

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 552 _____

Eksamensnavn: SYBA3900 _____

Dato: 26/05/2016 _____

Klasse: 3B _____

Kull: 2013 _____

Antall ord: 11808 _____

SAMMENDRAG

Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge og rammer ca. 15000 personer i Norge. Blant dem er 25% rammet av afasi. Å plutselig ikke kunne snakke etter hjerneslag er forbundet med store forstyrrelser i hverdagen og utsetter pasient for psykososiale problemer som depresjon. Depresjon forekommer hos ca. 40% av slagpasienter, og kan føre til at pasient har nedsatt livskvalitet og manglende motivasjon til trening. Hensikten med denne oppgaven er å finne intervensjoner som sykepleiere i rehabiliteringsavdeling kan bruke for å forebygge depresjon hos slagpasienter med ekspressiv afasi. Problemstillingen er: *«Hvordan kan sykepleier forebygge depresjon hos hjerneslagpasienter med afasi?»*

I oppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode. Forskningsartikler som er brukt i oppgaven ble funnet i tidsskrift «Sykepleien» og databaser: Cinahl, Pubmed, Svemed+ og Cochrane Library. Det kommer fram i studiene at det er behov for økt kunnskap og kompetanse hos sykepleiere om kommunikasjon med afasipasienter og identifisering av depressive symptomer etter hjerneslag. Sykepleiere bør ha større fokus på identifisering av depresjon i akutt fasen etter hjerneslag. Støttet samtale med afasipasient er effektiv mot depresjon. Informasjon, håp, fysisk aktivitet og musikk er viktige tiltak for å redusere forekomst av depresjon. Det er viktig at sykepleier viser respekt til pasienten og observerer både fysiske og psykiske behov. Ved å ivareta både fysisk og psykisk behov kan sykepleier forebygge depresjon hos afasipasienter.

Nøkkelord: Stroke, Aphasia, Depression, Nurses, Psychosocial support og Nursing role.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.	2
1.3	Avgrensning.....	2
1.4	Definisjon av sentrale begreper.	2
1.5	Oppgavens disposisjon.....	3
2.0	METODE.....	4
2.1	Litteraturstudie.....	4
2.2	Søkestrategi.....	4
2.3	Kildekritikk- sterke og svake sider ved studie	6
3.0	TEORI.....	8
3.1	Hjerneslag.	8
3.1.1	Årsaker.....	8
3.1.2	Symptomer eller konsekvenser av hjerneslag	8
3.1.3	Behandling av hjerneslag.....	9
3.2	Afasi.....	9
3.2.1	Konsekvenser av afasi.....	10
3.3	Krise og mestring.....	10
3.4	Depresjon.....	11
3.4.1	Kartlegging og forebygging av depresjon.....	12
3.5	Teoretisk perspektiv.....	13
3.5.1	Begrepet Håp.	13
3.6	Sykepleiers rolle og funksjon.....	14
3.6.1	Forebygging.....	14
3.6.2	Rehabilitering.....	15
3.6.3	Ivaretagelse av psykososiale behov.	15

3.6.4 Sosial Støtte.	16
3.6.5 Kommunikasjon.....	17
3.6.6 Relasjon.....	18
3.7 Etikk.....	18
4.0 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	19
4.1 Å leve med depresjon etter hjerneslag.	19
4.2 A new life with aphasia: everyday activities and social support.	19
4.3 Living successfully with aphasia: A qualitative meta-analysis of the perspectives of individuals with aphasia, family members, and speech-language pathologists.....	20
4.4 A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses.	20
4.5 Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke.	21
4.6 Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff–patient interactions.....	21
5.0 DRØFTING	23
5.1 Kartlegging av depresjon.	23
5.2 Sosial Støtte.	25
5.2.1 Støttet samtale.....	25
5.2.2 Sosial nettverk.....	27
5.3 Informasjon.	28
5.4 Håp.....	29
5.5 Økt kunnskap og kompetanse.	32
5.6 Hvordan kan sykepleier forebygge depresjon hos afasipasienter?	33
6.1 KONKLUSJON	36
Litteraturliste.....	38
Vedlegg 1-MADRS (Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale)	41

Vedlegg 2-GDS.....	46
--------------------	----

1.0 INNLEDNING

I dette kapitlet skal jeg skrive om bakgrunnen for valg av tema, hensikten med oppgave og problemstilling. Jeg skal også skrive om avgrensninger jeg har gjort i oppgaven og deretter beskrive oppgavens disposisjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge etter hjertesykdom og kreft og rammer ca. 15000 personer i Norge. Afasi forekommer hos 25% av disse pasientene og omtrent 40% av dem fortsetter å ha betydelig språkproblemer 18 måneder etter slag (Helsedirektoratet, 2010). Å få afasi etter hjerneslag er forbundet med store forstyrrelser i hverdagen og utsetter pasient for psykososiale problemer som depresjon (Bronken, Kirkevold, Martinsen, Wyller, & Kvigne, 2012). Depresjon forekommer hos ca. 40% av slag pasientene, og kan føre til at pasient har nedsatt livskvalitet og manglende motivasjon til trening (Wergeland, Ryen, & Ødegaard-Olsen, 2010).

I praksis i en rehabiliteringsavdeling på et sykehus har jeg hatt kontakt med en del slagpasienter som har hatt afasi. Det var utfordrende for meg å kommunisere med dem.

Jeg observerte i praksis at disse pasientene ofte isolerte seg, og ble lett frustrert når de ikke kunne formidle hva de ønsket. Mange av disse blir deprimerte. Jeg har tenkt på hva sykepleiere kan gjøre for at afasirammede ikke blir deprimerte når de kommer hjem.

Hensikten med denne studien er å finne metoder som sykepleiere i rehabiliterings avdeling kan benytte seg for å forebygge depresjon hos slagpasienter med afasi. Gjennom oppgave ønsker jeg å øke kunnskap om forebygging av depresjon hos afasipasienter og se nærmere på hvordan sykepleier kan dekke deres psykososiale behov. På en rehabiliteringsavdeling får afasipasientene de nødvendige trening og rehabilitering, men ofte er den psykiske side oversett. Ved å skrive oppgave ønsker jeg å formidle viktigheten av å se på en pasient som helhet for å oppdage tidlige tegn på depresjon.

1.2 Presentasjon av problemstilling.

Jeg har formulert følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier forebygge depresjon hos hjerneslagpasienter med afasi?»

