

EKSAMEN

Emnekode: MPH451

Kandidatnavn: Kristine Aasum

Faktorer som kan ha betydning for
utvikling av depresjon etter hjerneslag

Factors that might be of importance
developing post-stroke depression

Dato: 18.05.2016

Totalt antall ord: 7100

Sammendrag

Bakgrunn: En større andel eldre i befolkningen, og større overlevelse etter slag i forhold til tidligere, vil trolig føre til at det blir flere tilfeller hjerneslag i fremtiden. Mange av disse vil sannsynligvis utvikle depresjon som en følge av hjerneslaget.

Hensikt: Å undersøke om det finnes faktorer som peker seg ut for utviklingen av depresjon etter hjerneslag. Dette er for å kunne se om det er spesielle sårbarhetsfaktorer helsepersonell bør være klar over for å være i bedre stand til å forebygge depresjon etter hjerneslag, samt understøtte de slagrammede i en vanskelig situasjon.

Metode: Denne studien er en systematisk litteraturstudie med en fortolkning av 12 vitenskapelige artikler. 4 av artiklene er av kvalitativ metode, 7 er av kvantitativ metode, og 1 artikkel består av en del kvalitativ, og en del kvantitativ metode. I artiklene ble hovedfunn kategorisert i 3 hovedkategorier med tilhørende sub-kategorier.

Resultat: Hovedfunn i denne studien var at *ulike funksjonstap av biologisk natur* hadde betydning for utvikling av post-stroke depression (PSD). Dette gjaldt spesielt det å være avhengig av hjelp fra andre for å kunne greie seg i hverdagen, og nedsatt energi etter slaget. Andre funn var nedsatt kognitiv funksjon og afasi. *Psykologisk sårbarhet* var en annen kategori, og viste at det å ha negative tanker, lave tanker om seg selv, og liten aksept for egen situasjon, kunne være faktorer som kan føre til PSD. Siste kategori var *sosiale utfordringer etter slaget*, som pekte på mulige faktorer i form av sosialt nettverk, eller mangel på sådan. Det å bli forhindret i å realisere planer, både i nåtid og fremtid som en følge av slaget, var også ett funn. Også mindre deltagelse i sosiale aktiviteter, og forpliktelser i form av roller den slagrammede selv hadde en forventning om å fylle, men som ikke stod i forhold til mulighetene, viste seg å være risikofaktorer.

Diskusjon: Funnene er viktige i seg selv, fordi de sier noe om sårbarhetsfaktorer for å utvikle PSD. Med økt kunnskap om risikofaktorer, kan disse funnene bli brukt i et forebyggende og helsefremmende perspektiv, hva psykisk helse angår. Depressive symptomer som følge av hjerneslag kan være avgjørende for livskvalitet og hvordan det går med den slagrammede. Derfor må symptomer ivaretas og følges opp.

Nøkkelord: stroke, depression, risk factors, PSD

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	i
Bakgrunn.....	i
Innholdsfortegnelse.....	ii
Introduksjon.....	1
Bakgrunn.....	3
Metode.....	6
Søkestrategi.....	6
Utvalgsstrategi.....	9
Fase 1 i utvalgsstrategien.....	9
Fase 2 i utvalgsstrategien.....	9
Fase 3 i utvalgsstrategien, analyse og kvalitetsgranskning av artiklene.....	10
Resultat.....	12
Diskusjon.....	18
Resultatdiskusjon.....	18
Metodediskusjon.....	22
Avslutning.....	23
Litteraturliste.....	25
Vedlegg.....	29

Introduksjon

Prognoser utarbeidet av Statistisk Sentralbyrå (2014), viser at Norges befolkning i 2031 vil være på over 6 millioner innbyggere, og i 2030 vil antall eldre over 67 år være på over 17%, i forhold til dagens nivå som er på 13%. Depresjon vil ifølge Fure (2007) forekomme hos 20-40% hos mennesker etter gjennomgått hjerneslag. Hvis man ser dette i forhold til antatt prevalens i fremtiden, så vil man ifølge Ellekjær og Selmer (2007) i takt med en økt andel eldre og bedre overlevelse i forhold til tidligere, vil befolkningen i Norge få over 50% økning i antall slagtilfeller frem mot 2030 dersom insidensen forblir uendret. De viser også til at det er begrenset med prognose for hjerneslag i Norge, men i sin studie kom de frem til forventede slagtilfeller i årene fremover på 11 000 førstegangsslag, og 3 500 residivslag.

Risiko for hjerneslag er en sjelden sykdom i yngre aldersgrupper, men fra 55 års alder ses en dobling for risiko for hjerneslag for hvert tiår, og om lag 3 av 5 hjerneslag oppstår etter 75 år. (Mathiesen et al. 2007).

Bak disse tallene er det mennesker som vil få sine liv forandret som en følge av hjerneslaget. Som sykepleier i eldreomsorgen, har jeg selv flere ganger vært vitne til eldre mennesker som har hatt hjerneslag, og noen av disse har også hatt depressive symptomer, og jeg har selv sett hvordan symptomene har påvirket livet i en negativ retning, til de som er rammet. Depresjon etter slag er ifølge Fure (2007) et fenomen som er komplekst, og som har symptomer som gir redusert livskvalitet fordi symptomene er plagsomme å leve med.

På bakgrunn av dette, ønsket jeg å se litt nærmere på mulige risikofaktorer for å utvikle depresjon etter hjerneslag, både for å få økt kunnskap om, men også for å få en bedre forståelse for eventuelle risikofaktorer, noe som igjen kan brukes i arbeidet med psykisk helse. Ikke bare for å kunne gjenkjenne og vurdere mulige risikofaktorer, men også som ett ledd i å bruke kunnskapen til å være i bedre stand til å fremme psykisk helse og forebygge psykisk uhelse etter hjerneslag. Kirkevold et al. (2014) sier at depressive symptomer etter hjerneslag kan være avgjørende for hvordan det går med pasienten, og at det derfor er viktig at symptomene på depresjon følges opp og ivaretas.

Med økt kunnskap om fenomenet depresjon etter hjerneslag, vil man kanskje enda bedre se at ett menneske med hjerneslag ikke bare er et rehabiliteringsprosjekt i fysisk forstand, men også et menneske som trenger fokus på det psykiske og det sosiale aspektet. Kirkevold et al. (2014) advarer da også mot at en biologisering av pasienten, kan føre til at vi mister fokus på pasienten, og utdyper dette med at forskning som er gjort på feltet, i stor grad har vært konsentrert rundt det biologiske og det psykiske, og ikke på PSD slik de slagrammede selv opplever det, eller ut fra et samfunnsperspektiv.

Med utgangspunkt i overnevnte blir min hensikt med oppgaven ***å undersøke mulige faktorer som kan ha betydning for utvikling av depresjon etter hjerneslag.***

Bakgrunn

Hjerneslag er ifølge WHO (World Health Organization, 2016), forårsaket av en forstyrrelse av blodforsyningen til hjernen, vanligvis fordi et blodkar ryker, eller blir blokkert. Dette stopper tilførselen av oksygen og næringsstoffer til hjernen, og forårsaker skader på hjernevevet. Symptomer kan være plutselig nummenhet eller nedsatt kraft i ansikt, arm eller bein, vanligvis på den ene halvsiden av kroppen. Andre symptomer kan være forvirring, vanskelig for å uttale ord eller tolke det som blir sagt, synsforstyrrelser, svimmelhet, balanseproblemer, kraftig hodepine uten noen kjent årsak og besvimelse. Død kan inntreffe, samt forskjellige nivå av funksjonssvikt, hvor noen vil ha behov for hjelp i activities of daily life (ADL).

Ifølge Engedal og Wyller (2006) vil omtrent en tredel av de som overlever et hjerneslag, få varige funksjonsskader som gjør at de blir avhengige av hjelp i det daglige. En tredel vil få redusert funksjon, men vil allikevel ikke bli avhengig av daglig hjelp. En tredel vil bli helt eller nesten restituert. Ellekjær og Selmer (2007), viser i sin litteraturstudie om prevalens og prognose om hjerneslag i Norge i fremtiden til at det vil bli flere slagtilfeller og økt pleiebehov som følge av slaget. En forventet økning i antall slagtilfeller vil bli en stor utfordring for helsetjenesten i fremtiden.

Helsedirektoratet (2010) viser til at hovedmålet etter et hjerneslag er rehabilitering, hvor målet er å oppnå best mulig funksjons – og mestringsnivå, selvstendighet og deltakelse sosialt, og i samfunnet. De slagrammede bør få best mulig trening som gjør de i best mulig stand til å delta i de aktiviteter de ønsker. Forholdene bør også legges til rette i miljøet til den slagrammede, med sikte på å oppnå størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.

Depresjon vil, som nevnt innledningsvis, ramme 20-40% av de slagrammede (Fure,2007). Ifølge WHO (2016b), er depresjon blant voksne rangert på en fjerdeplass over de 10 lidelser i verden som fører til størst tap av livskvalitet og leveår. Depressive lidelser fører til store personlige omkostninger for den som rammes, og for deres pårørende. I tillegg fører det til store økonomiske og samfunnsmessige omkostninger.

Depresjon er ifølge Helsedirektoratet (2009) en diagnose der sentrale symptomer er senket stemningsleie, mangel på interesse og glede over aktiviteter, tretthet og lite energi. Noen andre symptomer kan være:

- Redusert evne til konsentrasjon og oppmerksomhet
- Redusert selvtillit og selvfølelse
- En følelse av skyld, og mindreverdighetsfølelse
- Negative tanker, og tanker om fremtiden preget av pessimisme
- Trøtthet, vanskelig for å ta initiativ og beslutninger.
- Tanker om selvmord
- Søvnproblemer
- Økt eller nedsatt appetitt
- Angst
- Psykomotorisk retardasjon eller agitasjon

Depresjon er en vanlig tilstand etter slag, men forblir ofte hverken identifisert eller diagnostisert. Tilstedeværelse av depresjon etter slag, vil ha stor betydning for det biologiske, psykologiske og det sosiale aspektet i livet til den som blir rammet og deres familie (Moncayo og Julien, 2008).

Livskvalitet blir av Næss (2001) definert som psykisk velvære. Det å oppleve livet som godt, og ha en grunnstemning av glede. Næss poengterer at begrepet blir brukt på forskjellige måter, og at nevnte definisjon er upresis, men at den allikevel gir en pekepinn på at det å ha gode følelser og positive vurderinger, f.eks. føle glede, engasjement, kjærighet, tilfredshet med eget liv, selvrespekt og opplevelse av mening med tilværelsen, vil være eksempler på gode følelser. Næss poengterer også at det å ha det godt er fravær av vonde følelser og vurderinger. Eksempler på dette kan være nedstemthet, angst, ensomhet, misnøye med eget liv, skamfølelse og opplevelse av ubrukte evner.

Livskvalitet etter hjerneslag, vil ifølge en studie gjort av King (1996) i Illinois, USA, henge sammen med tilstedeværelse av depresjon og funksjonsnivå etter slaget. Tretti prosent av de slagrammede som deltok i studien var deprimerte. Studien viste at depresjon, sosial støtte fra

omgivelsene og funksjonsnivå påvirket livskvaliteten svært mye, og var viktige indikatorer på livskvaliteten etter slaget.

