et al., 2010). Det er viktig at slagpasienter oppmuntres til å utføre oppgaver de finner vanskelige å utføre, at de får se andre pasienter utføre de samme oppgavene. Dette kan gi en følelse av fellesskap, at man betyr noe for hverandre, uavhengig av psykisk funksjonssvikt (Hummelvoll, 2012).

Den slagrammede må ha tillit til at sykepleieren vil ta vare på ham. Tillit skapes gjennom omsorg, som har med hvordan vi forholder oss til hverandre i hverdagen (Lillestø, 2010). Omsorg har en stor betydning for bedringsprosessen og er i alt hjelpearbeid viktig. Sykepleieren viser omsorg gjennom holdning og handling, hun ser pasientens behov i ulike situasjoner og handler utifra det. Sykepleieren bør oppmuntre til aktiviteter som pasienten behersker, knyttet mot tidligere interesser og gjøremål. De bør ikke være for krevende eller

langvarige, da slagpasienter ofte mangler motivasjon og initiativ. Dersom pasienten behersker disse aktivitetene, kan han oppleve styrket selvfølelse. ”Fellesaktiviteter som turer, jogging og svømming er ofte verdifulle fordi de bedrer den fysiske tilstanden og gir utløp for følelser og spenning. På samme tid gir det mulighet til fellesskapsfølelse” (Hummelvoll, 2012, s. 210).

I rehabiliteringsfasen er pårørende en viktig ressurs, og en god støtte for slagpasienten for at han skal kunne mestre tilværelsen. Som sykepleiere må vi spille på lag med så vel pårørende, som pasienten (Helsedirektoratet, 2010). Sykepleiere og familie må rose alle fremskritt, uansett hvor små de er, og gi positive tilbakemeldinger. Resultatene av rehabiliteringen er avhengig av mestringsstyrkende tiltak i den daglige sykepleien. Tro på egen mestring kan hjelpe slagpasienter til forbedret kontroll av sin sykdom (Korpershoek et al., 2011).

Tverrfaglig team skal planlegge pasientforløpet for den enkelte så tidlig som mulig etter at den mest akutt fasen er gjennomført. Det er da viktig med riktige pasientopplysninger angående pasientens sosiale nettverk, den fysiske og psykiske helsen, evt. hjelpetiltak og boligforhold. Dette skal gjøres sammen med pasienten, pårørende og det kommunale hjelpeapparatet. En individuell plan har som formål å sikre at pasienter med sammensatte behov får et helhetlig, koordinert og tilpasset tilbud. Alle de involverte tjenesteyterne skal sammen med pasienten skape helhet og sammenheng med koordinering av tjenestene (Helsedirektoratet, 2010). Med dette forstår vi at en individuell plan (IP) skal si noe om hvem som deltar, hva de skal gjøre, pasientens behov, hvordan og når disse skal utføres, og over hvor lang tid. Det finnes ingen mal for IP, den forandrer seg hele tiden etter pasientens behov. Den trenger ikke være omfattende, men det er viktig med tidsfrister og hvem som er ansvarlig, og at det skjer noe i forhold til det som er bestemt. Det er viktig å ta brukeren på alvor, vise respekt, lytte, bruke et språk som pasienten forstår, og huske på at det er brukerens plan.

4. DEPRESJON

4.1 Hva er depresjon?

”Depresjon er et samlebegrep for flere tilstander som spenner fra mild via moderat til alvorlig grad. Forklaringsmodellene er mange og viser at depresjon er vanskelig å forstå tilfredsstillende” (Hummelvoll, 2012, s. 219). Graden av symptomer bestemmer graden av depresjon. Depresjon er i dag et av de største helseproblemene vi har, oppstår hyppig og kommer i både lette og alvorligere former. En depresjon kan oppstå når en person har vært igjennom store skuffelser eller påkjenninger i livet (Skårderud et al, 2010). Minst en fjerdedel av pasientene som overlever hjerneslag utvikler depressive reaksjoner, som er knyttet til dårligere funksjonsnivå. Det er vanskelig å si om de depressive reaksjonene skyldes depresjon eller om det rett og slett er en sorgreaksjon (Kouwenhoven et al., 2012).

Alvorlig sykdom kan føre til sorgreaksjoner som er av de dypeste og mest langvarige. Denne type sorg går over med tiden, dersom man har ressurser i og rundt seg som kan hjelpe en gjennom sorgprosessen. Da vil man finne tilbake til mening og livsglede. Grensen mellom sorg og depresjon er uskarp, og det er flere grader av depresjon. Svekket selvfølelse og depresjon kan komme av motgang, tap og skuffelser. (Skårderud et al., 2010). Den deprimerte sliter med pessimisme, lav selvaktelse og tristhet. Dette sammen med nedsatt fysisk og psykisk energi gjør at den deprimerte føler håpløshet og arbeidsoppgaver blir derfor vanskelig å konsentrere seg om. Lav selvaktelse er det viktigste helsehinderet for deprimerte, som igjen fører til manglende mestring (Hummelvoll, 2012). Fysiske og psykiske forandringer, som over 2 uker er økende eller uforandret, kan kalles depresjon utifra diagnosesystemet ICD-10. Vanlige symptomer er søvnforstyrrelser, forandret døgnrytme, tretthet, isolering, nedstemthet og lite initiativ. Mange opplever avflating av følelser, manglende evne til å glede seg samt mimikkløshet. Kroppens funksjoner går på sparebluss og appetitten går ned. Pasienten opplever ofte en negativ spiral av grublerier og økonomiske bekymringer. Disse belastningene gjør at pasienten er mer utsatt for psykiske tilleggssymptomer, spesielt depresjon (Skarstein, 2000).

Symptomer som er blant de mest oversette etter hjerneslag er emosjonell ustabilitet. De viktigste er energitap med tretthet og nedsatt aktivitet, manglende interesse og glede samt redusert stemningsleie. 10-25 % av slagrammede opplever emosjonell ustabilitet, umotivert gråt som oftest og latter er kjennetegn på dette. I løpet av første måned etter hjerneslaget bør pasienten vurderes med tanke på depresjon (Helsedirektoratet, 2010).

Studien til Kouwenhoven et al., (2011b), viser at selv om det i litteraturen er uoverensstemmelser om hvorvidt depresjon er en vanlig tilstand i den akutte fasen etter hjerneslag, inntreffer i første måned, eller en tilstand som vanligvis oppstår på senere stadier, så er PSD i tidlig fase etter hjerneslag et velbegrunnet fenomen. Fysiske, psykiske og kognitive svekkelser inkludert angst, trøtthet, søvn-problemer, konsentrasjon og kommunikasjon problemer, tap av appetitt, stress, kriser og sorg, kanskje har implikasjoner på PSD, spesielt innenfor akutt fase. Depresjon etter hjerneslag har vært forbundet med forskjellige faktorer som hjerneslagets egenskaper, fysiske og kognitive faktorer, personlighet og søvnproblemer. Sammenhengen mellom plasseringen av hjerne lesjon, utvikling og alvorlighetsgrad av PSD har vært et spørsmål for intens forskning og kontinuerlig kontrovers. Det er ikke nok informasjon til å gjøre en konklusjon på dette emnet, og videre forskning er nødvendig.

4.2 Behandling av depresjon

I løpet av de første månedene etter hjerneslag er risikoen størst for utvikling av depresjon. En tredjedel av alle slagpasienter har på et tidspunkt etter hjerneslaget opplevd depressive symptomer eller sykdom. Unge slagpasienter får forbedret helserelatert livskvalitet ved behandling av depresjon. I de første månedene etter hjerneslaget oppnår de også bedre funksjonsnivå i dagliglivets aktiviteter. Depresjon er også forbundet med begrensning av sosiale aktiviteter. Seks måneder etter hjerneslaget opplever mange pasienter manglende meningsfulle aktiviteter og sosiale restriksjoner, noe som igjen kan føre til forverring av depresjon og livskvalitet. For slagpasienter er det å delta i samfunnet og sosiale aktiviteter vanligvis viktigere enn å få tilbake spesifikke fysiske funksjoner. Begrensning i fritidsaktiviteter og utfordringer ved feriereiser påvirker livskvaliteten negativt hos slagpasienter (Almborg et al., 2010).