1.3 Avgrensning.

Jeg har i oppgave valgt å ta pasient med motorisk afasi som pasientgruppe, det vil si at pasient er kognitiv klar og orientert, men har vanskelighet å utrykke seg. Afasi kan være forårsaket av flere årsaker, men i oppgaven tar jeg utgangspunkt i afasi etter hjerneslag. Behandling foregår i rehabiliteringsinstitusjon etter den akutte fasen og pasient reiser hjem. I oppgaven har jeg valgt å se bort fra pasienter som flyttes til andre rehabiliteringsinstitusjon. Fordi sykepleie til tverrkulturelle pasienter er stort tema i seg selv tar jeg ikke hensyn til pasienter som ikke er norsktalende. Jeg fokuserer ikke på sykepleie i forhold til andre utfall som pasient kan få etter hjerneslag på grunn av oppgavens omfang. Derfor baserer jeg sykepleieintervensjoner rettet mot slagpasienter med afasi som det største utfallet. Jeg fokuserer lite på pårørendes behov for egen ivaretagelse men tar for meg hva slags behov de har for å kunne støtte den afasirammede. Jeg ser ikke på den medikamentell behandling mot depresjon. I oppgaven refererer jeg til sykepleier når jeg bruker «hun» og til pasient når jeg bruker «han».

1.4 Definisjon av sentrale begreper.

Hjerneslag: Hjerneslag defineres av verdens helseorganisasjon som en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelser i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død (Helsedirektoratet, 2010).

Afasi: Afasi er en språkdefekt som skyldes skade i hjernens språkområde hos personer som tidligere har fungert språklig normalt. Ekspressiv afasi skyldes skade i fremre språkområde som forårsaker at pasient har vanskelighet å utrykke seg (Wergeland et al., 2010).

Depresjon: Depresjon er en bred og heterogen diagnosegruppe, der sentrale symptomer er senket stemningsleie, mangel på interesse og glede over de fleste aktiviteter, tretthet og nedsatt energi (Gjengitt etter Helsedirektoratet, 2009, s. 9). I oppgaven fokuserer på forebygging av depresjon etter hjerneslag.

1.5 Oppgavens disposisjon.

Innledning i oppgaven er delt opp i fem deler med: beskrivelse av bakgrunnen for valg av tema, presentasjon av problemstilling, avgrensning, definisjon og beskrivelse av oppgavens disposisjon. Etter innledning kommer metodekapittelet. Jeg beskriver valg av metode, søkestrategi og sterke og svake sider ved studie. I teori kapittelet presenterer jeg teori som er relevant for problemstillingen min. Videre presenterer jeg forskningsartikler som er brukt i oppgaven. Deretter kommer drøftingen hvor jeg drøfter problemstillingen mot teori og forskningsartikler presentert i oppgave. Til slutt kommer konklusjon der jeg oppsummerer det som kommer fram i drøftingen og beskriver hva jeg har lært ved å skrive denne oppgaven.

2.0 METODE

I dette kapittelet skal jeg definere hva metode er, beskrive litteraturstudie som metode og søkestrategi brukt i oppgaven.

2.1 Litteraturstudie.

Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arealet av metoder (gjengitt etter Dalland, 2012, s. 111). I bacheloroppgaven er vi pålagt å bruke litteraturstudie som metode. I følge Dalland (2012) er litteraturstudie en systematisk fremgangsmåte for å finne eksisterende relevante litteratur og forskningsartikkel relevant til problemstilling. For å finne relevante bøker har jeg søkt i bibliotek og BIBSYS med sentrale ord som «hjerneslag», «afasi» og «depresjon». Jeg har lest gjennom tittel og innholdsfortegnelse i bøkene og valgt de som er relevante. Noen av de bøkene valgte jeg også fordi jeg har brukt dem tidligere i studieperiode. Jeg skal i oppgaven også bruke kvalitative forskningsartikler som belyser min problemstilling. Kvalitative metoden fanger opp mening og opplevelse mens kvantitative metoden gir data i form av målbarenhet(Dalland, 2012).

2.2 Søkestrategi

For å finne forskningsartikler har jeg brukt disse databasene: SveMed+, CINAHL, Cochrane Library, og Pubmed. Jeg har også brukt en artikkel fra tidsskrift «Sykepleien». Jeg har brukt SveMed+ for å finne Mesh ordene. Søkeordene som ble brukt for å søke i databasene var «Stroke», «Aphasia», «Depression», «Nurses», «Psychosocial support» og «Nursing role». Jeg brukte disse ordene i de forskjellige databasene og kombinerte dem i forskjellige sammensettinger som ga meg forskjellige treff. Jeg skal kun beskrive søkeprosess til de artiklene som jeg bruker i oppgaven. Jeg har avgrenset søkene ved å søke på forskningsartikler som ikke er eldre enn 10 år (fra 2006 til 2016), for å få oppdatert resultat som kan anvendes i oppgaven.

I nettversjon av tidsskriftet Sykepleien søkte jeg med «depresjon og hjerneslag» og fikk 4 treff. Blant dem valgte jeg en norsk artikkel som heter «Å leve med depresjon etter hjerneslag» som tar for seg pasientens opplevelse av å leve med depresjon etter hjerneslag.

I Cinahl brukte jeg søkeordene «Depression», «Stroke», «Aphasia» og «psychosocial support». Ved å kombinere «aphasia» og «psychosocial support» og ved å avgrense søket til forskningsartikler utgitt mellom 2006 til 2016, fikk jeg 33 treff. Blant dem har jeg valgt fire artikler. To artikler som jeg bruker i oppgaven er skrevet av Birgitta Sjöqvist Nätterlund og ble publisert i 2010 i Sverige heter «*A new life with aphasia: everyday activities and social support*», og «*Being a close relativ of a person with aphasia*». Den første artikkelen omhandler afasipasienters opplevelse av hverdagsaktiviteter og betydning av sosial støtte i hverdagen etter å ha fått afasi. Artikkelen er relevant for min oppgave fordi den handler om pasientens opplevelser og påvirkning av afasi på deres hverdagsliv og hvordan de opplevde å få sosial støtte i hverdagen. Den andre artikkelen handler om pårørendes opplevelser av påvirkning av afasi på sin egen livssituasjon, samt deres oppfatninger av hverdagsaktivitet for personen med afasi og støtte for familien i dagliglivet.