Fure (2007), mener at det i norske slagenheter er opparbeidet stor kompetanse innenfor diagnostisering av kognitive, motoriske og sensoriske utfall. Fure mener at diagnostiseringen av emosjonelle symptomer kan virke mer tilfeldig, og at emosjonelle symptomer som for eksempel PSD, av den grunn kan være blant de mest oversette utfallene ved slag, og at dette kan få store konsekvenser for livskvaliteten til de slagrammede.

Engedal og Wyller (2006), sier at det er viktig å avdekke og diagnostisere symptomer, fordi ubehandlet vil depressive symptomer påvirke sluttresultatet av rehabiliteringen i en negativ retning, og den vil trolig også føre til økt dødelighet.

Metode

Litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av den litteratur som eksisterer rundt en valgt problemstilling. Hensikten er altså å finne frem til kunnskap som allerede finnes rundt et tema (Dallan, 2012).

Denne fordypningsoppgaven er et systematisk litteratursøk, hvor metodedelen skal forklare fremgangsmåte for å besvare hensikten med oppgaven. Litteratursøket er her forsøkt fremstilt på en så tydelig og strukturert måte som mulig, slik at studien skal kunne gjøres av andre, ved hjelp av min fremgangsmåte. Det redegjøres derfor for søkestrategier, valg av artikler, og hvordan artiklene som er brukt i analysen er blitt kvalitetssikret og analysert.

Studien er en studie av forskningsartikler som blir analysert ut fra min egen forståelse og tolkning. I denne studien ble det brukt både studier av kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitative studier er ifølge Bjørndal et al. (2007) egnet for å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper ved de fenomenene som studeres. Materialet består av tekst som kan være hentet fra observasjoner og/eller samtaler. I kvalitative metoder, forsøker man å forstå, ordne og formidle meningen slik den forstås av menneskene selv.

Det er også benyttet artikler av kvantitativ metode i dette litteratursøket, for å få belyst utfordringene samfunnsmessig.

Søkestrategi

I søkestrategien, ble det valgt fritekstord. Søkeord som ble brukt, var depression, stroke, risk, poststroke og post-stroke, i forskjellige kombinasjoner. Databasene som det ble søkt i, var Medline, Cinahl, Cochrane Library og PsycINFO. Kilvik og Lamøy (2007), sier at Cinahl inneholder emner i sykepleie og beslektete emner, og er spesielt god på kvalitativ forskning og stoff om pasienterfaringer, mens Cochrane Library omhandler effekt av medisiner og behandlingsmåter. Medline regnes ifølge Kilvik og Lamøy som en av de viktigste medisinske artikkeldatabasene, og dekker et vidt spekter av fag, blant annet sykepleie og medisin, mens PsycInfo omfatter psykologiske aspekter fra blant annet psykologi, sykepleie og psykiatri. Alle de nevnte databasene, har ifølge Kilvik og Lamøy et vitenskapelig nivå.

De databasene som ble benyttet, fikk jeg tilgang til via Nord Universitets VPN-klient. Søkene ble lagret fortløpende i hver database, slik at jeg senere kunne gå tilbake for å få oversikt over tidligere søk.

I tabell 1 er det oversikt over søkeord, kombinasjoner av søkeord, limits, databaser, og antall treff. Søket ble gjort i April 2016. Søketreff i tabellen markert med * ble valgt ut til en videre vurdering i en utvalgsstrategi. I søkestrategien, ble det valgt ut 223 artikler, som skulle til videre vurdering i en utvalgsstrategi. Det ble også gjort et direktesøk i etterkant av selve hovedsøket. Dette direktesøket ble gjort i tidsskriftet sykepleien, og ga 1 treff, som ble med til en videre vurdering, og ble gjort fordi jeg gjerne ønsket å ha med noe norsk forskning også. Søkeordene som ble brukt i dette direktesøket var: poststroke AND nursing AND longitudinal. På grunn av relativt liten tid i prosessen med litteratursøket, ble jeg nødt til å ekskludere artikler som ikke var i fulltekst.

Begrensninger som ble gjort i den første fasen av utvalgsstrategien, var at artikler som manglet abstrakter ikke ble inkludert til en videre vurdering. Det samme gjelder i hovedsak artikler som var over 16 år gamle, da det i denne litteraturstudien, med ett unntak hvor det ble funnet en artikkel fra 1997, er brukt forskning som er publisert etter 2000, og hvor fagfelle vurdering ikke var like vanlig som det er nå. Videre var det en forutsetning at artiklene skulle være bygd opp etter IMRAD-strukturen, artiklene skulle være fagfelle vurdert, og artiklene skulle også være vurdert til nivå 1 eller 2 hos NSD sin fagfelle vurdering (NSD.no).

Tabell 1: Oversikt over litteratursøk, gjennomført april 2016

Artiklene som er markert med * er tatt med videre til fase 2 i utvalgsstrategien.

Søkeord	Medline	Cochrane Library	Cinahl	PsycINFO	Antall treff
Depression	87 429	462	71 369	252 520	411 780
Depression AND stroke	5 615	26	164	3 220	9 025
Post-stroke AND depression	703	6*	1*	642	1 352
Risk AND Depression AND stroke	137*	1	0	79*	217

Utvalgsstrategi

Utvalgsstrategien ble delt inn i 3 faser. Dette for å gjøre det lettere å ha oversikt over arbeidet med vurderingen av artiklene. Ved å ta i bruk kriterier for å ekskludere og inkludere artikler som gjort i dette systematiske litteratursøket, blir antallet relevante artikler overkommelig å håndtere for videre vurdering. Kriteriene var spesifisert før det formelle litteratursøket startet. I denne litteraturstudien, var det en gjennomgang av artikler, skrevet på Engelsk og Norsk som var inkludert, og samtlige, med ett unntak, var publisert mellom 2000 and 2016. Kun en av forskningsartiklene var fra før 2000.

Fase 1 i utvalgsstrategien

I den første fasen, ble tittel lest først. Dette ble gjort fordi jeg hadde et i overkant høyt antall treff å gå gjennom. Mange artikler ble vurdert til å ikke tilfredsstillte kriteriene allerede her. På de resterende artiklene ble abstracts lest i sin helhet, dette for å kunne identifisere og velge ut artikler til en videre vurdering. Grunnen til ekskluderingen, var at de enten manglet abstracts, ikke møtte kriteriene i forhold til hensikten med denne oppgaven, og/eller at de ikke var i samsvar med søkeordene som ble brukt i søkestrategien. Av 223 artikler, ble 25 tatt med til en dypere vurdering, hvor de ble lest i sin helhet og gransket.

Fase 2 i utvalgsstrategien.

I den andre fasen av utvalgsstrategien, ble alle de 25 artiklene lest i sin helhet. For hver av de 25 artiklene noterte jeg hvem som var forfattere, hensikten med artikkelen, resultater, land studien ble utført i, og design/metode. Jeg noterte meg også hvorvidt artiklene skulle ekskluderes eller inkluderes i det videre arbeidet. 10 artikler gikk videre til fase 3 i utvalgsstrategien. Av de artiklene som ble ekskludert, så var dette på grunn av at artiklene enten viste seg å være review, at de ikke svarte på min problemstilling, eller at artiklene ved nærmere øyesyn ikke omhandlet mennesker, men forsøksdyr, eller på annen måte var

irrelevant i denne sammenheng. Her må også nevnes at det i etterkant av hovedsøket ble foretatt to direktesøk for å finne studier av kvalitativt art, som inneholdt opplysninger fra pasientperspektivet. Ett av disse søkene ble foretatt i SweMed. Det andre i tidsskriftet sykepleien (sykepleien forskning). Stikkord her var risk AND depression AND stroke (SweMed), mens stikkord i tidsskriftet var depresjon OG slag. Det ble funnet henholdsvis 2 og 1 artikler som ble med i fase 3 i utvalgsstrategien. Totalt ble det derfor 13 artikler som ble med videre i fase 3. Oversikt over ekskluderte artikler finnes som vedlegg nr. 1, tabell nr. 2.

Fase 3 i utvalgsstrategien, analyse og kvalitetsgranskning av artiklene.

I den siste fasen av utvalgsstrategien, ble det gjort en vurdering og granskning av artiklenes kvalitet. I analyseringen av de utvalgte artiklene, brukte jeg et skjema for artikkelgranskning inspirert av Hellzen, som vi fikk utdelt på tidligere HiNT, og som ble lagt til grunn for granskningen. Dette skjemaet ble benyttet for å kartlegge og synliggjøre funn, analyser og metoder. Ved bruk av dette skjemaet ble arbeidet mye mer oversiktlig, fordi skjemaet ble brukt til å kartlegge og bedre synliggjøre funn i forskningsartiklene, samt metoder og analyser. Dette skjemaet finnes som vedlegg nr. 2.

For å vurdere de kvalitative artiklenes troverdighet og forekomst av systematisk feil, og de kvantitative artiklenes validitet, ble det benyttet skjema fra kunnskapssenteret (kunnskapssenteret.no). Artiklene ble ved hjelp av dette skjemaet vurdert, og fikk karakterer etter hvor relevante de var til problemstillingen. Jeg graderte da artiklene gjennom et poengsystem, hvor spørsmål som kunne besvares positivt fikk ett poeng, mens spørsmål som ikke kunne besvares/var uavklart, ikke fikk noen poeng. Summen av poengene ble regnet om til prosent, og høy kvalitet = 80-100%, medium kvalitet = 70-79%, og lav kvalitet = alt under 69. I denne studien ble kun artikler av medium og høy kvalitet vurdert.

Artiklene ble deretter rangert til nivå 1 eller 2 (hvor 2 er høyest), ved hjelp av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (SND.no). Det er laget en oversikt over alle artikler som er inkludert i denne litteraturstudien, se vedlegg nr. 3. tabell nr. 3.

En av artiklene (artikkel 7) ble vurdert til å være av lav kvalitet, og er derfor ikke tatt med videre inn i arbeidet med denne litteraturstudien, da kun artikler med medium eller høy kvalitet er ønsket som grunnlag.

Etiske overveielser

Det er flere utenlandske artikler som ligger til grunn for min litteraturstudie. Det er flere hensyn som må tas når artikler av utenlandsk opprinnelse skal vurderes. Landene hvor studiene er gjort, kan ha andre økonomiske forhold enn Norge, og det kan også være mindre muligheter for hjelp fra det offentlige, enn hva tilfellet er her i Norge. Kulturforskjeller kan også være av betydning. (Ness, 2011).

Når det gjelder kildene jeg refererer til i denne studien, så har jeg referert der hvor jeg har brukt kilder. Dette av respekt for andre menneskers arbeid. Jeg har også lest gjennom artiklene godt, slik at jeg føler at jeg har forstått innholdet, for deretter å gjengi dette med egne ord så godt det lar seg gjøre. Allikevel er artiklene tolket etter min for-forståelse og fortolkning, selv om jeg har prøvd etter beste evne å granske artiklene på en objektiv måte.