For å kunne gi adekvat hjelp må man samle data på en helhetlig måte. Man må hjelpe pasienten å mestre de ulike konsekvensene av depresjonen, slik at pasienten opplever en følelse av å ha kontroll over sin livssituasjon. Pasienten må kunne få hjelp til å gjenkjenne og uttrykke følelser, bearbeide meningsløshet, samt hjelp til å styrke sin selvaktelse. For å få til dette "trenger sykepleieren kunnskaper om fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter i vedkommendes situasjon" (Hummelvoll, 2012, s. 206). Behandling av depresjon kan gjøres både medikamentelt og ikke-medikamentelt. Pasienten bør oppfordres til fysisk aktivitet og trening, sammen med støttesamtaler rettet mot depresjonen. Det er også viktig med

informasjon til pårørende og pasient for eksempel ved et Lærings- og mestringssenter eller ved en slagskole (Helsedirektoratet, 2010). Dersom pasienten oppnår selvaktelse, innsikt og tro på egen mestring gjennom behandling og omsorg er behandlingen vellykket.

”Grunnholdningen i arbeidet med deprimerte mennesker hviler på solid erfaringskunnskap om at de fleste kommer ut av lidelsen med en sterkere livsfølelse og en mer realistisk oppfatning av seg selv og andre” (Hummelvoll, 2012, s. 219).

En vesentlig del av det samlede behandlingstilbudet vil være fysisk omsorg og pleie. Berøring formidler omsorg og bekreftelse, når ord tilsynelatende ikke når frem. Stell og personlig hygiene kan være et ork for den deprimerte, og det kan være uoverkommelig å ta selv den enkleste avgjørelse. Sykepleieren må hjelpe pasienten å dekke sine grunnleggende fysiske behov under slike omstendigheter, men dette må tilbakeføres til pasienten når tilstanden bedres. Det er imidlertid sykepleierens ansvar å sørge for at pasienten får nok søvn og tilpasset aktivitet, sammen med ernæring og væske (ibid.). Taylor (2009) forteller at etter hjerneslaget måtte hennes hjerne isoleres og beskyttes mot sansemessig stimulering, som var uutholdelig og ble oppfattet som støy. Dersom hun ikke respekterte hjernens behov for søvn, opplevde hun grusomme smerter og ble fysisk og psykisk redusert. Slik hadde hun det i mange år. Det var avgjørende for hennes helbredelse at søvnens legende kraft ble respektert. Som hun sier i boka: ”...jeg er og blir en iherdig talsperson for fordelene ved søvn, søvn og mer søvn, avbrutt av perioder med læring og kognitive utfordringer” (s. 136).

4.3 Hvordan påvirkes livskvaliteten av depresjon?

Næss (2011) definerer livskvalitet som: ”En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative” (s.18). Vi tolker det dit hen at kognitive opplevelser inneholder synsinntrykk, tanker og hvilken forståelse man får av ulike inntrykk, mens affektive opplevelser er følelser.

Studien til Almborg et al., (2010), viser at hjerneslag påvirker livskvaliteten, og depressive symptomer er forbundet med lavere livskvalitet. Pasientenes prestasjoner av personlige aktiviteter gikk ned etter hjerneslaget. Bare 20 % av pasientene utførte sine interesser, som før hjerneslaget ble forbundet med bedre livskvalitet, i fysiske roller og sosial fungering. Det er også kjønns-forskjeller i livskvalitet, med kvinner som viser lavere livskvalitet enn menn.

Dette vil vi ikke komme videre inn på her, grunnet oppgavens avgrensninger. Ved å utføre fritids- og sosiale aktiviteter oppnår man høyere livskvalitet. Tidligere studier har vist at pasienter med hjerneslag manglet meningsfulle aktiviteter seks måneder etter hjerneslaget, og at kjedsomhet kan føre til depresjon og forverring av funksjon, som i sin tur påvirker livskvalitet. Interesser og sosiale aktiviteter (innen- og utendørs, sosialt og på fritid), er forbundet med høyere livskvalitet. Faktorer som interesser, yngre alder, utdanning (grunnskole), kortere liggetid, samt evnen til å utføre personlige og sosiale aktiviteter, er knyttet til høyere helserelatert livskvalitet (ibid.). Andre viktige faktorer for opplevelse av livskvalitet ser ut til å være gode mestringsstrategier og høyt funksjonsnivå (Helsedirektoratet, 2010).

Opplevelsen av tapt uavhengighet, selvfølelse, sosiale roller, sikkerhet, kontroll og fysiske funksjoner påvirker livskvaliteten til pasienten som lever med kronisk sykdom, og hans pårørende. Det er avhengig av pasienten, hans pårørende og nettverket rundt, hvordan han mestrer sin tilværelse. Livskvalitet er et sentralt begrep i sykepleien, og flytter oppmerksomheten fra diagnose til hele mennesket og dets liv (Fjørtoft, 2006).

4.4 Hvordan påvirker depresjon rehabilitering etter hjerneslag?

I forhold til depresjon er den akutte fasen etter hjerneslag av spesiell interesse. Uavhengig av tidlig, middels eller sene stadier etter hjerneslaget, er forekomsten av depresjon lik. Noen studier viser at PSD forekommer oftere iløpet av første måned etter hjerneslaget, enn på senere stadier. Andre viser sammenheng mellom depresjon på tidlig stadium og fortsatt depresjon på senere stadium. Det er en sammenheng mellom lavt funksjonsnivå før slag og utvikling av PSD. Det er betydelig sammenheng mellom alvorlighetsgrad av hjerneslaget og funksjonssvikt, og depressive symptomer etter den akutte fasen. Alvorlig svikt i funksjonsnivå eller fysisk avhengighet er forbundet med PSD. Å ikke være i stand til å gå er funnet å være en statistisk betydelig faktor på depressive lidelser. En velkjent konsekvens av hjerneslag er inkontinens, og dette kan være et tegn på depresjon. Smerter, særlig magesmerter, og kroppslig ubehag kan også være tegn på depresjon. Det er en klar forbindelse mellom søvnapnø og depresjon etter hjerneslag. 45% av deprimerte slagpasienter opplever søvnforstyrrelser (Kouwenhoven et al., 2011b).

Depresjonen kan gjøre at pasienten mister alt håp om bedring og en meningsfull fremtid. Det er derfor viktig at menneskene rundt pasienten oppmuntrer og bidrar til å opprettholde håpet. ”Opplevelse av mening og sammenheng er avgjørende for å makte og mestre livssituasjonen og fremme helse” (Hummelvoll, 2012, s. 211). Rehabiliteringsprosessen blir negativt påvirket av depressive symptomer. Den slagrammede har liten effekt av rehabiliteringstilbudet når det er et høyt nivå av depressive symptomer i den akutte fasen, i forhold til når det er et lavere nivå av depressive symptomer. Oppholdet blir lenger og mulighetene for å oppnå uavhengighet i ADL i løpet av de seks første månedene etter hjerneslaget blir redusert. PSD kan kanskje komplisere og forsinke rehabiliteringen etter slag og signaliserer et dårligere utfall og økt funksjonell avhengighet i forhold til ikke-deprimerte slag-overlevende (Kouwenhoven et al., 2011b).

Kari Martinsen sier: ”Omsorgsarbeid i sykepleien er vesentlig rettet mot ikke selvhjulpne personer som er syke eller pleietrengende. Å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet innebærer en rekke forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon” (Alvsvåg, 2010, s. 421). Vi har erfart gjennom våre praksisperioder at det å gi omsorg til pasienter favner mange begreper, som det å hjelpe, ta hensyn til, vise omtanke og bekymre seg for. Alle pasienter er avhengige av at sykepleieren utfører sine handlinger på en riktig og god måte, og at det er de riktige handlingene (ibid.).