Jeg har også valgt en australsk artikkel. Artikkelen heter «*Living successfully with aphasia: A qualitative meta-analysis of the perspectives of individuals with aphasia, family members, and speech-language pathologists*». Denne artikkel er en metaanalyse som samler funn fra tre andre studier (som også var blant de 33 treff jeg fikk) og gir svar på hvordan en afasirammet pasient kan leve med hell.

Artikkelen «*A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurse*» fant jeg i Cinahl ved å kombinere søkeordene «depression», «stroke patients» og «nursing role» og ved å avgrense søket til forskningsartikkel. Dette ga meg 4 treff og jeg valgte den fordi den gir meg svar på hvilke tiltak som er aktuelle i forebygging av depresjon hos slagpasienter.

I Pubmed brukte jeg kombinerte jeg søkeordene «psychosocial support» og «aphasia» med «AND», dette ga meg en treff på 37 artikler, som ble avgrenset til 6 artikler ved å krysse av for full fri tekst. Artikkelen som jeg valgte heter “*Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke*”. Denne artikkel hadde jeg brukt i forbindelse med studieoppgave i praksisperioden og syntes at den er relevant fordi den har med seg erfaringer fra afasirammede om hvordan de selv erfarte å ha afasi og hvordan de taklet hverdagen.

Artikkelen som heter «*Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions*» handler om effekt av kommunikasjonskurs til sykepleiere i kommunikasjon med afasipasienter.

2.3 Kildekritikk- sterke og svake sider ved studie

Kildekritikk viser at en er i stand til å vurdere og å karakterisere den litteraturen og andre kilder som er benyttet i oppgaven. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få del i refleksjonsprosess om hvilken relevans og gyldighet litteratur har når det gjelder å belyse problemstilling(Dalland, 2012).

Det har vært vanskelig å finne artikler og litteratur som omhandler direkte om hvordan depresjon kan forebygges hos slagpasienter med afasi. Det var heller ikke lett å finne artikler som handler om forebygging av depresjon hos slagpasienter. Jeg har derfor brukt kun én artikkel som går ut på intervensjoner som en sykepleier kan benytte seg i behandling av depresjon hos slagpasienter. De andre artiklene går ut på pasientens opplevelser av hvordan afasi påvirket deres liv og hva de selv syntes å være viktig når det gjelder å leve med hell med afasi. En av de artiklene som er brukt i oppgaven handler om viktigheten av kommunikasjonstrening for sykepleiere. Disse artiklene danner viktig grunnlag for å besvare på problemstilling sammen med faglitteratur. I faglitteratur har jeg sett på hvordan depresjon kan behandles og hvordan sykepleier kan ivareta psykososiale behov hos pasienter.

I oppgaven har jeg brukt kun primære kilder som presenterer ny kunnskap. I sekundærlitteratur er teksten bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Forskningsartiklene som jeg brukte leste jeg på original språket som er engelsk for å få forståelsen av forfatteren. 5 av de 6 artiklene er primære kilder og en er systematisk oversikt. En systematisk oversikt oppsummerer og sammenstiller resultater fra alle relevante studier(Dalland, 2012).

De forskningsartiklene som er brukt er hentet fra databasene som skolen abonnerer på og er peer reviewed. De fleste faglitteratur som er brukt i oppgaven har også vært pensum i tidligere studieperiode og derfor troverdig og relevante både til faget og problemstillingen. Jeg har også brukt to bøker «Afasi og samtale- Gode råd om kommunikasjon» og «Afasi- et

praksisrettet perspektiv» som ikke har vært pensum før, men er allikevel aktuelt for problemstilling. Jeg har brukt de nyeste utgavene av bøkene og forskningsartikler som er brukt i oppgaven er ikke eldre enn 10 år, dette for å få oppdatert kunnskap. Jeg skal presentere de mest brukte forskningsartikler i Kapittel 4.0.

3.0 TEORI

I dette kapittelet skal jeg presentere teori som er relevante til oppgaven.

3.1 Hjerneslag.

Hjerneslag, apoplexia cerebri, er et samlebegrep for det symptombildet en får når deler av hjernen helt eller delvis mister sin blodforsyning. Hjernevev dør raskt ved opphør av oksygen- og glukosetilførsel fra blod i mer enn få minutter. Når hjernecellene i et område av hjernen dør går funksjonene kontrollert av disse cellene tapt. Dersom sirkulasjon er normalisert innen få minutter, kan de nevrologiske symptomene forsvinne i løpet av 24 timer, denne tilstanden kalles Transistorisk iskemisk anfall, TIA(Bertelsen, 2011). Faktorer som disponerer for å utvikle hjerneslag er alder, høyt blodtrykk, røyking, overvekt, lite fysisk aktivitet, diabetes mellitus, hyperkolestrolemi, hjertesvikt og artieflimmer (Helsedirektoratet, 2010).

3.1.1 Årsaker.

Det finnes tre hovedtyper hjerneslag; hjerneinfarkter (85-90 %), hjerneblødninger (10-12 %) og hjernehinneblødninger (3-5 %). Når en blodåre som fører blod til større eller mindre deler av hjernen er tilstoppet av en trombose eller embolus forårsaker det hjerneinfarkt. Som oftest kommer trombose eller embolus fra hjertet, aorta eller halsarteriene og følger blodstrømmen til hjernen hvor de «kiler seg fast» i hjernearteiren. Hvor stor arterie som stoppes er avhengig av størrelse på embolusen(Bertelsen, 2011). Sirkulasjonsforstyrrelse i hjernen kan også være forårsaket av blødninger i hjernen (intracerebrale blødninger) og hjernehinnen (subaraknoidale blødninger). Disse blødningene skyldes at arterie i hjernen eller hjernehinnen sprekker (aneurisme) med påfølgende blødning(Wergeland et al., 2010).

3.1.2 Symptomer eller konsekvenser av hjerneslag.

Hvilke symptom pasient får, og hvilke konsekvenser det medfører, er avhengig av skadens lokalisasjon i hjernen og skadens omfang. Symptomene varierer fra nedsatt kraft i en arm til lammelser, sviktende språkfunksjon, kognitiv svikt og psykiske forandringer. Redusert kropps- og romoppfatning, neglekt, hemianopsi, ensidig paralyse eller parese, redusert planleggingsevne, redusert konsentrasjon, redusert hukommelse, redusert sykdomsinnsikt, afasi, apraksi og emosjonelle forstyrrelser er mulige utfall ved hjerneslag. Disse utfallene gjør at mange må leve med sitt funksjonstap i lengre tid eller resten av liv. Hjerneslag påvirker

også pasientens livsutfoldelse, livskvalitet og oppfatning av egen kropp. Livssituasjon endres dramatisk både for pasienten og familie(Wergeland et al., 2010). Det er derfor viktig at både pasient og pårørende følges opp for å kunne leve med de konsekvensene hjerneslag har ført med seg.