De etiske retningslinjene i de artiklene jeg har brukt i dette litteraturstudiet, har blitt godkjente både i lokale og/eller i nasjonale etiske komiteer.

Analyse

Som nevnt tidligere, er sjekklisten (inspirert av Hellzen, Johanson og Peilert 1999) benyttet for å vurdere kvalitet på samtlige artikler. Her ble årstall for publisering, land, forfattere, hvorvidt den var kvalitativ eller kvantitativ, hva som var hensikten med forskningen, omfanget av studien, etiske overveielser med mer, undersøkt.

I analyseprosessen ble alle hovedfunn satt inn i en tabell, etter hvordan de svarte på min hensikt med oppgaven/problemstilling. Her ble hovedfunn delt opp i underkategorier (subkategorier), som til slutt ble satt sammen til hovedkategorier.

Resultat

Resultatet i denne litteraturstudien omfatter 12 vitenskapelige artikler, hvorav 4 er utført med kvalitativ metode, 1 artikkel er utført med både kvalitativ og kvantitativ metode, og de resterende 7 er utført med kvantitativ metode. Studiene er gjennomført i Norge, Sverige, England (UK), Australia, Belgia, Tyskland, Nederland og Frankrike.

Funnene fra analysen ble oversiktlige ved å kategorisere de inn i hovedkategorier og subkategorier, som vist nedenfor i tabell 4.

Tabell 4.

Sub-kategorier	Hovedkategorier
Avhengig av hjelp Nedsatt energi Nedsatt kognitiv funksjon Afasi/språkproblemer	Ulike funksjonstap av biologisk natur
Lav selvaktelse Negative tanker Ikke-aksept for egen situasjon	Psykologiske sårbarhetsfaktorer
Sosialt nettverk Realisere planer Forpliktelser Sosiale aktiviteter	Sosiale utfordringer etter slaget

Ulike funksjonstap av biologisk natur

Denne hovedkategorien refererer til de fysiske, biologiske og nevrologiske funksjonstapene som følge av slaget, og som kan være mulige sårbarhetsfaktorer for at enkelte utvikler depresjon etter hjerneslaget.

Avhengig av hjelp, vil si at for de av deltakerne som etter hjerneslaget i mindre grad enn før var selvhjulpne i hverdagen sin, og som derfor måtte få hjelp til å klare å utføre slike aktiviteter og gjøremål. Dette kunne blant annet gå på vanskeligheter med å handle dagligvarer selv (Townend et al. 2009). Noen av de slagrammede beskrev en følelse av å miste kontroll over sine liv, fordi de var mindre selvhjulpne etter slaget, og derfor ble det vanskelig å gjennomføre aktiviteter som før slaget hadde vært naturlige (Bendz, 2003). Noen fortalte også om en følelse av å være stengt inne i egen kropp, og at de dermed følte seg tvunget til å leve på en bestemt måte. Alle deltakere i en av studiene mistet sertifikatet for bil, som en følge av slaget, noe de opplevde som et stort tap (Kirkevold et al. 2013). Det viste seg også at av de som hadde en funksjonell svekkelse, var andelen av deprimerte deltakere høyere, enn hva tilfellet var hos de som ikke hadde en funksjonell svekkelse (Anderson et al.

1997). Dette understøttes også av andre studier, hvor slagrammede med PSD ble sammenlignet med slagrammede uten PSD, og hvor det viste seg at deltakerne som hadde betydelige handikap etter slaget, i større grad var deprimerte enn de som ikke hadde spesielle handikap etter slaget (Brouns et al. 2014a, Jobges et al. 2013 og Almborg et al. 2012).

Nedsatt energi viste seg også å være en potensiell sårbarhetsfaktor for å utvikle depresjon etter hjerneslag. Mange fortalte om en stor tretthet etter slaget, som gjorde det vanskelig å finne energi til å selv ta initiativet til aktiviteter. (Townend et al. 2009, Bendz, 2003).

‘It is the fact you can’t get the energy to do things... I just feel sleepy. ‘Oh I’m sleepy again’. (Male, 65 years old). (Townend et al. 2009).

Noen av de som hadde blitt rammet av slag, opplevd denne trettheten som så paralyserende, a bare det å gå tur eller lese slik som de hadde gjort før slaget, kunne virke som uoverkommelige aktiviteter. (Kirkevold et al. 2013).

Nedsatt kognitiv funksjon pekte seg ut som en annen mulig risikofaktor for å utvikle depresjon som følge av hjerneslaget. Noen av de som hadde hatt hjerneslag, beskrev en følelse av å ha lyst til å jobbe en tid etter slaget, og følelsen av nederlag når dette ikke gikk, på grunn av tretthet, nedsatt konsentrasjonsevne og dårlig hukommelse. Noen fortalte også om å ikke lenger være i stand til å ta raske avgjørelser. (Eilertsen, 2015). En av de deprimerte slagrammede, Erik, beskrev at rehabiliteringsprosessen tok all hans energi, og at han kunne sovne midt i en samtale eller midt i et måltid. Ingrid fortalte om at nedsatt energi gjorde at hun ikke lenger greide å ta initiativ til aktiviteter, og Anne uttalte ‘‘ jeg vil leve! Men jeg er for trøtt!’’. (Kirkevold et al. 2013).

Afasi virket også, ifølge de studiene som tok for seg afasi, som et element det var spesielt vanskelig å leve med. De som fikk afasi etter hjerneslaget, fortalte om følelsen av å ikke kunne gi uttrykk for tanker, og om at det var vanskelig å forholde seg til de tapene som var usynlig for andre, blant annet ordletingsproblemer. (Kirkevold et al. 2013). I en av studiene var situasjonen 6 måneder etter slaget, at de som var deprimerte i etterkant av hjerneslaget, opplevde større problemer med å kommunisere. (Brouns et al. 2014a). En av studiene viste til at afasi viste seg å være assosiert med PSD bare i de første 6 månedene etter slaget, trolig fordi en stor del av de som hadde afasi etter slaget, naturlig nok kom seg etter hvert. (Fransen et al. 2014).

Psykologiske sårbarhetsfaktorer

Den andre hovedkategorien går på sårbarhetsfaktorer av psykologisk karakter. Under begrepet psykologiske sårbarhetsfaktorer, har jeg lagt til grunn noe av den atferden og de mentale prosessene man noen ganger kan se hos den slagrammede etter slaget, og som ble funnet i noen av de artiklene jeg gransket, og som kan vise seg å være potensielle risikofaktorer for utvikling av depresjon som følge av hjerneslaget.

Lav selvaktelse, og vanskeligheter for å tilpasse seg og finne aksept for sin nye situasjon, var faktorer noen av deprimerte rapporterte om i større grad enn de ikke-deprimerte. (Townend et al. 2009). I en av studiene blir dette satt ord på av deltakerne som å miste seg selv, og føle seg som noen andre enn den de kjente fra før av, og å miste seg selv som en de kunne stole på. Noen beskrev seg selv som om de var barn igjen, som måtte ha hjelp til det meste for å klare seg i hverdagen, og de så på seg selv som svært avhengige av andre med en følelse av å ikke være "noe" lenger. (Engedal et al. 2011).

Negative tanker var også noe deltakerne i de kvalitative studiene som var deprimerte, rapporterte om i større grad enn de ikke-deprimerte. Dette gikk blant annet på en følelse av tristhet og frustrasjon. (Townend et al. 2009). En av deltakerne beskrev sin situasjon, 1. år etter slaget, som et år med store forandringer, og at alt opplevdes å være vanskelig, ingen bedring men heller verre. (Eilertsen, 2015). En av gruppene i en av studiene, alle deprimerte, bestod av yngre slagrammede som var i jobb, hadde familie med hjemmeboende barn og økonomiske forpliktelser. Denne gruppen gikk fra en fase rett etter slaget, som var preget av grånyanser i overført betydning, til en fase med intens rehabilitering hvor de jobbet hardt for å gjenvinne sin frihet, sitt liv og seg selv. 12-18 måneder etter slaget begynte de å innse at de kanskje ikke kunne gjenvinne all tapt funksjon, og dette ble beskrevet som en tung og mørk periode, og ved 18 måneders intervjuet var de igjen tilbake i grånyansene de hadde opplevd i akutfaseintervjuet. Funnene i denne studien, indikerte at to grupper var spesielt sårbare etter slaget, med tanke på depresjon, og det var de eldre som levde alene, og de var de yngre med forpliktelser i forhold til jobb, økonomi, barn og familieliv. (Kirkevold et al. 2013). I kontrast til nesten en tredjedel av deltakerne i en annen studie som var ikke-deprimerte, og kunne rapporterte få bekymringer i livet sitt etter slaget. (Townend et al. 2009).

Ikke-aksept for egen situasjon blir også nevnt i en av studiene, som viste til at et lavt nivå av mestringssevne i forhold til livssituasjonen etter slaget og tiden etterpå, viste en sammenheng mellom depressive symptomer og måten slaget ble mestret på. (Jobges et al. 2013). Dette

understøttes i en annen studie, hvor deltakerne med høyere depresjons-score, hadde lavere helsereelatert livskvalitet, og at dette igjen var relatert til psykisk helse. De som var deprimerte hadde problemer med å mestre sin livssituasjon som følge av slaget. (Aben et al. 2014).

Sosiale utfordringer etter slaget

Den tredje hovedkategorien går på de sosiale utfordringene de slagrammede møtte etter slaget, og som igjen kunne vise seg å være sårbarhetsfaktorer med tanke på å utvikle depressive symptomer etter slaget.

Sosialt nettverk ble trukket frem som en bekymring i en av de kvalitative studiene. Over to-tredjedeler av deltakerne uttrykte bekymring over en reduksjon i sosiale aktiviteter sammen med venner og familie. (Townend et al. 2009) Det ble også i en av studiene funnet en sammenheng mellom hvordan de slagrammede bodde 4 måneder etter slaget, i forhold til om de var deprimerte. 17% av de som bodde alene etter slaget var deprimerte, sammenlignet med 25% av de som bodde på rehabiliteringsinstitusjoner, 31% av de som bodde sammen med ektefelle eller slektninger, og 45% av de som bodde på sykehjem. (Anderson et al. 1997). En annen studie presenterer funn som viser at utfordringer knyttet til relasjonsproblemer, og fravær av nære omsorgspersoner som en følge av slaget, utgjorde en vesentlig forskjell på gruppen av deprimerte (som opplevde disse utfordringene i relasjonene) og gruppen ikke-deprimerte. (Brouns et al. 2014a). Dette støttes av en annen studie som viste til at sosial støtte fra omgivelsene viste seg å ha en beskyttende faktor mot å utvikle PSD, og at mangel på slik støtte, ofte ga seg utslag i PSD. (Jobges et al. 2013). En studie viste også til funn som indikerte at en beskyttende faktor i forhold til PSD ble funnet i det sosiale miljøet, hvor det å være sammen med venner eller oppholde seg sammen med partner eller slektninger var positivt i forhold til å ikke utvikle PSD. (Feher et al. 2013).