”Det ser ut til at de mestringsstrategier man velger i belastningssituasjoner påvirker både den somatiske og psykiske helsen” (Skarstein, 2000, s. 193). Med mestringsstrategier forstår vi ulike tilnæringsmåter vi som sykepleiere kan bruke ovenfor pasienten, for å øke hans tro på at han klarer å gjennomføre ulike tiltak. Studien til Korpershoek et al., (2011), viser at det å ha tro på egen mestring, altså at man tror man klarer, fører til ønskede resultater som for eksempel forbedret helse. Den beste måten å påvirke egen mestringsevne er å erfare mestring gjennom vellykket utførelse av en oppgave. Andre måter å påvirke sin mestringsevne er å observere andre som utfører lignende oppgaver, verbal oppmuntring/overtalelse fra familie eller helsepersonell, samt fysiologiske tegn som angst, stress, opphisselse og humørsvingninger gir informasjon om oppfatninger av effekt. Man oppnår best resultater når mestring er tilstede. Tiltak som styrker tro på egen mestring kan ha en positiv innflytelse på mobilitet, ADL, depresjon og helserelatert livskvalitet hos mennesker med hjerneslag. Sykepleiere kan spille en viktig rolle i disse tiltakene.

For å bygge opp den psykiske helsen, er det viktig at den slagrammede opplever et trygt og godt miljø i rehabiliteringsfasen. Det er viktig å redusere smerter og sosial isolasjon, som er medvirkende årsaker til depresjon (Helsedirektoratet, 2010). Pasienten kan trekke seg tilbake fra familie og venner, da depresjonen er gjør at den slagrammede mister interessen for det han tidligere syntes var meningsfulle aktiviteter. Det er derfor viktig å involvere pårørende i samtale og samarbeid. De trenger informasjon og kunnskap om sykdommen, og kunnskap om hvordan de best kan hjelpe pasienten (Hummelvoll, 2012).

Tiltak som skaper tro på egen mestring er viktig i den daglige omsorgen for pasienter med hjerneslag. Funksjonsnivå og den helserelaterte livskvaliteten forbedres ved høy følelse av tro på egen mestring, og dermed reduseres depresjonen (Korpershoek et al., 2011). Depresjonen kan forebygges med fysisk aktivitet og trening. Man oppnår økt velvære og glede, sammen med bedret fysisk form, bedret søvn og et mer tilfredsstillende forhold til egen kropp. Ved økt kroppskontroll er det rimelig å anta at depresjonen raskere går over. Ved å være i aktivitet vil man oppnå større glede og mestring, enn når man er inaktiv. Da man orker lite er trangen til å ligge stor, men uansett hvor dårlig pasienten føler seg vil regelmessig fysisk aktivitet sammen med personalet være gunstig for livssituasjonen til den deprimerte (Hummelvoll, 2012). Studien til Almborg et al., (2010), viser at det er en sterk sammenheng mellom humør og livskvalitet. Forekomsten av depresjon etter hjerneslag er kompleks og kan forklares med både biologiske og sosiale faktorer. En vesentlig del av rehabilitering etter hjerneslag er oppdagelsen og behandling av depressive symptomer.

5. DRØFTING

Vi vil her drøfte vår problemstilling; ”*Kan vektlegging av mestring hos slagpasienter redusere mulighetene for utvikling av depressive reaksjoner?*”

Vi vil først ta for oss pasientens opplevelser og mestringens betydning, for å få en forståelse for dette og avdekke hvilke utfordringer denne pasientgruppen opplever. Så vil vi ta for oss sykepleierens rolle knyttet opp mot tiltak som motiverende intervju, det å lytte til pasienten, stell-situasjoner og aktivitet, samt kunnskap. Vi har ikke funnet tid til å sette oss grundig inn i motiverende intervju, og vil da heller ikke bruke mange ord på forklaring av dette under tiltak i drøftingen. Vi vil ikke komme nærmere inn på livsrevurderende terapi og støtteprogrammer grunnet oppgavens begrensninger på antall ord. Det er gjennom drøftingen vi får frem hva som finnes av kunnskap rundt vår problemstilling rettet mot slagpasienter (Dalland, 2012).

5.1 Pasientens opplevelser

Vi må som sykepleiere se hver pasient som unik. Som sykepleiere vil vi gjennom erfaring og kunnskap kunne se mulighetene for den enkelte pasient. ”Pleien blir en tilrettelegging og oppfølging av livsprosesser som er i gang allerede (Martinsen, 2003a, s. 64). Slagpasienter beskriver følelsen av å leve et liv i nyanser av grått, og i dette legger de en forståelse av å være fanget i egen kropp og ny livsverden, samt å miste seg selv som den personen man var. Ved å lytte til pasientens og pårørendes opplevelse av hjerneslaget, vil vi bedre kunne gi informasjon basert på dialog, samt legge til rette for veiledning og støtte i den akutte fasen. Sykepleiere kan bistå i å avklare mål, finne mestrings- strategier, se nye muligheter og gjenoppdage de positive sidene ved livet. Dette innebærer en prosess som balanserer håp og realisme. De første månedene etter hjerneslag består ikke av en lineær prosess, men en stadig skiftende prosess der pasienten opplever ambivalens i forhold til seg selv og sin verden (Kouwenhoven et al., 2012). Taylor (2009) skriver i sin bok om hvor viktig det var for henne at alle rundt henne, inkludert helsepersonell, tok utgangspunkt i at hun ikke visste noen ting fordi hun ikke kunne tenke lineært. På den måten kunne hun lære alt på nytt, helt fra begynnelsen. I praksis har vi opplevd at helsepersonell har et forbedringspotensiale når det kommer til akkurat dette. Grunnen til at hun ble frisk, var avhengig av hennes evne til å dele alle oppgaver inn i mindre delmål. Tålmodighet fra menneskene rundt henne, var avgjørende for at hun skulle lære på nytt. Hun sier at ”Av og til var det nødvendig at de viste meg ting

igjen og igjen, helt til kroppen og hjernen forsto hva jeg lærte” (ibid., s. 144). Vi har opplevd flere episoder hvor helsepersonell har blitt både frustrerte og sinte på slagpasienter, fordi pasienten ikke skjønner hva han skal gjøre ved enkle oppgaver.

Studien til Kouwenhoven et al., (2012), belyser slagpasienters opplevelser, og hvordan livet endrer seg fra en dag til en annen. Hjerneslaget ble et vendepunkt i pasientenes liv. Det forutsigbare livet, og det som de før tok for gitt, er erstattet med ukjent og ukontrollerbart innhold. Når pasientene ble spurt om å beskrive sine erfaringer, utdypet de ikke depressive reaksjoner, men ga uttrykk for hvordan/hvor mye hjerneslaget hadde forandret deres liv. Dette gjør det vanskelig å forstå essensen av fenomenet. Og spørsmålet er da om det er en depresjon eller en normal reaksjon på tap. Forholdet mellom normal tristhet og klinisk depresjon er anerkjent. Å gjennomgå et hjerneslag har blitt beskrevet som en liten død, eller en personlig katastrofe. Depressive reaksjoner etter hjerneslag har vanligvis vært knyttet til klinisk depresjon og observert gjennom kjente kriterier. Uavhengig av om depressive reaksjoner er en del av en psykologisk reaksjon eller et resultat av nevrobiologiske forandringer i hjernen. Noen pasienter beskriver kroppslige endringer som en årsak til at de føler seg fanget i egen kropp. De forteller om følelsen av å være en de ikke kjenner og kan stole på. Noen erfarer at forventninger og evner til å utføre forskjellige oppgaver ikke passer sammen. Martinsen (2003a) fokuserer på hvordan pasientens opplevelser ikke kan bortforklares, og at hans smerter og erfaringer med egen kropp viser seg for oss som sykepleiere. Dette gjøres gjennom tale og kroppsspråk av pasienten. I relasjon til pasienten er omsorg en grunnleggende verdi. ”Omsorg som moralsk skjønn er innlevelse i situasjonen, og en faglig vurdering basert på kunnskap som lidelsens grunner, kombinert med tiltak som kan avhjelpe lidelsen. Omsorg er både måten sykepleieren møter pasienten på, og måten hun handler på” (Kirkevold, 1998, s. 177). Taylor (2009) sier i sin bok noe om hvordan det å bli friskere ikke er noe man gjør alene, og at den prosessen påvirkes av alle rundt pasienten. For henne var det veldig viktig at alle rundt henne behandlet henne som om hun skulle bli helt frisk, uavhengig av hvor lang tid det tok