3.1.3 Behandling av hjerneslag.

Den medisinske behandlingen i akutt fase avhenger av om hjerneslag er forårsaket av hjerneinfarkt eller hjerneslag. Cerebral CT eller cerebral MR, og CT-angiografi tas som øyeblikkelig hjelp for å konstatere årsaken til hjerneslag. Ved hjerneinfarkt vurderes trombolytisk behandling og ved blødning kan kirurgisk behandling være aktuelt (Gjengitt etter Wergeland et al., 2010, s.270). Etter den akutte behandlingen fortsetter behandling ved å optimalisere vitale funksjoner og å kartlegge for forebygging og eventuell behandling av komplikasjoner. Sekundærprofylaktiskiltak settes i gang, og dette består av antihypertensiv behandling, antitrombotisk behandling og kolesterolsenkende behandling samt endring i levevaner som røyking, fysisk aktivitet og kosthold. Videre rehabilitering etter stabilisering av pasientens tilstand skjer utenfor slagenhet på rehabiliteringssentre. På en rehabiliteringsavdeling jobber forskjellige yrkesgrupper sammen med pasient og pårørende og setter i gang tiltak for å oppnå målene. Pasient kan ha behov for videre rehabilitering når han kommer hjem. For de som ikke har rehabiliteringspotensial kan sykehjem være et alternativ(Wergeland et al., 2010).

3.2 Afasi.

Ordet *afasi* kommer fra det greske ordet «*aphasia*», som betyr tap av taleevne. Afasi er en ervervet, ikke medfødt, språkforstyrrelse etter en skade i hjernen. Hjerneslag er den vanligste årsaken til afasi(Qvenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph, & Lind, 2010). Det finnes ulike typer afasi. *Sensorisk* eller *impressiv* afasi skyldes skade i bakre språkområdet og medfører at pasient har nedsatt språkforståelse, vansker med å oppfatte hva som blir sagt og pasient produserer en flytende strøm av tale, men innholdet er meningsløs. Ved *total afasi* har pasient problemer med alle former for språklig funksjon. *Motorisk afasi* eller *ekspresiv afasi* skyldes skade i fremre språkområde og fører til at pasient har vansker med å uttrykke seg. Pasientens tale kan være oppstykket av pauser, og han kan blande sammen bokstaver eller

forvanske ordene (Wergeland et al., 2010). I oppgaven tar jeg utgangspunkt i pasientene som har motorisk afasi, og er kognitiv klar og orientert.

3.2.1 Konsekvenser av afasi.

En afasirammet har begrenset forutsetninger når det gjelder kommunikasjon, både med sine nærmeste og med storsamfunnet. Kommunikasjonsvanskene rammer ikke bare afasirammede men utfordrer også familiens evne til å lytte, til å vente, til å skjønne gester og hint, og til selv å uttrykke seg klart (Corneliussen et al., 2006). De fleste klarer ikke å fortsette med jobben sin og mister dermed de sosiale kontaktene de hadde der. Pasientene opplever å ha redusert muligheter til å dyrke hobbyer og fritidsinteresser for å fylle dagene, spesielt dersom de i tillegg har fysiske funksjonshemning. Pasientens opplevelse av seg selv endres ofte i negativ retning, noe som har innvirkning på velvære og livskvalitet. Mange trekker seg sosialt, og opplever at kamerater og venner forsvinner. Mange gir uttrykk for at de føler seg mer utrygge og deprimerte enn før. Det er derfor viktig at familie behandler den afasirammede som den voksne, tenkende person han er. Fagpersoner må fremme håp om fremgang, men må også sørge for at den afasirammede ikke må få urealistiske forventninger. Som tiden går må pasienten lære seg å leve med afasi på best mulig måte (Corneliussen et al., 2006).

3.3 Krise og mestring.

Alvorlige og vanskelige livshendelser kalles ofte som kriser. Ekstraordinære påkjenninger som ikke inngår i et vanlig livsforløp for eksempel i forbindelse med sykdommer, ulykker eller voldshandlinger er traumatiske kriser (Eide & Eide, 2007). Hjerneslag oppstår plutselig og pådrar med seg flere utfall som pasienten ikke er forberedt for. Dette kan utløse krise. I følge Johan Cullberg (1999) kan et vanlig kriseforløp gjennomgå fire faser: *Sjokkfase*, *reaksjonsfase*, *bearbeidingsfasen* og *nyorienteringsfasen*.

Sjokkfase: Denne fasen kan vare fra minutter til dager etter traumatisk krise. I denne fasen er den som er rammet sterk preget av avvergereaksjoner. Noen mennesker viser sterke sorgreaksjoner, angst og fortvilelse, mens andre i denne fasen kan være lite berørt (Håkonsen, 2014).

Reaksjonsfasen: I denne fasen kommer personens emosjonelle reaksjoner tydeligere frem. Når person tar virkeligheten innover seg vises atferdsendringer som sorg, depresjon, gråt,

fortvilelse koblet sammen med nedsatt matlyst, søvnevansker og manglende initiativ(Håkonsen, 2014).

Bearbeidingsfasen: I denne fasen prøver en å finne tilbake de grunnleggende elementene som skaper stabilitet og trygghet i tilværelsen. Den som er rammet aksepterer det som har skjedd og forsøker å gi my mening til hendelsen(Håkonsen, 2014).

Nyorienteringsfasen: De emosjonelle reaksjonene som er knyttet til krisen går forbi. Personer har akseptert hendelsen, og har skapt en ny plattform for livet sitt. Sorgen og fortvilelsen er ikke nødvendigvis over men disse opplevelsen dominerer ikke lenger individets oppmerksomhet og på den måten stjele all psykisk energi(Håkonsen, 2014).

En pasient i rehabiliteringsavdeling har pasientene ofte passert sjokkfase og pasientene kan befinne seg enten i reaksjonsfase eller bearbeidingsfasen. Målet er at pasient går over til nyorienteringsfasen og mestrer den nye situasjonen han befinner seg i.