Realisere planer, eller det å ikke tørre å legge planer for fremtiden, og det å måtte organisere sine liv etter å være forberedt på det verste, eventuelt ett nytt slag, viste seg i en av studiene å være en mulig risikofaktor for å utvikle PSD. (Bendz, 2003)

Forpliktelser, eller det å oppleve en forventning fra seg selv, som at de fortsatt burde fylt sine roller (slik som pass av barnebarn, husmor etc.) var noe som ble trukket fram som negativt i forhold til utvikling av depressive symptomer etter slaget. (Townend et al. 2009). Noen opplevde også et misforhold mellom forventninger og muligheter til å utføre slike aktiviteter. Og yngre med forpliktelser i forhold til arbeid, økonomi, familieliv og barn, pekte seg ut som en særlig sårbar gruppe (Kirkevold et al. 2013).

Sosiale aktiviteter var noe som ble nevnt i noen av studiene. Noen av deltakerne følte seg såpass trette, og at de hadde så lite energi, at det gjorde det vanskelig å delta i sosiale aktiviteter (Kirkevold et al. 2013). En annen studie pekte på at deltakere som hadde PSD 3 måneder etter slaget, deltok markant mindre i daglige, sosiale aktiviteter (Brouns et al. 2014a).

Diskusjon

Resultatdiskusjon

Hensikten med denne studien, var å se om det var noen spesielle faktorer som i større grad enn andre, kunne ha betydning for utvikling av depresjon etter hjerneslag. Alle de 12 artiklene som ble brukt i denne fordypningsoppgaven, kom i noe grad frem til en del felles faktorer som kunne øke sårbarheten for å utvikle depresjon etter hjerneslaget, selv om artiklene hadde forskjellige vinklinger på hensikten med studien.

Ulike funksjonstap var en av de kategoriene som kanskje oftest ble belyst som en potensiell viktig sårbarhetsfaktor, som en direkte følge av slaget. Avhengig av grad av funksjonstap, var dette noe som deltakerne i de forskjellige studiene var opptatt av. Funksjonstapene hadde en dyptgripende virkning i livene til de som opplevde funksjonstap, og som ble intervjuet i de kvalitative intervjuene. Dette var fordi funksjonstap etter slag skapte en hel del nye utfordringer, ikke bare i hverdagen, men også fordi tapene i seg selv ofte ble møtt med sorg over det som var tapt, ringvirkningene av funksjonstapene, og måten disse tapene og sorgen ble håndtert på.

Nedsatt funksjonsnivå etter slag er også i en tidligere studie blitt ansett som en forutsigende faktor for å utvikle depresjon etter slag (Cassidy et al. 2004). En annen studie viste at 2 år etter slaget, så var fysisk svekkelse, handikap og depresjon faktorer som ble forbundet med nedsatt livskvalitet blant deltakerne i studien. (Dewey et al. 2004). En review-artikkel av 15 artikler viste også til at graden av handikap eller funksjonell svekkelse, viste seg å være en viktig risikofaktor i alle artiklene utenom 1. Den samme studien viste også til at 11 artikler som var gransket, så var det kun 6 av disse som relaterte avhengighet av hjelp i hverdagen til depresjon etter slaget. (Brouns et al. 2014b). Det kan indikere at det ikke nødvendigvis er noen direkte sammenheng mellom å være avhengig av hjelp i hverdagen, for å få gjennomført nødvendige gjøremål og handlinger, og depresjon etter slaget. Det er også tenkelig at det kan være slik at handikaket eller den funksjonelle svekkelsen i seg selv, er en større risikofaktor for å utvikle depresjon etter slag, enn hva tilfellet gjelder for å motta selve hjelpen. Det kan også være slik at noen av de slagrammede vil synes det er vanskelig å akseptere at de har et funksjonstap, fordi dette blant annet kan føre til ringvirkninger i form av nedsatte muligheter til å kommunisere (afasi). Det kan oppleves som vanskelig å delta i sosiale aktiviteter når man er for trett, man har mindre energi, eller at man ikke har et ønske om å delta i sosiale

aktiviteter som følge av afasi og andre slag-relaterte faktorer kontra det å motta hjelp for å klare dagligdagse gjøremål, noe som kan føre til like drastiske endringer i livssituasjonen. Dette kan være fordi det i utgangspunktet ikke nødvendigvis er selve hjelpen som legger begrensninger på livsutfoldelse, men heller tap av funksjoner og måten disse tapene blir håndtert på som vil være en større risikofaktor for utvikling av depresjon etter slag. Dette har jeg imidlertid ikke funnet noe forskning på, hverken som støtter eller motsier mine tanker.

Fure (2007) peker i sin review på sine funn som kan være prediktorer for emosjonelle symptomer etter slag. Fure viser til at depresjon etter slag er relatert til grad av neurologisk handikap, og dermed til pasientens avhengighet av andre. Det er nærliggende å tro at uansett grad av neurologisk handikap, så vil ethvert merkbart tap av funksjoner være en utfordring og sannsynligvis også en ekstra belastning for den det gjelder. Dette bekreftes også i en studie gjort av Divjak et al. (2014), som viste at mennesker med PSD hadde signifikant større grad av fysisk og funksjonell svekkelse etter slaget, enn de som ikke var deprimerte. Livskvaliteten hos de med PSD var også vesentlig mer forringet enn hos de som ikke hadde PSD. Funnene i litteraturstudien indikerer at mennesker som har hatt hjerneslag, og som av den grunn har mistet noen av sine naturlige funksjoner, eller i en eller annen grad har blitt handikapet som en følge, vil være en utsatt gruppe til å utvikle depresjon etter hjerneslaget. Det bør i større grad settes fokus på økt kunnskap om mulig sammenheng, både for å bidra til at rehabilitering starter så fort som mulig, blir prioritert, har kontinuitet, blir gjennomført og kanskje også må fortsette i lang tid etter slaget. Men det er også viktig med implementering av denne kunnskapen og forståelsen hos de som jobber med de slagrammede i en rehabiliteringsfase, slik at de kan informere de slagrammede om viktigheten av å bli rehabilitert så godt som mulig, ikke bare for å gjenvinne tapt funksjon så godt det lar seg gjøre, men også som et tiltak for å forebygge en depresjon. Det kan tenkes at det for enkelte slagrammede, vil være en stor motivasjonsfaktor i seg selv å ha slik kunnskap for å kunne vite hva det forebygges mot.

Psykologiske sårbarhetsfaktorer er ifølge noen av funnene i denne litteraturstudien også av betydning, når det gjelder å utvikle depresjon etter slag. Av de slagrammede som var deprimerte, kunne man spesielt i de kvalitative studiene se en sammenheng mellom depressive symptomer og måten de slagrammede så seg selv på etter slaget, negative tanker om sin egen situasjon og om fremtiden, og en tilnærming til slaget som fenomen som bar preg av ikke-aksept for egen situasjon. Dette kan kanskje til en viss grad støttes av en kvalitativ studie hvor deltakerne i studien skulle fortelle om det sosiale aspektet i livet etter slag. Her ble mestring, og grad av mestringsevne, tatt opp som tema. Deltakerne i studien var

ikke opplyst å være deprimerte eller ha depressive symptomer. De slagrammede rapporterte om en mestringsstrategi som gikk på en iherdig vektlegging på de positive, og ikke så mye vektlegging på det som ikke var like positivt etter slaget, og de så på slaget som en utfordring, men var seg bevisste hvilken måte de skulle takle krisen på, for å komme seg gjennom den, og mestringsstrategier viste seg å være noe de slagrammede så på som veldig viktig (Butt et al. 2008). Selv om denne studien tok sted i ett annet land og hadde ett annet fokus enn depresjon, kan den ha en viss verdi med tanke på slagrammede også her i Norge. Viktigheten av mestringsstrategier i en krise som hjerneslag, og tilegne seg kunnskap om hvordan slagrammede kan veiledes og understøttes i forhold til mestringsstrategien av krisen og sin livssituasjon etter slaget, er noe en som jobber med psykisk helse bør være seg bevisst. I en avhandling basert på data fra Helseundersøkelsen i Nord- Trøndelag, ble det undersøkt om det var noen sammenheng mellom personlighet og depresjon. Avhandlingen viste en økt risiko for depresjon blant de som scoret høyt på nevrotiske trekk og lavt på utadvendthet (Grav, 2013). Selv om avhandlingen ikke tok for seg PSD spesielt, kan det tenkes at funnene kan være overførbare også for de med PSD, men jeg har ikke funnet noen studier som støtter disse funnene spesielt opp imot PSD.

Sosiale utfordringer etter slaget var mitt siste punkt, og var noe som viste seg å kunne ha sammenheng med funksjonstap. Funn av betydning i denne litteraturstudien, indikerer at støtte fra omgivelsene, sosiale aktiviteter, samt det å være sammen med andre mennesker og bruke det sosiale nettverket sitt, ofte ble sett på som viktige hos de slagrammede. En studie gjort av Carod - Artal og Egido (2009), viser at depresjon etter slag kombinert med mindre sosial omgang med andre, har en negativ effekt på livskvalitet. En annen studie (Akhmouch et al. 2009) viser at det å mangle ett sosialt nettverk og slutte å delta i sosiale aktiviteter etter slaget, kan øke risikoen for å utvikle depresjon etter slag. Basert på disse funnene, vil det være rimelig å anta at det å fortsette med disse aktivitetene også etter slaget, kan ha en forebyggende effekt i forhold til å utvikle depresjon. Med fokus på psykisk helse, vil det være viktig med økt kunnskap om viktigheten av sosial deltakelse hos slagrammede, for bedre å identifisere symptomer på PSD, men også for å ha ekstra fokus på de som faller utenfor sosial deltakelse etter slaget. Denne kunnskapen kan brukes forebyggende, i den grad det er mulig, for eksempel ved å sette i gang tiltak som fremmer den sosiale deltakelsen hos denne gruppen. En kvalitativ studie utført i USA som omhandler viktigheten av sosiale forhold etter slaget, viser til at i intervju med de slagrammede, så var dette med å motta støtte fra omgivelser og fra familie og venner det temaet som de oftest tok opp selv. De var svært opptatt av å snakke

om venner og familie som hadde tatt avstand fra dem etter slaget, og som ikke lenger viste en støttende holdning, og de slagrammede ga uttrykk for ett stort savn for disse, men også bekymring for å ikke lenger bli verdsatt som menneske fra omgivelsene etter slaget. Slik jeg tolket denne studien, så kunne det virke som om det av og til oppstod ett markant skille etter slaget, hvor man på den ene siden fant mennesker i omgangskretsen som tok avstand fra de etter slaget. På den andre siden fant man mennesker som var støttende og inkluderende, og ikke så på den slagrammede som annerledes etter slaget. De fleste av deltakerne kunne fortelle om mennesker i sin egen omgangskrets som hadde tatt avstand til de etter slaget, og de kunne også fortelle om andre de kjente som hadde opplevd det samme etter slaget (Butt et al. 2008). Jeg har ikke funnet noen kvalitativ forskning som viser slike resultater her i Norge, men resultat og funn av studien kan være overførbare i den forstand at den understøtter viktigheten av sosial deltakelse også etter slaget.