Kouwenhoven et al., (2012), forteller om hvordan det å være emosjonell, ha lett for å gråte, eller føle seg nedfor, ofte blir opplevd som å miste kontrollen over seg selv. Alle pasientene beskriver at de er slitne, føler seg utmattete eller mangler energi. Flere forteller om akutte behov for søvn. Utmattelse og manglende energi forbindes med evnen til å ta initiativ og vise utholdenhet. Flere av pasientene beskriver mangel på initiativ og ubeslutsomhet som et problem, og knytter dette til manglende energi. Taylor (2009) forteller at hun måtte bruke sin

energi på det som var riktig for henne, da energien hennes var begrenset. Noen opplever tretthet som lammende, andre beskriver å være mer passive etter å ha fått et hjerneslag. Til tross for viljen til å gjøre ting, er de ikke i stand til å ta seg sammen. De føler seg maktesløse og viser en passiv holdning. Mange slag pasienter er tydelige på at for å ha en vellykket rehabilitering trenger de å jobbe hardt, se etter nye muligheter og være aktive i prosessen med å gjenerobre egenomsorg (Kouwenhoven et al., 2012).

Vi som sykepleiere handler ut ifra erfaringsbasert kunnskap, mens pasientenes virkelighet er bundet til en subjektiv forklaring. Det er naturlig for pasienter med alvorlig eller livstruende sykdom, å lete etter tegn på håp. I pasientens liv vil håpet alltid være en sterk drivkraft. Meningen med livet kan bli borte, dersom vi mister håpet. For å mestre livet er håpet et sterkt holdepunkt, og vi tar avgjørelser og handler med utgangspunkt i dette. På ulike måter er alt vi gjør basert på håp (Kristoffersen & Breievne, 2005). Studien til Kouwenhoven et al.,(2012), viser at sykepleiere må ta hensyn til dybden ved livets endringer for slagrammede. Hjerneslag kan utfordre alle dimensjoner av livet, selv om den slagrammede har hatt et mindre slag, eller at endringen ikke er synlig. Opplevelsen av en forandret kropp skaper fysiske, kognitive og kommunikative utfordringer som påvirker livet som helhet. Tap blir knyttet til det å miste kontroll og å være avhengig av andre. Det å bli sett og hørt er ifølge Martinsen (2003a) både nødvendig og viktig for å oppnå gode relasjoner. Kouwenhoven et al., (2011b), viser at fysiske, psykiske og kognitive svekkelser inkludert angst, trøtthet, sove-problemer, konsentrasjon og kommunikasjon problemer, tap av appetitt, stress, kriser og sorg, kanskje har innvirkning på PSD, spesielt innenfor akutt fase.

Kouwenhoven et al., (2011a), viser at depressive symptomer etter hjerneslag, blir relatert til opplevelsen av tap. Det er ikke alltid et spørsmål om hvordan man reagerer på sykdom, kroppens funksjoner og rehabilitering, men også på hvordan man forholder seg til endret kropp og den nye livssituasjonen, og evne til å finne mening i situasjonen. Gamle voksne kan ha behov for at sykepleiere opprettholder håp, og finner evner. Håp er viktig for helse og velvære. Pasienten får styrke til å tro på fremtiden ved opprettholdelse av håpet. Vi trenger alle håp for å oppleve livet som meningsfullt og godt. (Kristoffersen & Breievne, 2005). I sin bok sier Taylor (2009) at oppmuntring fra menneskene rundt henne var viktig, det ga henne en følelse av å være verdifull, og hun ”måtte ha drømmer å jobbe mot” (s. 137). For henne var det viktig at menneskene rundt henne var glad i det mennesket hun kanskje ville bli, ikke bare i det mennesket hun var før hjerneslaget. Det kommer også frem i studien til Kouwenhoven et al., (2011a), at yngre voksne kan trenge støtte senere i prosessen, spesielt når de skal tilbake

til arbeid eller opplever andre krav. Rehabilitering etter hjerneslag er en langsiktig prosess, og må være individuelt basert på pasientens opplevelse av sin livssituasjon, samt justeres underveis.

Vi har i praksis erfart at depresjon forsinker rehabiliteringsprosessen. Pasientene fokuserer ofte på problemer og i stedet for løsninger. Studien til Kouwenhoven et al., (2011b), viser at forholdet mellom funksjonsnivå og depresjon er velkjente. Mer alvorlig hjerneslag er den eneste risikofaktoren for å utvikle depresjon etter hjerneslag. Redusert funksjonsevne og fysisk avhengighet er mest forbundet med depresjon etter hjerneslag, i løpet av den akutte fasen. Redusert kognitiv status er også forbundet med depresjon. Kouwenhoven et al.,(2012), viser at pasientene ikke nødvendigvis relaterte tilstedeværelse og opplevelse av depresjon i den akutte fasen til klinisk depresjon. Deres beskrivelser dreier seg om tap, fortvilelse og sorg, noe som er naturlige reaksjoner på tap. Det er ikke mulig å konkludere med om depressive symptomer hos pasientene var depresjon, sorg eller begge deler. Depressive symptomer har en stor innvirkning på livet, og sykepleiere bør understreke disse erfaringene for slagrammede. Det er viktig at vi som sykepleiere gir pasienten mulighet til å bearbeide tap og sorg, slik at det blir lettere for ham å fokusere på rehabiliteringsprosessen.

Slagpasienter opplever depressive symptomer og knytter sine erfaringer til PSD i den akutte fasen til tapene de har opplevd. Sykepleiere bør ta hensyn til de store forandringene i livet som slagrammede erfarer. Det er behov for videre forskning på PSD, hvordan depressive symptomer utvikler seg over tid, og effektive tiltak for å håndtere dette (ibid.). Ingen av studiene i Kouwenhoven et al. (2011b) belyser forbindelser mellom PSD og fenomener som anosognosi (manglende innsikt i egen funksjonssvikt), apati, tretthet eller følelsesmessige endringer. Og det er ingen studier som tar hensyn til fenomener som stress, sorg og bedrøvelse, eller undersøker deres relasjoner til depresjon i den akutte fasen etter hjerneslag. Verktøy for å måle depresjon i den akutte fasen etter hjerneslag finnes ikke, og må utvikles, da fysiske, psykiske og kognitive svekkelser kan føre til vanskeligheter i screening for depressive symptomer, spesielt i denne tidlige fasen. Kunnskapen om PSD i den akutte fasen er fremdeles begrenset.

5.2 Mestringens betydning

Mestring knyttes ofte til begrepet ”opplevelse av sammenheng” (sense of coherence) i sosiologien. Vi forstår det slik som at det å ha en meningsfull, håndterbar og begripelig livssituasjon, gir økt mestringsfølelse. Forskning som er gjort på slagpasienter og omhandler blant annet mestring, forbinder dette med livskvalitet (Helsedirektoratet, 2010).