3.4 Depresjon.

Depresjon kan defineres som nedtrykthet over noen tid, og pasienten skal ha depresjonssymptomer det meste av dagen nesten hver dag i mer enn 14 dager. Senket stemningsleie, interesse- og gledeløshet og energitap eller økt tretthet er karakteristiske symptomer ved tilstanden (Helsedirektoratet, 2009). Andre vanlige symptomer er: redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, negative og pessimistiske tanker om fremtiden, tretthet, initiativløshet og beslutningsvegring, tanker og planer om selvmord, søvnforstyrrelser, redusert eller økt appetitt, angst, psykomotorisk retardasjon eller agitasjon. Depresjon kan inndeles i lette, moderate og alvorlige episoder. Pasient skal ha minst to grunnsymptomer for å kvalifisere for en depressiv episode, og antall tilleggssymptomer øker med depresjonsdybden (Helsedirektoratet, 2009) .

Depresjon forekommer hos ca.20-40 % av pasientene som har fått hjerneslag og kan medføre nedsatt rehabiliteringspotensial. Depresjon forekommer oftest som en del av sorgreaksjon som pasienten må arbeide seg gjennom(Wergeland et al., 2010). Ved hjerneslag er dessuten

flere depressive symptomer sammenfallende med konsekvenser som er direkte følger av slaget selv. Slaglitteraturen skiller ikke mellom det å ha depressive symptomer og det å ha en depresjonsdiagnose, stilt av kvalifisert personell etter slaget, men sammenfatter dette i begrepet «post-stroke depression». Depresjon etter hjerneslag kan oppstå som følge av selve hjerneskaden eller som psykososial reaksjon på de endringene som hjerneslag har medført (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Å miste språk som et av de viktigste redskap i kommunikasjon og samhandling kan oppleves tung. Pasientene med afasi kan lett bli deprimerert dersom symptomene til depresjon ikke oppdages i en tidlig fase.

3.4.1 Kartlegging og forebygging av depresjon.

Sykepleier kan spille en viktig rolle i å forebygge depresjon hos slagpasienter ved å ivareta både den fysiske og psykososiale behov i den akutte fasen. For å kunne forebygge depresjon må sykepleier ha kunnskap om depressive symptomer og hvordan de kan identifiseres. Det finnes forskjellige kartleggingsverktøy for å diagnostisere depresjon for eksempel:

«*Montgomery Aasberg Depression Rating Scale*» (MADRS), «*Geriatric Depression Scale*» (GDS), «*Hospital Anxiety and Depression Scale*» (HADS) og «*Beck Depression Inventory*» (BDI). Disse hjelpemidler er ikke utviklet spesielt i forhold til slagpasienter men likevel kan være til god hjelp (Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman, & Hafsteinsdottir, 2010; Thommessen, 2003). Flere hensyn må tas når det gjelder bruk av disse hjelpemidler til slagpasienter rammet med afasi fordi symptomene på depresjon og konsekvensene av slag kan ofte være overlappende. MADRS (se vedlegg 1) kan brukes hos de fleste afasipasienter. Sykepleier må i tillegg bruke samtale for å finne ut hvordan den afasirammede erfarer sine symptomer og situasjoner (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). GDS (se vedlegg 2) kan også være nyttig hos de fleste afasipasienter siden det inneholder Ja/Nei spørsmål.

Informasjonsgivning, «life review» terapi, motiverende intervju, musikk terapi og fysisk aktivitet har vist seg å være effektivt mot depresjon etter slag (Ginkel et al., 2010). Både medikamentell og ikke-medikamentell behandling kan være aktuelt. Ikke-medikamentell behandling rettet mot depresjon etter hjerneslag kan være støttesamtaler, informasjon til pasient og pårørende i en slagskole eller ved et Lærings- og mestringssenter, samt generell oppfordring til fysisk aktivitet og trening (Helsedirektoratet, 2009).

3.5 Teoretisk perspektiv.

Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee sin teori fordi hun er opptatt av det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie som handler om å hjelpe folk å finne mestring og mening i lidelsen og sykdom. Dessuten legger hun også vekt på å forebygge og fremme god helse, noe som er relevant i forhold til å besvare problemstillingen min.

Joyce Travelbee (1999, s.29) definerer sykepleie som *«en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne en mening i disse erfaringene»*. Hvert enkelt individ er unikt og opplevelser av å være syk varierer derfor fra person til person. Sykepleier må derfor kjenne til pasientens opplevelse av sin situasjon og vite hvilke mening han selv legger til den (Travelbee, 1999).

3.5.1 Begrepet Håp.

I følge Travelbee (1999) har håp lenge vært sett på som en motiverende faktor bak menneskelig atferd. Håp gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, tap, tragedier, nederlag, kjedsomhet, ensomhet og lidelse. Det er trolig den motiverende impulsen av håp som gir den syke energi og gjør ham i stand til å overvinne hindringer og sette kreftene inne i de vanskelige oppgavene som kan ligge i en rehabiliteringsprosess, hevder Travelbee. Når det gjelder livslang sykdom ligger sykepleiers rolle i å hjelpe den syke mennesker til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse. Hun definerer håp som *«en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller tilstrebes, ligger innenfor det oppnåelige»* (Travelbee, 1999, s. 117).

Hun beskriver seks kjennetegn ved håp: Det er relatert til avhengighet av andre, det er fremtidsorientert, det er relatert til valg, ønsker, tillit og utholdenhet og til mot. Et mennesker som håper har oppmerksomheten rettet mot en framtidig endring til det bedre. Nået kan være preget av fortvilelse, men håpet som er rettet mot framtiden bidrar til å gjøre nået utholdelig. Hun mener også at håpet gir mulighet til å velge noe som gir opplevelse av frihet og autonomi. Travelbee mener at håpet er knyttet til det å ønske, men skiller seg fra ønsket siden det ofte kan være urealistiske og uoppnåelige. Tillit kommer til uttrykk i troen på at andre vil hjelpe oss når det trengs. Utholdenhet viser seg i evnen til å prøve på nytt for å oppnå det vi

håper på. Mot kreves for at vi skal erkjenne våre vansker og tap ved sykdom og lidelse. Sykepleiers rolle er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet, og å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp(Travelbee, 1999).

3.6 Sykepleiers rolle og funksjon.

Sykepleier har følgende grunnleggende funksjoner: helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse og fagutvikling, kvalitetssikring og forskning(Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011).