Ett annet funn i dette litteraturstudiet, var en av studiene (Anderson et al. 1997) som viste at det å bo på sykehjem etter slaget indikerte en større risiko for å utvikle depresjon enn å bo alene. Jeg har ikke greid å finne annen forskning som understøtter dette funnet for slagrammede i sykehjem i Norge, men i en prevalensstudie gjort i 2001 i 55 norske sykehjem og sykehus, ble det funnet at prevalens av depresjon totalt i sykehus og sykehjem var på 31% (Rosenvinge et al. 2003). Anderson (et al. 1997) sitt funn er riktignok et relativt gammelt funn, men det vil uansett ha en verdi å ta med i vurderingen og oppfølgingen av den slagrammede med tanke på å øke fokus på å observere, forebygge og eventuelt avdekke, kartlegge og sette i gang tiltak med tanke på depressive symptomer, kanskje med særlig fokus på slagpasienter som bor i institusjon. Fure (2006) poengterer i sin review at emosjonelle symptomer i dag trolig er blant de mest oversette utfallene ved slagsykdom, og at få slagenheter i Norge i dag har innført systematisk screening med henblikk på symptomer av emosjonell karakter. Slik forfatter av denne studien tolker det, så er det derfor viktig at også emosjonelle symptomer som følge av slag blir identifisert og fulgt opp, både i og utenfor institusjon.

Metodediskusjon

Oppgavens metode var systematisk litteraturstudie. Denne studien har, i likhet med de fleste studier, sine begrensninger. Grunnet tidspress ble noen av artiklene i fase 1 i utvalgsstrategien ekskludert fordi de ikke var tilgjengelig i fulltekst. Dette kan ha påvirket resultatet av denne litteraturstudien, fordi noen av de artiklene som ble utelatt så ut til å være relevant for denne hensikten med studien.

Ved litteratursøk er det forfatters tolkning av andres forskning som er grunnlaget for funnene. Artiklene som ble brukt var fagfellevurdert, og ble av forfatter av dette studiet tolket som om de var av god kvalitet. Artiklene hadde forskjellige innfallsvinkler, og noen av artiklene var studier fra andre land hvor kulturelle og samfunnsmessige forhold kan være forskjellige i forhold til Norge. Artiklene var uansett relevante i forhold til hensikten med denne oppgaven, og antas å kunne være overførbare til tross for mulige kulturelle og samfunnsmessige forskjeller. En styrke ved dette litteraturstudiet kan være at det ble benyttet både kvalitativ og kvantitativ forskning, noe som muliggjør å belyse fenomenet og hensikten med dette studiet fra forskjellige perspektiv. Forfatter er av den oppfatning at litteratursøk var en relevant måte å besvare oppgavens hensikt på.

Artiklene er forsøkt tolket og oversatt, i de tilfellene artiklene var på engelsk, på en så objektiv måte som mulig. Allikevel kan min forståelse og fortolking ha preget prosessen med litteraturstudiet, og også resultatet, både med tanke på mulige tolkningsfeil, men også med tanke på mulige systematiske feil, selv om slike feil er forsøkt unngått så godt som mulig. Prosessen har vært svært lærerik, da mine erfaringer med slike oppgaver har vært minimale.

I etterkant av oppgaven, ser jeg at jeg med fordel kunne ha snevret inn området som ble valgt å undersøke, for slik å kunne gå enda dypere inn i hovedkategorier og sub-kategorier. Jeg ser også at søkeord som ble brukt under søkeprosessen med fordel kunne vært endret, for slik å få mer relevante treff, men også for å bedre eliminere artikler som ikke var relevante for min hensikt.

Avslutning

Litteraturstudiet viser at fenomenet PSD virker inn på hele livsverdenen til den som opplever det, slik de kvalitative studiene formidlet. Depressive symptomer etter slag er komplekst, og henger ofte sammen, og vil gi nedsatt livskvalitet til den som blir rammet. Derfor er kvalitativ forskning viktig, og vil sannsynligvis også i fremtiden være en viktig bidragsyter for den som har psykisk helsearbeid som arbeidsfelt. Gjennom kvalitative studier på PSD kan vi få kunnskap om hvordan pasientene selv opplever det, deres følelser og reaksjoner, og få innblikk i hvordan pasientene selv ser sin egen situasjon gjennom erfaringsperspektivet. Det er viktig for at den som jobber med psykisk helse bedre skal kunne forstå sammenhenger, og fortsette å tenke både helhetlig og på enkeltindividet i sitt møte med den slagrammede. Men det er også viktig for at psykisk helsearbeider nettopp gjennom ny kunnskap, bedre vil kunne forstå at depressive symptomer kan oppstå etter slag, hvordan de kan arte seg, og hvorfor PSD bør forebygges. Med kunnskap kan det også tenkes at det blir lettere å forutsi hvem som har større risiko for å utvikle PSD, og sette i gang helsefremmende og forebyggende tiltak med utgangspunkt i hva forskningen sier.

Det kan også tenkes at av de som er rammet av slag, vil personligheten spille en rolle for om de utvikler en depresjon etter slaget eller ei. Siden det ikke foreligger mye forskning på området så vidt forfatter har kjennskap til, vil fremtidig forskning på en eventuell sammenheng mellom personlighet og utvikling av PSD være nødvendig. Det er tenkelig at også slik forskning kan bidra til å lettere identifisere mennesker som står i faresonen for å utvikle PSD.

Funnene fra artiklene som ble gransket, indikerte også at det var stor sammenheng mellom stort funksjonstap og PSD. De som var avhengige av hjelp i hverdagen, var i større grad deprimerte enn de som ikke var så avhengig av hjelp. De studiene jeg har lest, har ikke pekt på selve grunnen til dette, om det var selve hjelpen de måtte motta og dermed en følelse av nederlag, eller om det var funksjonstapene i seg selv. Mer forskning vil være nødvendig, for å bedre kunne identifisere de som er i faresonen.

Det vil, basert på mine funn, også være nærliggende å tro at rehabilitering etter slaget for å oppnå så god funksjon som mulig, vil være viktig. Dette vil sannsynligvis også være viktig med tanke på forebygging mot PSD. Det bør imidlertid også her forskes mer på effekt av å systematisk kartlegge og identifisere sårbarhetsfaktorer for PSD rett etter slaget, for å få mer

kunnskap om slik tidlig kartlegging, identifisering og eventuelt hvilke tiltak som kan være til hjelp for å forebygge PSD i tiden etter slaget.

Litteraturliste

- Aben, L., Busschbach, J., Heijnenbrok-Kal, M., Ribbers, G. og Visser, M. (2014)**
The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke.
Journal of rehabilitation medicine 2014; 46:514-519
- Anderson, C., Burvill, P., Jamrozik, K., Johnson, G., Stewart-Wynne, E. (1997)**
Risk factors for post-stroke depression
International Journal of Geriatric Psychiatry, Vol. 12: 219-226
- Almborg, A.-H., Brown, C., Hasson, H. og Thyselius, V. (2012)**
Post-stroke depression and functional independence: a conundrum.
Acta Neurologica Scandinavia. 2012; 126: 45-51
- Bendz, M. (2003)**
The first year of rehabilitation after a stroke – from two perspectives
Scandinavian Journal of caring science; 2003; 17: 215-222
- Brouns, R., De Deyn, P.P., De Ryck, A., Engelborghs, S., Franssen, E., Geurden, M., Marien, P. og Peij, D. (2014b)**
Poststroke depression and its multifactorial nature: Results from a prospective longitudinal study.
Journal of the Neurological Sciences. 347 (2014): 159-166
- Brouns, R., De Deyn, P.P., De Ryck, A., Elseviers, M., Engelborghs, S., Geurden, M. (2014b)**
Risk factors for post-stroke depression: identification of inconsistencies based on a systematic review. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. 2014. Vol. 27 (3) 147-158.
- Butt, Z., Cella, D., Heinemann, A., Lynch, E.B., Nowinski, C., Perez, L., Victorson, D. (2009)**
A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships. Journal of Rehabilitation Medicine. 2008; 40: 518-523.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. og Klovning, A. (2007)**
Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. 2. opplag.
Gyldendal Akademisk, 2008.
- Carod – Artal, J. F., Egido, J. A. (2009).**
Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. Journal of Cerebrovascular diseases. 2009; 27 (suppl 1): 204-214

Cassidy, E.M., O’Conner, R., og O’Keane, V. (2004).
Prevalence of post-stroke depression in an Irish sample and its relationship with disability and outcome following inpatient rehabilitation.
Journal of Disability and Rehabilitation. 2004: jan. 21;26 (2) : 71-77

Dalland, O. (2012)
Metode og oppgaveskriving. 5. opplag.
Gyldendal akademisk, 2012.

Dewey, H., Donnan, G., Gillian, A., Macdonell, R., Srikanth, V., Sturm, J. og Thrift, A. (2004) *Quality of life after stroke.*
Journal of stroke. 2002 December;33 (12): 2888-94

Divjak, I., Jovicevic, M., Semnic, M., Slankamenac, P., Zarkow, M., Zikic, M og Zikic, TR. (2014).
The effect of post-stroke depression and functional outcome and quality of life.
Acta Clinica Croatia. 53 (3) : 294-301, 2014.

Eilerten, G. (2015)
Forståelse av pasientens livsprosjekt – en nøkkel I slagrehabiliteringen?
Tidsskrift for omsorgsforskning. Nr. 1, årgang 1: 212-216

Ellekjær, H. og Selmer, R. (2007)
Hjerneslag – like mange rammes, men prognosene er bedre.
Tidsskrift for den norske legeforening 2007; 127:740-743

Engedal, K., og Wyller, T.B. (2006)
Aldring og hjernesykdommer. 3. opplag.
Akribe forlag, 2006.

Engedal, K., Hesook, K., Kirkevold, M. og Kouwenhoven, S. (2011)
Living a life in shades of grey; experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke.
Journal of Advanced Nursing. 68 (8):1726-1737

Feher, K., Husky, M., Jean, F., Sibon, I. og Swendesn, J. (2013)
Daily life behaviors and depression risk following stroke: a preliminary study using ecological momentary assessment.
Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. 26 (3): 138- 143

Fure, B. (2007)
Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. Tidsskrift for den norske legeforening. Nr. 10, 2007;127:1387-1389

Grav, S. (2013)

The relationship between social support, personality and depression in the general population - Focusing on older people.

Department of Health Science, Mid Sweden University, Sweden.

Helsedirektoratet (2009)

Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf> (Hentet fra nett 13.05.2016).

Helsedirektoratet (2010)

Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.

<http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Hjerneslag/Forord-og-innledning> (hentet fra nett 13.05.2016)

Jobges, M., Lewin, A. og Werheid, K. (2013)

The influence of self-efficacy, pre-stroke depression and perceived social support on self-reported depressive symptoms during stroke rehabilitation.

Journal of Neuropsychological Rehabilitation. Vol. 23, No. 4: 546-562

King, R. (1996)

Quality of life after stroke.

Stroke (American Stroke Association): 1996;27:1467-1472

Kilvik, A. og Lamøy, L. (2007)

Litteratursøking i medisin og helsefag.2.utgave

Tapir Akademisk Forlag.