Studien til Korpershoek et al., (2011), viser at det å ha tro på egen mestring kan hjelpe pasienter til å få mer kontroll over viktige sider ved sin sykdom. Sykepleiere legger vanligvis ikke vekt på mestringsfølelsen i den daglige omsorgen for mennesker med hjerneslag. De har en viktig rolle i rehabilitering av slagpasienter, og trenger å utøve mestringsstyrkende tiltak. Viktig å vektlegge mestringsstyrkende tiltak i omsorgen for pasienter med hjerneslag, i sykepleiepraksis og intern undervisning. Å ha tro på egen mestring er forbundet med betydelig høyere nivå av livskvalitet. En måned og seks måneder etter slaget, er det funnet betydelige sammenhenger mellom egenomsorg, mestringstro og livskvalitet. Ifølge Martinsen (2003a) er vår oppgave som sykepleiere å støtte pasienten i hans situasjon, gjennom vårt nærvær og faglige skjønn. Hvordan pasienten ser på muligheten for å mestre sin situasjon, er avhengig av om han opplever stress, samt hans kunnskaper og ferdigheter. Han vil ha en opplevelse av høy stressfaktor, dersom han helt mangler ferdigheter og kunnskaper om sin situasjon, og sjansen er da stor for at han vil velge en mestringsstrategi som er passiv og unnvikende. Har han derimot ferdigheter og kunnskaper om sin situasjon, vil han oppleve større kontroll, og ha en aktiv og direkte mestringsstrategi. Mange pasienter har ikke initiativ til å tilegne seg informasjon, og det er derfor viktig at vi som sykepleiere tar initiativ til dette (Kristoffersen, 2005).

Taylor (2009) forteller at for henne var det viktig at alle rundt henne hadde fokus på det hun klarte, og ikke det hun ikke klarte. Og hvordan det var nødvendig for henne at de rundt henne gledet seg sammen med henne over de fremskrittene hun gjorde, uavhengig av hvor små de var. Tro på egen mestring er betydelig forbundet med mobilitet, balanse, bevegelseshemninger, evnen til å gå, trappe-trening og det å komme seg inn og ut av stol. Mestringsstyrkende tiltak, som for eksempel organiserte fellestreninger og gruppeundervisning, er funnet å være effektivt og forbedrer pasientenes utfall. Tro på egen mestringsevne, overbevisningen om egne evner og kompetanse påvirker pasientenes evne til å lære. Tro på egen mestring er ikke integrert inn i omsorgsrollen som sykepleiere har for pasienter med hjerneslag. Sykepleiere bruker generelt ikke tiltak som gir mestringsfølelse, og

gir heller ikke psykisk omsorg til pasienter med hjerneslag. De er primært fokusert på funksjonell og praktisk omsorg. For å gi omsorg med høy kvalitet til slagpasienter trenger sykepleiere mer kunnskap om mestringstro, og hva effekten av de ulike tiltakene som gir mestringsfølelse, har på disse pasientenes utfall (Korpershoek et al., 2011).

Alt pasienten gjør for å beherske sin situasjon er mestring. Det kan være å takle akutt forverring av sykdommen, eller å forholde seg til funksjonstap over tid. Å oppleve mestring er positivt for livskvaliteten. (Fjørtoft, 2006). Korpershoek et al., (2011), belyser viktigheten av å skape mestringstro hos slagpasienter i den daglige omsorg og rehabilitering. Sykepleiere har en glimrende mulighet til å bruke mestringsfremmende tiltak i pleie og rehabilitering av pasienter med hjerneslag i ulike helseinstitusjoner som sykehus, sykehjem, rehabiliteringssentre og hjemmebasert omsorg. Det er også vår plikt i henhold til Helsepersonelloven (2012), samt Pasient- og brukerrettighetsloven (2012), å informere pasienten om hans tilstand og behandling.

Pasientens mestring av livssituasjon ved usikkerhet, tap og lidelse, påvirkes av livskvalitet, og livskvaliteten øker ved opplevelsen av håp. Ved alvorlige kriser og sykdom, har det å bevare håpet direkte innvirkning på forløpet av sykdommen, og overlevelse. Sykepleierens respekt, nærvær og hjelp til å finne håp, er noe både pasient og pårørende trenger, ”veien gjennom en livssituasjon med lidelse og tap er individuell og personlig” (Kristoffersen & Breievne, 2005, s. 177). Tro på egen mestring er positivt forbundet med mobilitet, ADL og helserelatert livskvalitet, og negativt forbundet med depresjon. Forvaltningen av slagenheter i sykehus, rehabiliteringssentre og sykehjem må legge til rette for bruk av mestringsfremmende tiltak i den daglige omsorgen for pasienter med hjerneslag. De trenger å sette av tid, rom og økonomisk støtte i sin politikk for å gjøre det mulig for sykepleiere å tilby pasienter muligheten å lære om mestringstro, og å øve og dele erfaringer med andre pasienter. Sykepleiere har en viktig rolle i gjennomføringen av denne kunnskapen i daglig praksis. Tro på egen mestring er positivt forbundet med mobilitet, ADL og helserelatert livskvalitet, og negativt forbundet med depresjon. (Korpershoek et al., 2011).

Ifølge Helsedirektoratet (2010) finnes det få studier som har fokus på mestring. Det finnes bevis for at informasjon bedrer pasienter og pårørendes kunnskap om slag, og har en liten positiv effekt på pasienttilfredshet og depresjon. Studien til Korpershoek et al., (2011), viser at mestringsfremmende tiltak og programmer må utvikles. Ytterligere forskning er imidlertid nødvendig for å undersøke effekten av mestringsfremmende tiltak levert av sykepleierne og

slagpasienters erfaringer med disse tiltakene. Implementering av mestringsskapende tiltak, som er kunnskapsbasert, i den daglige omsorgen for pasienter med hjerneslag, kan være en av de mange utfordringene som sykepleiere står overfor i fremtiden.

5.3 Sykepleierens rolle

Studien til Korpershoek et al., (2011), viser at sykepleiere må ta hensyn ikke bare til den fysiske restitusjon etter hjerneslag, men også til den psykiske og sosiale gjenfriskningen. Som sykepleiere, i pasientens rehabiliteringsfase etter hjerneslag, skal vi gi omsorg, råd og informasjon, tilrettelegge og skape et miljø for rehabilitering. Studier har vist at sykepleiere tilbringer en begrenset mengde tid med å tilby terapeutiske tiltak til slagpasienter. Dette er interessant da sykepleiere i rehabiliteringsfasen har ansvar for å hjelpe og trene pasienter i mobilitet, ADL og å gi terapeutiske tiltak for å forebygge depresjon og forbedre den helserelaterte livskvaliteten. Ved rehabilitering har sykepleiere som mål å hjelpe pasienter til å lære og å gjenvinne kontrollen over funksjonsnedsettelse og helse, samt å forbedre deres fremtidige perspektiver.

Grunnlaget for omsorg og sykepleie er ifølge Martinsen (2003a) å være engasjert i pasienten, ha innlevelse, vise moralsk skjønn og gjøre faglige vurderinger. Sykepleieren formidler de inntrykk hun får og viser det på en måte som gjør at pasienten føler seg forstått. Martinsen legger særlig vekt på sykepleierens ansvar ovenfor de pasientene hvor det å gjenvinne uavhengigheten er umulig. Dette er pasienter som på grunn av alder, sykdom eller andre forhold, lider og er avhengige av vår omsorg. For å kunne gi god sykepleie er det nødvendig å se sammenhengen mellom pasientens sosiale, kulturelle og livs-historie (Kirkevold, 1998). Å lindre lidelse er essensielt for å utøve god sykepleie. Dette kan gjøre ved å ivareta pasientens grunnleggende behov og/eller forhindre at lidelse oppstår. Som sykepleiere lindrer vi lidelse gjennom samarbeid med pasienten, slik at han føler seg ivaretatt. Det kan være å tilrettelegge miljøet rundt pasienten, eller gi rom for samtale. ”Hvis pasienten får hjelp til å bearbeide sorg og tap, vil han kunne finne sin egen vei ut av en personlig krise” (Kristoffersen & Breievene, 2005, s. 181). Med tanke på pasientens avhengighet, må sykepleiens verdigrunnlag være omsorg, som er sykepleierens svar på pasientens avhengighet. I situasjoner der funksjonshemninger og sykdomslidelse er fremtredende kommer avhengigheten til andre særlig godt frem (Kirkevold, 1998).