Som sykepleier i en rehabiliteringsavdeling møter man hjerneslag pasienter med forskjellige utfall. Sykepleiers tilnæringsmåte avhenger hvor stort utfall hjerneslag har medført og hvordan det har påvirket pasienten. Sykepleier jobber sammen med fagfolk fra ulike yrkesgrupper blant annet logoped, fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, lege og sosionom. Blant disse ulike yrkesgrupper er det sykepleier som har mest kontakt med pasienten og kjenner derfor pasienten godt(Wergeland et al., 2010).

Sykepleier har *fortolkende funksjon*, *støttende funksjon*, *integrerende funksjon* og *bevarende funksjon* i sin utøvelse av sykepleie til hjerneslag pasienter (Gjengitt etter Wergeland et al., 2010). Sykepleiers fortolkende funksjon innebærer å hjelpe pasienten se sine ressurser og begrensinger, og skape realistiske forventninger. Sykepleiers støttende funksjon innebærer å skape tillit og trygghet, og få pasienten til å opprettholde håp for å forebygge depresjon. Sykepleier skal støtte både pasienten og pårørende gjennom krisereaksjonen (Wergeland et al., 2010). Sykepleiers integrerende funksjon er å være bindeledd mellom de ulike yrkesgruppene involvert i rehabilitering samtidig som hun hjelper pasienten til å forstå hensikten med behandling og behandlingsprinsipper. Sykepleiers bevarende funksjon dreier seg om å ivareta pasientens grunnleggende behov og sørge for en helhetlig sykepleie ved å opprettholde fysiske og psykiske energi(Wergeland et al., 2010).

3.6.1 Forebygging.

Forebygging er rettet mot friske personer, mot personer som er spesielt utsatt for helsesvikt og mot mennesker som er utsatt for komplikasjoner av ulike årsaker. Forebygging har

utgangspunkt i å identifisere potensielle og reelle problemer (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011). Det skilles mellom primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebyggende tiltak. Primærforebyggende tiltak handler om å forhindre helsesvikt hos friske og utsatte personer og grupper. Sekundærforebygging har som mål å identifisere helsesvikt eller økt risiko for helsesvikt på et tidlig stadium, og deretter sette inn tiltak for å hindre helsesvikt og eventuell sykdom. Tertiærforebygging tar sikte på å hindre at komplikasjoner oppstår ved sykdom, skade eller ved undersøkelser og behandling, og å hindre at nye problemer oppstår hos mennesker med kroniske sykdommer eller funksjonssvikt (Kristoffersen et al., 2011). Pasienter som har fått hjerneslag og er rammet av ekspressiv afasi er utsatt for å utvikle depresjon. I denne oppgaven har jeg derfor lagt vekt på tertiær forebygging som handler om sykepleiers rolle i å forebygge depresjon.

3.6.2 Rehabilitering.

Rehabilitering er siktet mot mennesker som akutt eller kronisk helse- eller funksjonssvikt. Pasient har behov for ny kunnskap og/eller oppøving av ferdigheter på grunn av medfødt eller ervervet skade. I rehabiliteringen ligger sykepleiers oppgave i å styrke pasientens egne muligheter til å ivareta sine grunnleggende allmenne menneskelige behov, gjenvinne helse og mestre livssituasjon (Kristoffersen et al., 2011). Rehabilitering av hjerneslag pasienter starter allerede på sykehus og fortsetter deretter enten på rehabiliteringsenhet eller hjemme. I rehabilitering skal sykepleier observere hvilke tiltak som er aktuelt ut ifra pasientens ressurser og begrensninger. Pasientene som har hjerneslag får forskjellige utfall og sykepleietiltak bør tilpasses dem. Rehabiliteringen kan fremmes ved å sette i gang tiltak som styrker pasientens forståelse, kunnskap, motivasjon og vilje. Fysisk trening og støtte, undervisning og veiledning er også viktig del av rehabiliteringen (Kristoffersen et al., 2011).

3.6.3 Ivaretagelse av psykososiale behov.

For at sykepleier hjelpe pasienten i denne krisesituasjon kan hun bruke Haviks (1989, 1992) kontrollmodell (se fig. 3.6.3) for psykososiale reaksjoner ved somatisk sykdom. Målet med denne modellen er å ivareta pasientens psykososiale behov og at pasient opplever personlig kontroll i pasientrollen. Ved å bruke modellen kan sykepleier redusere forekomst av emosjonelle reaksjoner som vanskeliggjør undersøkelse, behandling og pleie og forsinker bedring. Modellen beskriver tre aspekter ved kontrollbegrepet: kognitiv kontroll, instrumental kontroll og emosjonell kontroll (Gjengitt etter Stubberud, 2013). En pasient som har kognitiv

kontroll opplever forutsigbarhet versus flertydighet. Når en person har instrumentell kontroll har han evne til å forebygge eller fjerne negative hendelser gjennom sin aktivitet. Ved emosjonell kontroll opplever pasienten nærhet og tilhørighet. Sykepleier kan sette i gang tiltak som kan fremme pasientens kognitive kontroll, instrumentelle kontroll og emosjonelle kontroll for å ivareta hans psykososiale behov (Stubberud, 2013).

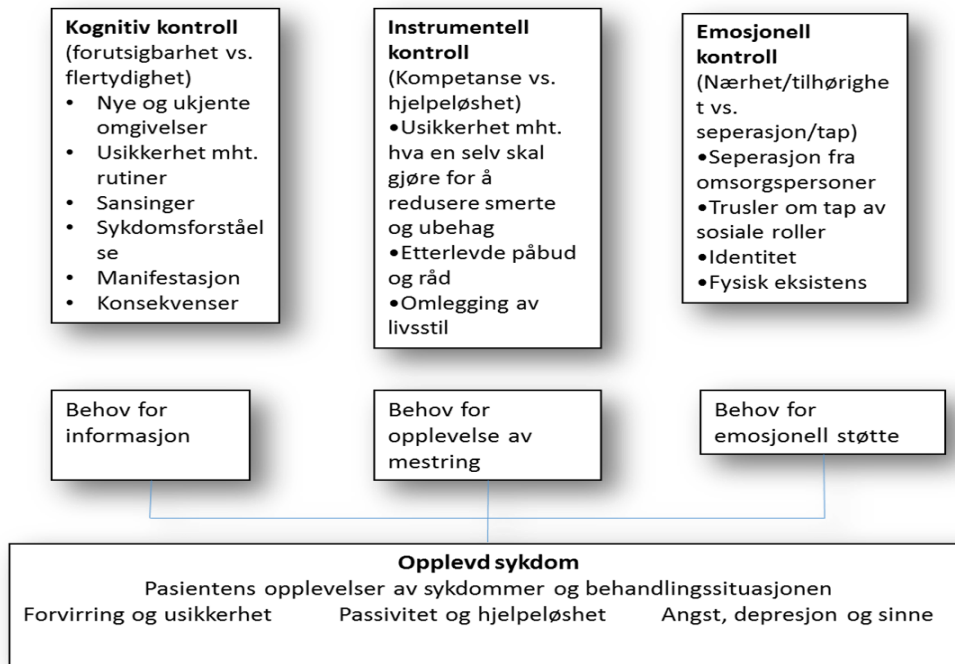


Fig 3.6.3: Havixs kontrollmodell (1989, 1992) for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom (Stubberud, 2013).