Kirkevold, M., og Kouwenhoven, S. (2013)

Å leve med depresjon etter hjerneslag

Tidsskrift for Sykepleien forskning. Nr. 4, 2013; 8: 334- 342

Kirkevold, M., og Kouwenhoven, S. (2014)

Depressive symptomer etter hjerneslag.

Tidsskrift for Sykepleien forskning. Nr 1, 2014; 9:72-78

Mathiesen, E.B., Njølstad, I. og Joakimsen, O. (2007)

Risikofaktorer for hjernesalg.

Tidsskrift for den norske legeforening. 2007; 127: 748-750

Moncayo, G. J., og Julien, B. (2008)

Post-stroke depression

Expert Review of Neurotherapeutics;8.1. 2008: 75-79

Ness, S. (2011)

Forskjeller mellom land. Livskvalitet. Forskning på det gode liv.
Bokforlaget, 2011.

Næss, S. (2001)

Livskvalitet som psykisk velvære

Tidsskrift for den norske legeforening. 2001; 121: 1940 - 1944

NSD.no Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste 2016

(Online) Tilgjengelig fra :

https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?enkeltSok=elsevier&_checkbox_bibsys=true&sok.avansert=false&treffliste.tidsskriftTreffside=1&treffliste.forlagTreffside=1&treffliste.vis=true (lastet ned 28.04.2016).

Rosenvinge B., H., Rosenvinge J., H. (2003)

Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990 – 2001. Tidsskrift for den norske legeforening 2003; 123:928 – 929

Statistisk Sentralbyrå. (2014).

Dette er Norge 2014. Hva tallene forteller.

https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/188232?_ts=1475e7ac938 (lastet ned fra nett 12.05.2016).

Townend, E., Tinson, D., Kwan, J og Sharpe, M. (2010)

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

Journal of clinical rehabilitation 2010; 24: 555-564

World Health Organization (2016).

Stroke, Cerebrovascular accident.

http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/ (hentet fra nettet 13.05.2016)

World Health Organization (2016b).

Mental Health and older adults.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/> (Hentet fra nett 13.05.2016).

Vedlegg

Vedlegg nr. 1. Tabell nr. 2. Oversikt over ekskluderte artikler i utvalgsstrategien, fase 2.

Navn forfatter	Artikkelens navn	Årsak til ekskludering
Baldwin, R. Connolly, M. Gibbon, B. Jawaid, N. Leathly, M. Lightbody, E. Sutton, C. Watkins, C.	Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection.	Ikke relevant til min hensikt med studien. Omhandler hvordan depresjon etter slag kan påvises ved hjelp av to forskjellige måleinstrumenter.
Johnson, M. MacWalter, R. Morrison, V. Pollard, B.	Anxiety and depression 3 years following stroke: Demographic, clinical and psychological predictors.	En lignende studie er allerede inkludert I videre arbeid.
Auton, M. Baldwin, R. Gibbon, B. Hamer, S. Leathly, J, M. Lightbody, C, E. Sutton, C. Watkins, C.	The use of nurses and carers' observations in the identification of poststroke depression.	Tar for seg hvordan man i praksis skal måle grad av depresjon ved hjelp av forskjellige måleinstrumenter. Ikke i samsvar med min hensikt/problemstilling.
Brouns, R. De Deyn, P,P. De Ryck, A. Geurden, M. Engelborghs, S. Elseviers, M.	Risk factors for poststroke depression: Identification of inconsistencies base don a systematic review.	Review. Ikke hensiktsmessig å ha med i denne studien.
Fure, B.	Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag.	Review.
Hadidi, N. Lindquist, R. Treat-Jacobsen, D. Savik, K.	Natural patterns of change in poststroke depressive symptoms and function.	Medisinsk. Liten hensikt å ta med I min studie.
Akhmouch, M. Lindeman, E. Post, M. Schepers, V. Van de Port, I. Visser-Meily, A.	Prediction of depressive symptoms up to three years post-stroke.	Sier mest om forekomst av depresjon etter slag, og lite om risikofaktorer forbundet med depresjon etter slag.
Billing, E. Franzen-Dahlin, Å. Murray, V, Mårtensson, B.	Post stroke depression – effect on the life situation of the significant other.	Forteller mest om den slagrammedes ektefelles opplevelse av livssituasjon

Nasman, P. Wredling, R.		etter at ektefelle har fått depresjon etter slag.
Rau, T,M Schulz, R. Tompkins, C.	Post-stroke depression in primary support persons: predicting those at risk.	Sier mest om hvordan forutse depresjon hos den slagrammedes partner, og hvordan forutse de som er i risikozonen.
Bergersn, H. Frøslie, K. Sunnerhagen, K. Schanke, A.K.	Anxiety, depression and psychological well-being 2-5 years poststroke.	Feil metode, hovedfokus er på depresjonsskala.
Holmgren, E. Gosman-Hedstrøm, G. Lindstrøm, B. Wester, P.	What is the benefit of high intensive exercise program on health-related quality of life and depression after stroke? A randomized controlled trial.	Omhandler fysioterapi. Feil fagområde.
Chan, L, K. Kosier, T, J. Narushima, K. Robinson, G,R.	Does cognitive recovery after treatment of poststroke depression last? A 2 year follow up of cognitive function with poststroke depression.	Omhandlet kognitiv rekovalanse. Ikke relevant for min problemstilling.
Kosier, J,T. Narushima, K. Robinson, G,R.	Preventing poststroke depression: A 12-week double-blind randomized treatment trial and 21-month follow-up.	Medisinsk behandling. Urelevant for min problemstilling/hensikt.
Beusmans, G. Fens,M. Heugten, C. Metsemakers, J. Kester, A. Limburg, M.	Effect of a stroke-specific follow-up care model on the quality of life of stroke patients and caregiver: A controlled trial	Evaluering av en bestemt modell som kan brukes i forhold til slagpasienter. Gir ikke svar på min hensikt med studien.
Dammen, T. Finset, A. Moum, T. Mørland, T. Sagen, U. Vik, T., G.	Early detection of patients at risk for anxiety, depression and apathy after stroke.	Går på bestemte måle-metoder for å avgjøre grad av engstelse og depresjon etter slag. Sier lite om risikofaktorer i forhold til depresjon og engstelse.
Carod-Artal,F. Coral, F.,L. Trizotto, D. Moreira, M.,C.	Poststroke depression: Prevalence and determinants in Brazilian stroke patients.	En prevalens-studie som gikk på den Brasilianske befolkningen. Lite verdi for min problemstilling/hensikt.

Artikelgranskning

(Inspirerad av Hellzén, Johanson & Pejler för urval i SBU-rapport (1999).

Artikel nr:..... Granskare:.....

Författare:.....

Titel:.....

Årtal:..... Tidskrift:.....

Land där studien utfördes:

Typ av studie: Original Review Annan

Kvantitativ Kvalitativ

Område:

1.....

2.....

3.....

4.....

Kvalitetsbedömning: Hög (I) Medel (II) Låg (III)

Kommentar:.....

Fortsatt bedömning: Ja Nej

Motivering:.....

KVALITETSBEDÖMNING

Frågeställning/hypotes:.....
.....
.....
.....

Typ av studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervention
 Annan

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
 Randomiserad Kontrollerad
 Intervention Annan

Studiens omfattning: Antal försökspersoner (N):..... Bortfall (N)

Tidpunkt för studiens genomförande?..... Studiens längd.....

Beaktas: Könsskillnader? Ja Nej Åldersaspekter? Ja Nej

Kvalitativa studier

Tydlig avgränsning/Problemformulering? Ja Nej

Är perspektiv/kontext presenterade? Ja Nej

Finns ett etiskt resonemang? Ja Nej

Urval relevant? Ja Nej

Är försökspersonerna väl beskrivna? Ja Nej

Är metoden tydligt beskriven? Ja Nej

Kommunicerbarhet: Ges en klar bild av resultat? Ja Nej

Giltighet: Är resultatet logiskt, begripligt, i
överensstämmelse med verkligheten, fruktbar/nyttigt? Ja Nej

Kvantitativa studier

Urval: Förfarandet beskrivet Ja Nej

Representativt Ja Nej

Kontext Ja Nej

Bortfall: Analysen beskriven Ja Nej

Storleken beskriven Ja Nej

Interventionen beskriven Ja Nej

Adekvat statistisk metod Ja Nej

Vilken statistisk metod är använd?

.....
.....

Etiskt resonemang Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten -valida Ja Nej

-reliabla Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Oversikt over inkluderte artikler etter utvalgsstrategien fase 3.

Vedlegg nr. 3. Tabell nr. 3.

Artikkel 1.

Forfatter, årstall, land	Townend, E., Tinson, D., Kwan, J. og Sharpe, M. (2009) UK
Studiens hensikt	Å studere forholdet mellom å akseptere tapt funksjonsevne og depresjon etter et slag, og dennes mulighet til å forutsi depresjon i oppfølgingen
Design	En del kvalitativ, en del kvantitativ
Analysemetode	Intervju analyse og prospektiv (kohort)
Deltagere/fracfall	89 i den kvantitative delen, 60 i den kvalitative delen
Hovedresultat	Det kvantitative resultatet viste en måned post-stroke, at alder ikke var en faktor som pekte seg ut i særlig grad med tanke på depresjon, med det var det derimot å være kvinne. Den kvalitative delen viste at deltakere med depresjon i større grad ikke greide å akseptere sin situasjon og hadde derfor vanskelig for å tilpasse seg, og følte seg ubrukelige.
Kvalitet og SND-nivå	Kvalitet H, SND 1

Artikkel 2.

Forfatter, årstall, land	Bendz, M. (2003) Sverige
Studiens hensikt	Å fokusere på hvordan slagrammede og helsepersonell forstår konsekvensene av slaget, og rehabiliteringsprosessen etterpå.
Design	Kvalitativ
Analysemetode	Intervju
Deltagere/fracfall	15
Hovedresultat	Helsepersonell må forstå hvordan et slag rammer, og hvordan det forandrer hele livssituasjonen til den slagrammede. Intervjuobjektene fortalte om at fokus fra helsepersonell etter slaget var fokusert på fysisk trening.
Kvalitet og SND-nivå	Kvalitet M, SND 1

Artikkel 3.

Forfatter, årstall, land	Kirkevold, M. og Kouwenhoven, S. (2013) Norge
Studiens hensikt	Å presentere en samling av beskrivelser av forløpet for depresjonen etter hjerneslaget, fra akutfasen til 18 måneder etter slaget.
Design	Kvalitativ. Longitudinelt, deskriptivt design.
Analysemetode	Gjentagende dybdeintervju
Deltagere/frafall	9
Hovedresultat	Depressive symptomer og konsekvenser etter slaget er vevd sammen, og kan derfor være vanskelig å skille mellom.
Kvalitet og SND-nivå	Kvalitet H, SND 1

Artikkel 4.