Studien til Ginkel et al. (2010) viser at sykepleiere har en oppfatning av at deres observasjoner, vurderinger og tolkninger av pasientenes symptomer er en viktig del av deres rolle i rehabilitering av pasienter med hjerneslag, sammen med å ta initiativ, administrere og overvåke terapeutiske tiltak. Sykepleieren fokuserer på viktigheten av å etablere et tillitsfullt forhold til pasienter, noe som er grunnleggende for å fremme håp og forebygge depresjon. Sykepleiere synes det er vanskelig å vurdere depresjon nøyaktig, grunnet mangel på tid og gode screeningverktøyer. ”Vi skal ikke finne en mening eller et håp for pasienten, men gjennom stellet av ham møte og tyde hans lidelse slik at han erfarer det suverene håp han lever i ” (Martinsen, 2003a, s. 77). Ved å møte pasienten med respekt for hans psykiske grenser, og fysiske, slik at han ikke føler seg krenket, ivaretar vi pasientens integritet (Brodtkorp, 2007).

Sykepleiere gjenkjenner symptomer på depresjon, men synes det er vanskelig å identifisere PSD på grunn av manglende kunnskap, kompetanse og opplæring, samt de manglende screeningkunnskapene. Måleinstrumenter som støtter deres observasjoner brukes sjelden. Studien til Ginkel et al., (2010), viser at informasjonsprogram reduserer alvorlighetsgraden av PSD. Det ble også funnet positive effekter ved livsrevurderende terapi (handler om å ha fokus fremover), motiverende intervju (samtaleteknikk for å oppmuntre til endringer), fysisk trening og støtteprogram (oppfølging i hjemmet etter utskrivning), for å redusere alvorlighetsgraden og antall pasienter med PSD. Det er behov for fortsatt forskning på hvordan sykepleiere kan hjelpe og støtte slagrammede og arbeide med depressive symptomer i den akutte fasen etter hjerneslag og hvordan depressive symptomer utvikler seg over tid (Kouwenhoven et al., 2012).

5.3.1 Tiltak

Vi kan alle komme i sårbare situasjoner hvor vi vil være avhengige av hjelp fra andre, og derfor bør vi som sykepleiere iverksette tiltak slik at alle pasienter får samme mulighet for et best mulig liv (Brodtkorp, 2007). Som sykepleiere skal vi ut i fra en faglig vurdering om hva som er det beste for pasienten, gi omsorg gjennom konkrete handlinger (Kirkevold, 1998). Studien til Ginkel et al., (2010), viser at det er mulig for sykepleiere å gripe effektivt inn for å redusere forekomst og alvorlighetsgrad av depresjon hos pasienter med hjerneslag. Tiltakene er tilgang på informasjon, livsrevurderende terapi, motiverende intervju, fysisk trening og støtteprogrammer. For å bedre stemningsleie til slagpasienter, ser det ut til at motiverende

intervju har effekt (Helsedirektoratet, 2010). Vi vil ikke komme nærmere inn på livsrevurderende terapi og støtteprogrammer grunnet oppgavens begrensninger på antall ord. For å skape motivasjon og interesse hos pasienten, kan man bruke motiverende intervju. Dette brukes for å stimulere pasienten til endringer, uten å vekke motstand. Det kan være til hjelp for at han skal komme i gang med endringen av sin livssituasjon (Ivarsson & Prescott, 2008). Fra praksis har vi erfart at pasienter som er vant til å være uavhengige, ikke er de første til å be om hjelp. Det er ikke alltid like lett å be andre om hjelp, og de sier ofte at de føler de er til bry. Det er viktig at vi som sykepleiere ser pasienter som ikke ber om hjelp, da dette er pasienter som ofte blir ”borte i mengden” av pasienter som ikke er redde for å be om hjelp. ”Det dreier seg om å sette seg inn i et annet menneskes situasjon, om å være nærværende og oppmerksomt rettet mot den andre” (Martinsen, 2003a, s. 92). Vår oppgave som sykepleiere handler blant annet om å hjelpe pasientene til å finne, opprettholde og holde fast ved håpet. Dette kan gjøre at pasienten opplever økt motivasjon og krefter underveis i sykdomsforløpet. Som sykepleiere skal ikke vi ta håpet fra pasienten. Virkelighetsforståelsen til pasienten og sykepleieren er ofte forskjellig, likevel skal vi som sykepleiere vise pasienten vår forståelse og være ydmyke nok til å erkjenne at pasienten kjenner seg selv best (Kristoffersen & Breievne, 2005). Det er viktig å vurdere om type tiltak passer med sykepleie. For eksempel må motiverende intervju gjøres i planlagte økter, og passer kanskje ikke inn i den daglige pleien i somatikken, det passer bedre for sykepleie til hjemmeboende og sykehjem (Ginkel et al., 2010)

Som sykepleiere er det viktig at vi bruker tid med pasienten, selv om han sier lite. Ved å være lydhør for pasientens ytringer, ser vi pasienten som verdifull. Deprimerte pasienter trenger lengre tid for å oppfatt og reagere, enn det som er normalt, og det er det viktig å ta hensyn til (Hummelvoll, 2012). Dette understøttes av Taylor (2009), som forteller i sin bok om hvor viktig det var for henne at folk kom innom, om så bare for noen minutter, hvor de snakket med henne, viste omsorg og hadde tro på hennes evne til å bli frisk. Sykepleiere opplever det å lytte til pasienter og ha en rådgivende rolle som en viktig del av pleie. Å lytte til pasienter, og gi råd, spiller en viktig rolle for å finne mål og retning for tiltak (Ginkel et al., 2010). Studien til Kouwenhoven et al., (2012), viser at tiltak bør starte tidlig, være fleksible og basere seg på individuelle behov. Tiltakene bør også ha fokus på temaer som er av betydning for slagrammede, være motiverende og mobilisere positiv selvfølelse og ha problemløsende strategier. Når Taylor (2009) ble stilt spørsmål, ga det best læring når spørsmålet hadde flere svaralternativer. Da ble hun tvunget til å ”åpne gamle arkivmapper eller skape nye” (s. 137).

Ved ja/nei-spørsmål trengte hun ikke å bruke tankevirksomheten sin. Dette har vi også erfart i praksis. Ved å stille slike spørsmål er det enkelt for pasienten å svare, men svaret er ikke alltid riktig i den gitte situasjonen. Taylor (2009) sier også at hennes hjerne ”var begeistret over ny stimulering, og når denne kom i balanse med tilstrekkelige mengder av søvn, var den i stand til mirakuløs helbredelse” (s. 134).

Vi har i praksis sett viktigheten av at pasienter får muligheten til å utføre de oppgavene de klarer selv, og stelle-situasjoner er et godt utgangspunkt for brukermedvirkning. I en travel hverdag er det fort gjort at vi som sykepleiere tar over disse oppgavene, da vi kan gjøre de raskere. På lang sikt er dette lite gunstig både for pasientens rehabilitering og samfunnsøkonomisk, da pasienten vil oppleve å bli mer pleietrengende. ”Omsorg er både måten sykepleieren møter pasienten på, og måten hun handler på” (Kirkevold, 1998, s. 177). Mobilisering må kunne gjøres 24 timer i døgnet, gjennom hele uka. Mobilisering bestemmes ut i fra funksjonsnivå, og kan være alt fra av- og påkledning til det å sitte oppe, stå eller ut å gå. Det er viktig at alt helsepersonell motiverer pasienten til å bedrive egenaktivitet, yte hjelp og hensiktsmessig veiledning ved behov. Da det er færre på jobb kveld, natt og helg, uavhengig av hvor vi jobber, er det viktig å benytte alle anledninger til mobilisering da all bevegelse er trening (Helsedirektoratet, 2010). En grunnholdning for sykepleiere i pasientkontakt er omsorg. Dette viser vi ved å leve oss inn i pasientens situasjon og foreta faglige vurderinger basert på kunnskap, samt iverksette tiltak. ”Forebyggelse kan skje ved å gjøre miljøet mindre farlig, mindre sykdomsproduserende eller/og gjøre individet bedre i stand til å tåle et farlig miljø, et sykdomsproduserende miljø” (Martinsen, 2003b, s. 150). Pasienter med depressive symptomer har en tendens til å unngå terapeutiske og sosiale aktiviteter mer enn ikke-deprimerte pasienter. Sykepleiere bør integrere dagliglivets aktiviteter og mobilitetsøvelser i den daglige omsorgen, og oppmuntre pasienter til å delta aktivt i fysioterapi og ergoterapi programmer. Sykepleiere spiller en viktig rolle i å tilrettelegge forhold som øker pasientdeltagelsen (Ginkel et al., 2010).