3.6.4 Sosial Støtte.

Sosial støtte består av handlinger utført av andre for å hjelpe en person. Disse handlingene kan være relatert til forskjellige typer ressurser. I følge House(1981) finnes det tre typer sosial støtte: *instrumental støtte* som dekker aktiviteter og materialer gitt av andre; *informative støtte*, dekker kommunikasjon om mening og informasjon relevante til pasientens nåværende situasjon, for eksempel råd, veiledning, personlig tilbakemelding og andre relevante informasjon som kan lette pasientens situasjon; *emosjonell støtte* dekker påstander og demonstrasjoner av kjærlighet, omsorg, respekt, empati og gruppetilhørighet(Nätterlund, 2010a).

3.6.5 Kommunikasjon.

I følge Eide og Eide (2007) kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn og signaler mellom to eller flere parter. I dagligspråket kan kommunikasjon begrepet brukes om en rekke fenomener, fra personlige samtaler med en eller flere personer til chatting på internett og massekommunikasjon gjennom globale satellittnettverk. Profesjonell kommunikasjon derimot har et helsefaglig formål å hjelpe den andre og skal være faglig velbegrunnet (Eide & Eide, 2007). Kommunikasjon er den prosessen sykepleier bruker for å søke og gi informasjon, og det midlet den syke og hans familie bruker for å få hjelp. Kommunikasjon gir sykepleier en anledning til å bli kjent med pasient som person og å identifisere hans særegne behov, noe som er viktig forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie som er i samsvar med hans behov, hevder Travelbee (1999). I følge Travelbee (1999) foregår det kommunikasjon mellom sykepleier og den hun har omsorg for ved ethvert møte, når de samtaler, og når de er tause. Den syke kommuniserer til sykepleieren gjennom sitt utseende, gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester, og sykepleier gjør de samme overfor den syke (Travelbee, 1999).

Når en sykepleier skal ha samtale med en afasi pasient er det viktig med et godt samtalemiljø. En god samtale er basert på at deltakerne har tillit og respekt for hverandre. Åpenhet og god tid er viktig for å skape en god atmosfære. For at den afasirammede skal føle seg respektert er det viktig at samtale ikke er undervisning eller behandling, men nettopp en samtale (Corneliussen et al., 2006). Den afasirammede trenger tid til å oppfatte det som blir sagt, men også selv til å finne rett ord eller uttrykksmåte. Ofte kan det å vite at en har god tid gjøre at den afasirammede presterer bedre. For at en samtale skal gli lett kan pasienten benytte seg av alternative kommunikasjonskanal for eksempel en kommunikasjonsbok. Pasient som har motorisk afasi har problemer med å utrykke seg og da er kroppsspråk en viktig del av kommunikasjon. Derfor bør den afasirammede oppmuntres til å bruke tegn og gester i kommunikasjon. I kommunikasjon med afasirammede er non-verbal kommunikasjon en viktig del. Travelbee (1999) mener at non-verbal kommunikasjon er kommunikasjon uten bruk av ord og omfatter lyder, berøring, lukt eller symboler-bilder, musikk, dans og mime. Gjennom observasjon av tegn fra den afasirammede kan sykepleier oppfatte følelser og inntrykk av pasienten og omvendt (Travelbee, 1999).

3.6.6 Relasjon.

Begrepet «*relasjon*» betegner at en gjenstand står i forbindelse med en annen. Begrepet brukes i dagligtale om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2007). Travelbee (1999) beskriver sykepleie primært som en mellommenneskelig prosess og legger vekt på menneske-til-menneske forhold. Hun beskriver kommunikasjon som et verktøy for å oppnå menneske-til-menneske forhold. I følge henne er et menneske-til-menneske forhold i sykepleie en eller flere opplevelser og erfaringer av sykepleieren og av den som er syk, der behovet til den som er syk blir ivaretatt.

3.7 Etikk.

I følge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier i møte med pasienten ivareta den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Sykepleier skal fremme helse og forebygge sykdom. Hun skal understøtte håp, mestring og livsmot (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.8). I møte med pårørende skal sykepleier vise respekt og omtanke. Hun skal også ivareta deres behov for informasjon (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.9).

4.0 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER

I dette kapittelet skal jeg presentere forskningsartikler som jeg skal bruke for å svare på problemstillingen min.

4.1 Å leve med depresjon etter hjerneslag.

(Siren E. Kouwenhoven og Marit Kirkevold, 2013 Norge)

Denne studie har som hensikt å få fram samlet beskrivelse av forløpet for depresjon etter hjerneslag fra akutfase til 18 måneder etter slaget. Studien har et longitudinelt, deskriptivt design, og er basert på dybdeintervjuer av ni personer som alle hadde milde til moderate depressive symptomer i akutfasen etter hjerneslaget. Intervjuene ble foretatt først fire til sju uker etter slaget, deretter ble det foretatt oppfølgingsintervjuer ved tre, seks, tolv og 18 måneder etter slaget. I studien kom det fram at depressive symptomer og konsekvensene etter slaget er vevd sammen og derfor vanskelig å skille. Erfaringen med å håndtere, leve med og akseptere tap var essensiell, og depresjonssymptomene ble forstått, beskrevet og forklart med utgangspunkt i det som var tapt etter slag. Studien konkluderer med at depressive symptomer etter slag kan være en sorgreaksjon, og livssituasjon, grad av nedsatt funksjon, samt sosial kontekst kan påvirke hvordan depresjonen endrer seg over tid. Studien legger vekt på sykepleierens oppgave i identifisering av depressive symptomer hos slagrammete både i akutfase og senere forløp.