Forfatter, årstall, land	Eilertsen, G. (2015) Norge
Studiens hensikt	Å belyse eldre kvinners livsprosjekter og betydningen disse hadde for dem i rehabiliteringsprosessen etter slaget.
Design	Kvalitativ, prospektivt longitudinelt case-studie design
Analysemetode	Dybdeintervju
Deltagere/frafall	6
Hovedresultat	Livsprosjektene handlet om personlige fortolknings – og verdirammer som gav rehabiliteringen og omstillingsprosessen retning og drivkraft. Hjerneslaget forårsaket dyptgripende og vedvarende endringer, med betydningen av endringene var avhengige av i hvilken grad de vanskeliggjorde kvinnenens livsprosjekt.
Kvalitet og SND-nivå	Kvalitet H, SND 1

Artikkel 5.

Forfatter, årstall, land	Anderson, C., Burvill, P., Jamrozik, K., Johnson, G. og Stewart-Wynne, E. (1997) Australia
Studiens hensikt	Å studere mulige risikofaktorer i forhold til poststroke depression (PSD), utover lesjoner i hjernen.
Design	Kvantitativ. Kohort studie.
Analysemetode	Standardisert intervju og psykiske og fysiske undersøkelser.
Deltagere/fracfall	191
Hovedresultat	Tre faktorer viste seg i denne studien å være forbundet med PSD: nemlig ett relativt stort alkoholinntak før slaget, svekket fysisk mobilitet og hvordan man bodde i tiden etter slaget (17% av de som bodde alene etter slaget var deprimerte, mot 45% som bodde på sykehjem).
Kvalitet og SND-nivå	Kvalitet M, SND 1

Artikkel 6.

Forfatter, årstall, land	Brouns, R., De Deyn, P.P., Engelborghs S., Fransen, E., Geurden, M., Geurden, M., og Ryck, A. (2014) Belgia
Studiens hensikt	Å studere forekomsten og risikofaktorer i forhold til PSD 18 måneder etter slag.
Design	Kvantitativ. Prospektiv, longitudinal studie.
Analysemetode	Data analyse. Standardiserte undersøkelser og spørreskjema.
Deltagere/fracfall	125
Hovedresultat	Studien viser at de mest markante forholdene for å utvikle PSD var redusert fysisk aktivitet og problemer i relasjoner som følge av slaget.
Kvalitet og SND-nivå	Kvalitet H, SND 1

Artikkel 7. NB: Ble vurdert til lav kvalitet. Ble derfor ikke inkludert videre til analyse- delen av denne studien.

Forfatter, årstall, land	Chau, J., Lui, M., og Fung, L. (2004) Kina
Studiens hensikt	Å forklare forholdet mellom selvtillit og selvfølelse, depresjon og demografiske forhold med tanke på PSD.
Design	Kvantitativ. Prospektiv, cross-sectional design.
Analysemetode	Skalering og spørreskjema/intervju.
Deltagere/fracfall	73
Hovedresultat	Resultatet indikerte at slagrammede som hadde hatt en nytt hjerneslag, og de som var relativt avhengige av hjelp for å ta vare på seg selv, hadde større risiko for å bli deprimerte. Disse hadde også lav selvfølelse rundt sin situasjon og sin egen person.
Kvalitet og SND-nivå	Kvalitet Lav, SND 2

Artikkel 8.

Forfatter, årstall, land	Jobges, M., Lewin, A. og Werheid, K. (2013) Tyskland
Studiens hensikt	Å undersøke om svekket ADL og kognitiv funksjon, lav alder, og tidligere depresjon (før slaget) kunne gi større risiko for depressive symptomer.
Design	Kvantitativ. Case control.
Analysemetode	Intervju, og innsamling av data i forhold til demografi, psykiatrisk anamnese, og en del supplerende undersøkelser.
Deltagere/fracfall	96
Hovedresultat	Funnene indikerer at stor tro på egen mestring, samt sosial støtte i rehabiliteringsprosessen, kan forebygge PSD.
Kvalitet og SND-nivå	Kvalitet H, SND 1

Artikkel 9.

Forfatter, årstall, land	Brouns, R., De Deyn, P.P., Engelborghs, S., Fransen, E., Geurden, M., Marien, P., Peij, D. og Ryck, A. (2014a) Belgia
Studiens hensikt	Hensikten med studien var å undersøke et bredere felt enn de fleste studier gjør, for å finne kunnskap om at PSD mest sannsynlig er multifaktorell.
Design	Kvantitativ. Prospektiv, longitudinal.
Analysemetode	Standardiserte intervju og forskjellige målemetoder som var like for alle deltakere.
Deltagere/fracfall	222/16 (døde)
Hovedresultat	Grad av slag, kognitiv og fysisk svekkelse, større grad av avhengighet i ADL og reduserte sosiale aktiviteter er alle faktorer som kan relateres til PSD.
Kvalitet og SND-nivå	Kvalitet H, SND 1

Artikkel 10.

Forfatter, årstall, land	Aben, L., Busschbach, J., Heijenbrok-Kal, M., Ribbers, G og Visser, M. (2014) Nederland
Studiens hensikt	Å undersøke forbindelsen mellom mestringsstrategi, depresjon og livskvalitet i fasen etter slaget.
Design	Kvantitativ. Kaskontrollert, cross-sectional study
Analysemetode	Målinger av diverse slag.
Deltagere/fracfall	213 (noen ble ekskludert tidlig i studien da de ikke møtte eksklusjons-kriteriene).
Hovedresultat	Pasienter som foretrekker en aksepterende mestringsstrategi, viser mindre/færre symptomer på depresjon etter slag.
Kvalitet og SND-nivå	Kvalitet H, SND 1

Artikkel 11.

Forfatter, årstall, land	Almborg, A-H., Brown, C., Hasson, H. og Thyselius, H. (2012) Sverige
Studiens hensikt	Å undersøke faktorer som er assosierte med PSD for bedre å ha fokus på rehabiliteringsprosessen med tanke på å få ned tallet på depressive symptomer etter hjerneslag.
Design	Kvantitativ. Prospektivt, longitudinalt studie.
Analysemetode	Målinger, og innhenting av data
Deltagere/fracfall	181
Hovedresultat	Ett av hovedfunnene er at grad av svekkelse i ADL etter hjerneslag, står i sammenheng med hvorvidt en person utvikler PSD.
Kvalitet og SND-nivå	Kvalitet H, SND 1

Artikkel 12.

Forfatter, årstall, land	Feher, K., Husky, M., Jean, F., Sibon, I. og Swendsen, J.(2013) Frankrike
Studiens hensikt	Undersøke atferd som kan utgjøre en risiko for å utvikle depressive symptomer etter hjerneslag.
Design	Kvantitativ. Prospektiv, kaskontroll-studie.
Analysemetode	Målinger, undersøkelser og innsamling av data.
Deltagere/fracfall	36
Hovedresultat	I den tidlige fasen etter slaget var utøvelse av sportslige aktiviteter og jobb, relatert til PSD. Senere i forløpet, var forebyggende faktorer å være sammen med bekjente og slekt.
Kvalitet og SND-nivå	Kvalitet H, SND 1

Artikkel 13.

Forfatter, årstall, land	Engedal, K., Hesook, S., Kirkevold, M. og Kouwenhoven, S. (2011) Norge
Studiens hensikt	Å beskrive livet slik det føltes for de som led av depressive symptomer i den akutte fasen etter slaget. Hva er depresjonens natur, og hvordan er det å leve med depresjon i den første tiden etter slag.
Design	Kvalitativ, deskriptiv design.
Analysemetode	Dybdeintervju
Deltagere/fracfall	9
Hovedresultater	Deltakerne beskrev sine depressive episoder som en naturlig følge av tap.
Kvalitet og SND-nivå	Kvalitet H, SND 1

Vedlegg nr. 4. Analyse av hovedfunn.

Artikkel 1.

Forfatter(e)	Hovedfunn	Sub-kategori	Hovedkategori
Townend, E., Tinson, D., Kwan, J. og Sharpe, M. (2009) ‘‘feeling sad and useless’’: an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke’’.	Over to-tredjedeler av deltakerne uttrykte bekymring over reduksjon av sosiale aktiviteter sammen med venner og familie, bekymring over dagligdagse aktiviteter som handling etc. og noen fortalte om en stor tretthet etter slaget, som gjorde at de hadde mindre energi enn før. Nesten samtlige av de som følte seg deprimerte, fortalte om at de følte at de fortsatt burde fylt sine roller (husmor, passe barnebarn etc.)	Forpliktelser Sosialt nettverk Nedsatt energi	Psykologiske sårbarhetsfaktorer Ulike funksjonstap av biologisk natur
	Handikap etter slaget, i en slik grad at deltakerne var avhengig av hjelp i dagliglivet (ADL) for å klare seg, var en risikofaktor for å utvikle depresjon etter slaget.	Avhengig av hjelp	Ulike funksjonstap av biologisk natur
	Deltagere som var deprimerte, rapporterte i stor grad om vanskeligheter for å tilpasse seg, og finne aksept for sin nye situasjon. De rapporterte om savn etter tidligere aktiviteter, følte seg ubrukelige og hadde lav selvfølelse.	Lav selvaktelse Negative tanker	Psykologiske sårbarhetsfaktorer
	Deltakere som var deprimerte, rapporterte i større grad om tristhet, frustrasjon, og en følelse av å være fanget i egen kropp, enn de som ikke var deprimerte.	Negative tanker Avhengig av hjelp	Psykologiske sårbarhetsfaktorer Ulike funksjonstap av biologisk natur

Artikkel 2.

Forfatter(e)	Hovedfunn	Sub-kategori	Hovedkategori
Bendz,M. (2003) ‘‘ The first year of rehabilitation after a stroke – from two perspectives’’	Slagrammede fortalte om å miste kontroll over sine liv, være handikappede, mer glemsk, og noen følte seg veldig trøtte og manglende energi. De visste ikke om de turte å gjennomføre aktiviteter de før gjorde, av redsel for å få et nytt slag. Noen fortalte også om at hodet ikke lenger greide å følge med.	Avhengig av hjelp Nedsatt kognitiv funksjon Nedsatt energi	Ulike funksjonstap av biologisk natur
	Mange av de slagrammede fortalte om at de ikke turte å legge planer for fremtiden, og at de måtte organisere sine liv etter å være forberedt på det ‘‘ verste’’.	Realisere planer	Sosiale utfordringer etter slaget

Artikkel 3.

Forfatter(e)	Hovedfunn	Sub-kategori	Hovedkategori
--------------	-----------	--------------	---------------

<p>Kirkevold, M. og Kouwenhoven, S. (2013)</p> <p>“ Å leve med depresjon etter hjerneslag”.</p>	<p>Alle deltakerne var deprimerte. De fortalte om en følelse av å være stengt inne i egen kropp, og tvunget til å leve på en bestemt måte. Spesielt var det vanskelig å ha språkproblemer; å ikke klare å gi uttrykk for tanker. Samtlige deltakere mistet sertifikatet som en følge av hjerneslaget.</p>	<p>Afasi/språkproblemer</p> <p>Avhengig av hjelp</p>	<p>Ulike funksjonstap av biologisk natur</p>
	<p>Noen opplevde et misforhold mellom forventninger og muligheter til å utføre aktiviteter. Mange følte seg nærmest paralyisert av tretthet, noe som gjorde det vanskelig å delta i sosiale aktiviteter. De fleste følte seg også glemsk, noe som ble oppfattet som et stort tap.</p>	<p>Forpliktelser</p> <p>Nedsatt energi</p> <p>Sosiale aktiviteter</p>	<p>Ulike funksjonstap av biologisk natur</p> <p>Sosiale utfordringer etter slaget</p>

Artikkel 4.