”Fysisk aktivitet har positiv effekt ved depresjon både for å hindre depresjonsepisoder og for å behandle dem, så vel akutt som på lengre sikt. Det er en fordel at den fysiske treningen skjer parallelt med vanlig behandling med medisiner og samtale” (Kjellmann et al., 2008, s. 275). Studien til Almborg et al., (2010), sier at pasienter mener utendørs aktiviteter er redusert etter hjerneslag, noe som kan være forbundet med begrenset mobilitet. Disse begrensningene i utendørs aktiviteter kan påvirke pasientenes daglige aktiviteter, ettersom de vil bli mer isolert i sine hjem, de kan ikke handle, besøke slektninger og venner, eller utføre fritids- og sosiale

aktiviteter. Kontakten med venner, naboer og slektninger gikk ned etter hjerneslag og var lavere enn i den generelle befolkningen selv tre år etter hjerneslag, noe som påvirket livet negativt. Yngre slagpasienter har som mål å gjenopprette sin tidligere sosiale posisjon, eller å tilpasse seg en annen livssituasjon, mens helsepersonellens mål for pasientene er å gjenopprette tapte funksjoner. Ifølge Kjellmann et al., (2008), fremmes positive tanker og følelser ved fysisk trening. Det øker også selvtilliten, bedrer evnen til selvkontroll. Pasienten får økt tro på at han kan takle egne problemer og utfordringer. Taylor (2009) forteller i sin bok om hvordan hun er blitt et annet menneske etter hjerneslaget, og hvilken lærdom det har gitt henne i positiv forstand. Etter slaget endret hjernen seg, i form av at den kreative delen av fikk mer plass, og hennes liv ble mer fargerikt.

Pasienter som har gjennomgått hjerneslag, og lider av PSD på et tidlig trinn, vil være i fare for fortsatt nedtrykning, dårligere resultater og økt funksjonell avhengighet, eller til og med død på senere stadier. Tidlig identifisering og behandling av PSD kan hindre de alvorlige effekter. Tilgang til informasjon, motiverende intervju, støtteprogrammer og fysisk trening har positiv effekt på alvorlighetsgraden av PSD. Antallet deprimerte pasienter blir redusert med motiverende intervju og fysisk trening (Kouwenhoven et al., 2011b). Sykepleiere observerer og gjenkjenner symptomer på depresjon intuitivt, og de finner evalueringen av sinnsstemningen vanskelig. Dette støttes av studier som er gjennomført med eldre pasienter som bor i sykehjem, innlagt på sykehus eller som mottar hjemmebaserte tjenester som viser lignende resultater. Strukturert bruk av screening instrumenter i den daglige pleien av slagpasienter bør øke sykepleierens tidlige gjenkjenning av depresjon (Ginkel et al., 2010).

Pasienter med høy mestringsfølelse fungerer bedre i daglige aktiviteter enn pasienter med lav mestringsfølelse. Faktorer som påvirker mestringsfølelse, og tiltak som gir mestringsfølelse, gjør det klart hvordan sykepleiere kan utvikle og tilpasse tiltak for mennesker med hjerneslag. Derfor er det nødvendig å ytterligere understreke rollen av mestringsfølelse i omsorgen for slagpasienter, i sykepleierutdanningen (Korpershoek et al., 2011). Videre forskning er nødvendig, med fokus på tidlig oppdagelse av PSD. Sykepleiere må her bruke screening instrumenter som er gyldige og pålitelige. Videre er det behov for forskning på utvikling og testing av sykepleietiltak som er basert på klinisk erfaring og annen forskning. Videre utvikling av kunnskapsbaserte sykepleietiltak for tidlig oppdagelse av PSD, vil forbedre ivaretagelse av PSD og utfallet hos slagpasienter (Ginkel et al., 2010). Dette støttes av Kouwenhoven et al., (2011a), som også mener det er behov for videre forskning på identifisering av effektive tiltak rettet mot forebygging eller forbedring av PSD. Videre bør

det forskes på to grupper som er spesielt sårbare, eldre voksne som bor alene, og voksne som opplever alvorlige trusler mot sine forpliktelser i familie- og arbeidslivet.

5.3.2 Kunnskap

Studien til Ginkel et al., (2010), viser at sykepleiere synes det er vanskelig å vurdere psykisk helse på grunn av manglende kunnskap, kompetanse og opplæring, samt de manglende screeningkunnskapene. Sykepleiere har beskrevet PSD som et viktig problem, og det trenger mer oppmerksomhet i den daglige pleie av pasienter med hjerneslag. ”Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke menneske der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre” (Martinsen, 2003a, s. 38). Tverrfaglig fokus på fysisk funksjon, mangel på tid og begrenset kunnskap hindrer sykepleiere fra å gi slagpasienter tilstrekkelig omsorg. Det er viktig å vurdere mer grunnleggende utdanning av sykepleiere, med tanke på pasienter med PSD. Utdanning og opplæring på hvilke tiltak som er effektive, hvordan og når man skal bruke dem, tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid, samt utdanne sykepleiere i hvordan de skal bruke screening-instrumenter for depresjon nøyaktig, er viktig (Ginkel et al., 2010).

Kouwenhoven et al., (2011b), viser at depressive symptomer etter hjerneslag er et betydelig problem, og at vurderingen av depresjon i den akutte fasen er viktig. Slagrammede som lider av depresjon på et tidlig stadium, vil stå i fare for fortsatt depresjon, dårligere resultater og økt funksjonell avhengighet, eller til og med død. Det er viktig å belyse depressive symptomer i den akutte fasen etter hjerneslag, da det kan hindre alvorligere konsekvenser. Støtteprogram som fokuserer spesielt på aktivering, initiere og overvåke behandlingen av PSD, er viktig. Det kreves en høy kompetanse i omsorgen for deprimerte pasienter med hjerneslag, og derfor vil disse tiltakene trenge sykepleiere med høy kompetanse (Ginkel et al., 2010). Depressive symptomer er vanlige i den akutte fasen etter hjerneslag. Graden av depresjon er avgjørende for dødeligheten etter 12 måneder. Verktøy for å måle depresjon i den akutte fasen etter hjerneslag mangler. Kunnskapen om PSD i den akutte fasen er begrenset, og det er et behov for fortsatt forskning på området (Kouwenhoven et al., 2011b).

Det er liten eller ingen oppmerksomhet rettet mot tro på egen mestring i grunnleggende og videreutdanning av sykepleiere (Korpershoek et al., 2011). Dette stemmer ikke helt etter vår mening, da vi føler at både skole og praksis har hatt fokus på mestring gjennom disse årene.

Det er viktig å utdanne sykepleiere om mestringstro og viktigheten av dette, da mestringstro har stor betydning i pleie og rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Sykepleiere må også lære å bruke mestringsstyrkende tiltak i den daglige omsorgen, og i opplæring av disse pasientene (ibid.). Depressive symptomer har en stor innvirkning på livet etter hjerneslag. Livssituasjon, grad av svekkelse etter slag, og sosial sammenheng påvirker slagrammede til å gå ulike veier (Kouwenhoven et al., 2011a). Som regel er handlingsalternativene mange, det handler om å finne alternativene som passer den enkelte pasient best i hans situasjon. For å kunne vurdere alternativene riktig trenger sykepleieren faglig innsikt, kunnskap og erfaringer (Alvsvåg, 2010).

6. KONKLUSJON

Hensikten med vår oppgave var å tilegne oss mer kunnskap om valgt tema, og finne svar på problemstillingen. Vi ønsket å se på depresjon etter hjerneslag, og hvilken betydning mestring og økt helserelatert livskvalitet har på reduksjon av depresjon. Vi har hatt fokus på pasientens opplevelser, mestringens betydning og sykepleierens rolle i forhold til dette.

Vi trodde ved oppstart av skriveprosessen at mestring og livskvalitet er viktig for å forebygge PSD. Det har vi nå funnet ut at ikke nødvendigvis stemmer. Tro på egen mestring har positiv effekt på helserelatert livskvalitet, men ikke så god effekt på depresjon. Fysisk aktivitet, informasjon, motiverende intervju og støtteprogram derimot, er tiltak som har god effekt på depresjon. Selv om tro på egen mestring ikke har god effekt på depresjon, ifølge forskningen vi fant, så er mestring en viktig del i pleien og rehabiliteringen hos slagpasienter. Det er viktig å mobilisere slagpasienter tidlig, gjerne iløpet av de første 24 timer, og i hvert fall iløpet av første uken etter hjerneslaget. Brukermedvirkning er en viktig faktor her, og i den sammenheng er det viktig å ta hensyn til pasientens tempo og behov for hvile. Det må være en balanse mellom aktivitet, hvile og søvn. Tid er en forutsetning for å kunne yte optimal sykepleie til denne pasientgruppen.

Det er i dag begrenset kunnskap om PSD i den akutte fasen. Vi har lært at sykepleiere gjenkjenner tegn på PSD, men har dårlige verktøy til å identifisere dette. Depressive symptomer er vanlig i den akutte fasen, og har stor innvirkning på livet etter hjerneslaget. All forskning vi har funnet peker på viktigheten av videre forskning på hvordan symptomene utvikler seg over tid, og hvilke tiltak som er effektive for å håndtere PSD. Det er behov for mer, og bedre opplæring av helsepersonell om PSD. Pårørende har stor betydning i rehabiliteringsfasen etter hjerneslag, og er en stor og viktig ressurs for pasienten og for oss som sykepleiere. Det er derfor viktig at vi gir informasjon og støtte også til pårørende under sykdomsforløpet. Som sykepleiere er det viktig at vi ser hver pasient som unik, med individuelle behov, og at vi tilrettelegger etter dette.

Hele prosessen med dette litteraturstudiet har vært lærerikt. Vi har fått mer kunnskap om temaet, og vet nå hvilke tiltak som kan iverksettes. Derfor er vi sikre på at vi vil være tryggere i møte med denne pasientgruppen når vi skal utøve sykepleie.

REFERANSELISTE

*Almborg, A.-H., Ulander, K., Thulin, A. & Berg, S. (2010). Discharged after stroke – important factors for health-related quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, **19**, 2196-2206. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03251.x

Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=bc2ca6e2-6d10-4366-8078-c7fa5b467386%40sessionmgr114&hid=111> 19.01.13. (11 sider).

Alvsvåg, H. (2010). Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (s. 391-416) Oslo: Akribe forlag.

*Aronsen J.M., Birkeland J.A., Munkvik M. & Sjaastad, I. (2010). Sykdomslære 2. Oslo: Gyldendal Akademiske (s.7-30, 23 sider).

Bertelsen, A. K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 314 - 336). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brodtkorb, K.(2007). Yrkesetikk. I T. E. Mekki & S. Pedersen. (Red.), *Sykepleieboken 1*, (s. 191 - 214). Oslo: Akribe.

Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving for studenter (5. utg). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Fjørtoft, A. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Ginkel, J. M. D. M.-V., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E. & Hafsteinsdóttir, T. B. (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

Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=1cb7e44c-a6d6-4c39-8450-47213d93f7a9%40sessionmgr113&hid=119> 14.01.13. (17 sider).

*Helsedirektoratet (2010). *Behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. (Nasjonale faglige retningslinjer, IS-1688). Oslo: Helsedirektoratet. (196 sider).

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 (2012). Lokalisert på: http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV*&& 18.02.13.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ivarsson, B. H. & Prescott, P. (2008). Motiverende samtaler om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 103-116). Oslo: Helsedirektoratet.

Johannessen, A., Tufte P.A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

*Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 168-182, 15 sider).

Kjellmann, B., Martinsen, E. W., Taube, J. & Andersson, E. (2008). Depresjon. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 275-284). Oslo: Helsedirektoratet.

* Korpershoek, C., Bijl, J. V. D. & Hafsteinsdóttir, T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1876-1894. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05659.x

Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bb522834-143f-4f8b-9742-2807d3355985%40sessionmgr104&vid=79&hid=17> 18.01.13. (19 sider).

*Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K., Biong, S. & Kim, H. S. (2011a). The lived experience of stroke survivors with early depressive symptoms: A longitudinal perspective. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 6(4), 1-13. DOI: 10.3402/qhw.v6i4.8491.

Lokalisert på:

http://www.researchgate.net/publication/51872471_The_lived_experience_of_stroke_survivors_with_early_depressive_symptoms_A_longitudinal_perspective 18.01.13 (13 sider).

*Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K. & Kim, H. S. (2011b). Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review. *Disability and Rehabilitation*, 33(7), 539-556. DOI: 10.3109/09638288.2010.505997

Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=bb522834-143f-4f8b-9742-2807d3355985%40sessionmgr104&hid=104> 18.01.13. (18 sider).

*Kouwenhoven, S. E., Kirkevold, M., Engedal, K. & Kim, H. S. (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

Lokalisert på:

<http://www.swetswise.com/FullTextProxy/swproxy?url=http%3A%2F%2Fonlinelibrary.wiley.com%2Fresolve%2Fdoi%2Fpdf%3FDOI%3D10.1111%2Fj.1365-2648.2011.05855.x&ts=1358248605060&cs=1464108198&userName=3156311.ipdirect&emCondId=3156311&articleID=166561809&yevoID=99029839&titleID=110561&referer=1&remoteAddr=158.39.247.223&hostType=PRO&swsSessionId=sJxJPbLzxQ1vin7n5zq9ow...pasc2> 15.01.13 (11 sider).

Kristoffersen, N. J. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 3* (s. 206-270). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2005). Lidelse, håp og livsmot. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (s. 157-205). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Lillestø, B. (2010). Sykepleiens tre dimensjoner. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (s. 391-416) Oslo: Akribe forlag.

*Martinsen, K. (2003a). *Fenomenologi og omsorg* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget. (101 sider).

*Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget. (44 sider).

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende Helsearbeid i teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

*Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet* (15-51). Bergen: Fagbokforlaget. (37 sider).

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2012). Lokalisert på:
<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> 18.02.13.

*Skarstein, J. (2000). Depresjon og somatisk sykdom. I M. B. Krüger, A. Lund, J. Skarstein & B. Stubhaug (Red.), *Depresjonshåndboka* (193-206). Oslo: Gyldendal Akademiske. (14 sider).

Skårderud, F., Stänicke, E. og Haugsgjerd, S. (2010). *Psykiatriboken: sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Taylor, J. B. (2009). *Med et slag – Hjerneforskerens reise fra hjerneslag til ny innsikt*. Trondheim: Cappelen Damm. (213 sider).

*Tellnes, G. (2007). Salutogenese – hva er det? *Michael quarterly*, 4, 144-149. Lokalisert på:
<http://www.dnms.no/pdf/2007/2-144-9.pdf> 25.01.13 (6 sider).

* = selvvalgt litteratur. Totalt antall sider: 738