Forfatter(e)	Hovedfunn	Sub-kategori	Hovedkategori
Eilertsen, G. (2015) ‘‘Forståelse av pasientens livsprosjekt – en nøkkel i slagrehabiliteringen?’’.	Noen av deltakerne beskrev følelsen av å ha lyst til å jobbe en tid etter slaget, men følelsen av nederlag når dette ikke gikk, pga tretthet og nedsatt konsentrasjon og hukommelse.	Nedsatt kognitiv funksjon Forpliktelser	Ulike funksjonstap av biologisk natur Sosiale utfordringer etter slaget
	En av deltakerne beskrev situasjonen sin, 1 år etter slaget, som at alt var vanskeligere, og hun hadde problemer med å innse at hun ikke lenger var i stand til å ta raske avgjørelser.	Negative tanker Nedsatt kognitiv funksjon	Sosiale utfordringer etter slaget

Artikkel 5.

Forfatter(e)	Hovedfunn	Sub-kategori	Hovedkategori
Anderson, C., Burvill, P., Jamrozik, K., Johnson, G. og Stewart-Wynne, E. (1997) ‘‘Risk factors for post-stroke depression’’	Studien viser at en større andel av de som var skilt eller separert var deprimerte, sammenlignet med de som var single, gifte eller etterlatte. Studien viste også at de som bodde alene etter slaget, i mindre grad enn de som bodde på sykehjem, sammen med ektefelle eller i en rehabiliteringsinstitusjon, var deprimerte.	Sosialt nettverk	Sosiale utfordringer etter slaget
	Studien viste også at blant de som hadde en funksjonell svekkelse, så var andelen deprimerte høyere enn de som ikke hadde særlig funksjonell svekkelse.	Avhengig av hjelp	Ulike funksjonstap av biologisk natur

Artikkel 6.

Forfatter(e)	Hovedfunn	Sub-kategori	Hovedkategori
<p>Brouns, R., De Deyn, P.P., Engelborghs S., Fransen, E., Geurden, M., Geurden, M., og Ryck, A. (2014).</p> <p>“Psychosocial problems associated with depression at 18 months poststroke”</p>	<p>Ved sammenligning av deprimerte og ikke-deprimerte, så viste det seg at deltakerne med PSD hadde større grad av handikap som følge av slaget, og var avhengig av hjelp i ADL. De som var deprimerte, hadde også større grad av nedsatt kognitiv funksjon, enn de som ikke var deprimerte. Depresjon ble også funnet i større grad hos de som led av aprakis, enn de uten.</p>	<p>Nedsatt kognitiv funksjon</p> <p>Avhengig av hjelp</p>	<p>Ulike funksjonstap av biologisk natur</p>
	<p>En større forekomst av vedvarende relasjonsproblemer, og som kunne relateres til slaget, ble funnet hos de som var deprimerte, og ble ikke funnet hos de som ikke led av PSD.</p>	<p>Sosialt nettverk</p>	<p>Sosiale utfordringer etter slaget</p>
	<p>Redusert aktivitet, slik som dagligdagse gjøremål, og deltagelse i sosiale aktiviteter, viste seg å være betydelig relatert til å utvikle PSD.</p>	<p>Sosiale aktiviteter</p> <p>Avhengig av hjelp</p> <p>Nedsatt energi</p>	<p>Sosiale utfordringer etter slaget</p> <p>Ulike funksjonstap av biologisk natur</p>

Artikkel 8.

Forfatter(e)	Hovedfunn	Sub-kategori	Hovedkategori
Jobges, M., Lewin, A. og Werheid, K. (2013) ‘‘The influence of self-efficacy, pre-stroke depression and perceived social support on self-reported depressive symptoms during stroke rehabilitation’’.	Høyt nivå av kognitiv funksjon stod i sammenheng med en generelt tro på mestring og lave nivå av depresjon. Lavt nivå av mestringevne, både generelt og slag-relatert hos deltakerne, viste en sammenheng mellom depressive symptomer og måten slaget ble mestret på.	Ikke-aksept for egen situasjon Nedsatt kognitiv funksjon	Psykologisk sårbarhetsfaktorer Ulike funksjonstap av biologisk natur
	Sosial støtte fra omgivelsene viste seg å ha en beskyttende faktor mot å utvikle PSD, og mangel på denne ga seg ofte utslag i PSD.	Sosialt nettverk	Sosiale utfordringer etter slaget
	Avhengighet av hjelp i ADL viste seg også å ha betydning for å utvikle depressive symptomer.	Avhengig av hjelp	Ulike funksjonstap av biologisk natur

Artikkel 9.

Forfatter(e)	Hovedfunn	Sub-kategori	Hovedkategori
<p>Brouns, R., De Deyn, P.P., Engelborghs, S., Fransen, E., Geurden, M., Marien, P., Peij, D. og Ryck, A. (2014).</p> <p>“Poststroke depression and it’s multifactoral nature: Results from a prospective longitudinal study”</p>	<p>Deltakere som hadde PSD 3 måneder etter slaget, var I mye større grad enn ikke-deprimerte, avhengig av hjelp I ADL, hadde større funksjonshemninger, deltok markant mindre I daglige, sosiale aktiviteter, og var også i større grad svekket kognitivt.</p>	<p>Avhengig av hjelp</p> <p>Nedsatt kognitiv funksjon</p> <p>Sosiale aktiviteter</p>	<p>Ulike funksjonstap av biologisk natur</p> <p>Sosiale utfordringer etter slaget</p>
	<p>6 måneder etter slag var situasjonen slik at de deprimerte som følge av slaget, i markant større grad hadde et alvorligere slag, verre resultat, mindre mobile, mer kognitivt svekket, og opplevde større problemer med å kommunisere.</p>	<p>Afasi</p> <p>Avhengige av hjelp</p> <p>Nedsatt kognitiv funksjon</p>	<p>Ulike funksjonstap av biologisk natur</p>
	<p>Langvarige relasjonsproblemer som følge av slaget, og fravær av nære omsorgspersoner, viste seg å være betydningsfulle risikofaktorer for å utvikle PSD.</p>	<p>Sosialt nettverk</p>	<p>Sosiale utfordringer etter slaget</p>

Artikkel 10.

Forfatter(e)	Hovedfunn	Sub-kategori	Hovedkategori
Aben, L., Busschbach, J., Heijenbrok-Kal, M., Ribbers, G og Visser, M. (2014) "The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke"	Studien viser at deltakere med en høyere depresjons-score, hadde lavere helserelatert livskvalitet, og at dette igjen var relatert til psykisk helse. De som var deprimerte hadde problemer med å mestre sin livssituasjon som følge av slaget.	Ikke-aksept for egen situasjon Sosialt nettverk	Psykologiske sårbarhetsfaktorer Sosiale utfordringer etter slaget
	Å bo uten en livspartner viste seg å være negativt i livskvalitets-øyemed.		
	Afasi viste seg også å være negativt i forhold til depresjon og livskvalitet.	Afasi	Ulike funksjonstap av biologisk natur

Artikkel 11.

Forfatter(e)	Hovedfunn	Sub-kategori	Hovedkategori
Almborg, A-H., Brown, C., Hasson, H. og Thyselius, H. (2012) "Post-stroke depression and functional independence: a condrum"	Grad av svekkelse I ADL etter slag, viser i denne studien en klar sammenheng med hvorvidt en person med slag utvikler depressive symptomer og PSD eller ikke. De som utviklet PSD var i mye større grad avhengig av hjelp i ADL enn de som ikke var deprimerte.	Avhengig av hjelp	Ulike funksjonstap av biologisk natur

Artikkel nr. 12.

Forfatter(e)	Hovedfunn	Sub-kategori	Hovedkategori
Feher, K., Husky, M., Jean, F., Sibon, I. og Swendsen, J.(2013)	I den tidlige fasen etter slaget, viste det seg at sportslige aktiviteter, samt å gå tilbake til jobb, var relatert til høyere nivåer av depresjon.	Nedsatt kognitiv funksjon Avhengig av hjelp	Ulike funksjonstap av biologisk natur
	En beskyttende faktor i forhold til PSD ble funnet i det sosiale miljøet, hvor være sammen med venner, eller oppholde seg sammen med partner eller hos slektninger, viste seg å være svært positivt i forhold til å utvikle PSD, i forhold til de som ikke lengre var en del av det sosiale miljøet, eller var sammen med venner.	Sosialt nettverk Sosiale aktiviteter	Sosiale utfordringer etter slaget

Artikkel nr. 13.

Forfatter(e)	Hovedfunn	Sub-kategori	Hovedkategori
<p>Engedal, K., Hesook, S., Kirkevold, M. og Kouwenhoven, S. (2011)</p> <p>“Living a life in shades of grey’: experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke”.</p>	<p>Deltakerne fortalte om en følelse av å være fanget i egen kropp, med problemer med å kommunisere, konsentrere seg, og problemer med hukommelsen</p>	<p>Afasi</p> <p>Nedsatt kognitiv funksjon</p> <p>Avhengig av hjelp</p>	<p>Ulike funksjonstap som følge av slaget</p>
	<p>Deltakerne fortalte om at de følte seg fortvilet etter slaget, uten frihet til å bevege seg slik de selv ønsket. De var avhengige av hjelp i større grad enn før, og de savnet å gjøre aktiviteter de før hadde gjort, og som fremstod som meningsfulle. Det var ingen glede i livet lenger uten de muligheter og den frihet de hadde hatt før slaget.</p>	<p>Avhengig av hjelp</p>	<p>Ulike funksjonstap som følge av slaget</p>
	<p>Noen av deltakerne fortalte også om å velge isolasjon fremfor å delta i det sosiale livet, dette på grunn av kommunikasjonsproblemer som følge av slaget.</p>	<p>Afasi</p> <p>Sosiale aktiviteter</p>	<p>Ulike funksjonstap av biologisk natur</p> <p>Sosiale utfordringer etter slaget</p>
	<p>Deltakerne fortalte også om en følelse av å miste seg selv, og om en følelse av nederlag ved å ikke klare å utføre bestemte oppgaver.</p>	<p>Lav selvaktelse</p>	<p>Psykologiske sårbarhetsfaktorer</p>
	<p>Noen av deltakerne ga uttrykk for å føle seg som “ ingenting”.</p>	<p>Lav selvaktelse</p>	<p>Psykologiske sårbarhetsfaktorer</p>
	<p>Samtlige deltakere fortalte om en følelse av å være trøtt, og føle seg utslitt, med manglende energi. Noe som gjorde det vanskelig å ta initiativ til aktiviteter osv.</p>	<p>Nedsatt energi</p> <p>Sosiale aktiviteter</p>	<p>Ulike funksjonstap av biologisk natur</p> <p>Sosiale utfordringer etter slaget</p>