4.2 A new life with aphasia: everyday activities and social support.

(Birgitta Sjöqvist Nätterlund- 2010 Sverige)

Denne studien er basert på kvalitative intervjuer med 20 pasienter med motorisk afasi. Hensikten med studien er å beskrive afasirammet pasientens erfaringer med hverdagsaktiviteter og sosial støtte i hverdagen. Resultatene viser at hverdagsaktiviteter endret seg betydelig med utbruddet av afasi, og deltakerne ble hindret fra å delta i aktiviteter på grunn av kommunikasjonsproblemer eller fysiske funksjonshemninger. Afasi førte til tap av venner og kollegaer, og de intervjuede følte seg ofte ensomme. Generelt fikk de mye støtte fra nære slektninger, men de manglet støtte fra helsevesenet. De trenger sosial støtte for å hjelpe dem til å mestre sin afasi og hverdagsaktiviteter, og for å øke deres deltakelse i samfunnet. Studien viser også viktigheten av godt planlagt tiltak inkludert instrumental, informativ og emosjonell støtte for å gjøre ting lettere i hverdagen.

4.3 Living successfully with aphasia: A qualitative meta-analysis of the perspectives of individuals with aphasia, family members, and speech-language pathologists.

(Kyla Brown, Linda E. Worall, Bronwyn Davidson & Tami Howe -2012, Australia)

Denne studien er en kvalitativ meta-analyse som har som hensikt å integrere funnene fra tre kvalitative studier som utforsker perspektiver av tre grupper (pasient med afasi, logoped og familie medlemmer) om å leve med hell med afasi. Semi-strukturert dybde intervju ble brukt i disse tre artiklene, og funnene fra disse tre artiklene ble fortolket og integrert i denne studien. Totalt syv overordnede temaer ble identifisert relatert til å leve med hell med afasi. Disse var: deltakelse, meningsfulle relasjoner, støtte, kommunikasjon, positivitet, selvstendighet og autonomi, og å kunne leve med hell som en reise over tid. Funnene tyder på behov for en helhetlig, pasientrettet tilnærming som betrakter kommunikasjon i en bredere sammenheng av et individs dagligliv. Studien framhever også behov for familiemedlems større deltakelse og behov for positivitet og håp.

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

(Janneke M de Man-van Ginkel, Floor Gooskens, Marieke J Schuurmans, Eline Lindeman and Tho'ra B Hafsteinsdottir- 2010 Storbritannia og Irland)

Denne studie er en systematisk oversikt som utforsker sykepleiers rolle i behandling av depresjon etter hjerneslag og identifiserer effektive ikke-medikamentelt tiltak som sykepleiere kan bruke i den daglige omsorgen for pasienter med hjerneslag. Litteratur for perioden 1993-2008 ble søkt i elektroniske databaser hvor femten artikler og en systematisk gjennomgang ble identifisert. Det var sterke bevis for at informasjonsgivning reduserer alvorlighetsgraden av depresjon. Andre tiltak med positiv effekt på forekomst eller alvorlighetsgrad av depresjon etter hjerneslag var som følgende: Life review terapi (sykepleier diskuterte med den slagrammede hans erfaringer fra barndom, oppvekst, familie og voksent liv ved tre forskjellige individuelle anledninger som varte i en time), motiverende intervju, en bestemt sykepleier støtteprogram og fysisk trening.

4.5 Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing

Intervention after Stroke.

(Berit Arnesveen Bronken, Marit Kirkevold, Randi Martinsen, Torgeir Bruun Wyller, and Kari Kvigne -2012 Norge)

Denne kvalitative studie var en del av et større prosjekt som studerte 25 slagpasienter som ble fulgt opp det første året etter slag. Blant disse 25 hadde 7 pasienter moderat til alvorlig afasi. Denne studien utforsket hvordan disse syv personer med afasi opplevde å delta i en kompleks sykepleieintervensjon rettet mot å støtte det psykososiale omstillingsprosessen og fremme psykososial trivsel. Intervensjonen ble organisert som et individuelt, dialogbasert samhandling- og problemløsning prosess mellom pasient og sykepleier. Dataene ble innhentet ved å observere pasienten under intervensjonen, kvalitative intervjuer 2 uker, 6 måneder og 12 måneder etter intervensjonen og ved å bruke standardisert klinisk instrument før intervensjon, etter 2 uker og etter 12 måneder etter intervensjon. Innholdet i dialogen var rettet mot psykososiale problemer som humør, sosiale relasjoner, meningsfylte aktiviteter, identitet og kroppsendringer. Resultatene viste at hjelp til å fortelle om seg selv og sine erfaringer med sykdom, psykologisk støtte og motivasjon til å gå videre i den vanskelige omstillingsprosessen, og utveksling av kunnskap og informasjon ble opplevd som positivt og viktig av deltakerne i dette studiet.

4.6 Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff–patient interactions.

(Kathy McGilton, Riva Sorin-Peters, Souraya Sidani, Elizabeth Rochon, Veronique Boscart, Mary Fox – 2009 Canada)

Over 50 % av slagrammede har språk- og talevansker. Mange sykepleiere mangler spesielt ferdigheter i å kommunisere effektivt med disse pasientene og har derfor problemer med å forstå pasientens behov. Målet med studie er å vurdere implementering av kommunikasjon tiltaksplan, identifisere ansattes oppfatninger av intervensjon, utforske endringer i pasientens oppfatninger av omsorg og psykososial funksjon, og utforske endringer i sykepleiers kunnskap og holdning til kommunikasjon med pasienter. En gruppe med sju sykepleiere ble brukt i en intervensjon. Intervensjon besto av å utvikle individualisert kommunikasjonsplan, deltagelse på en workshop og implementering av et system for å støtte sykepleier ved bruk av

planene. Kommunikasjonsplanene ble brukt over to måneders periode. Pilotstudien viste gjennomførbarhet av pasientrettet kommunikasjon intervensjon og har demonstrert muligheten for større studie.

5.0 DRØFTING

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte problemstilling i lys av teori og forskningsartikler presentert i oppgaven. Problemstillingen er «*Hvordan kan sykepleier forebygge depresjon hos slagpasienter med afasi?*»

Afasi kommer som «*lyn fra klar himmel*» og rammer menneskets evne til å kommunisere. Tap av språkfunksjon kan utløse krisereaksjon og kan føre til depresjon i tidlig eller senere fase (Corneliussen et al., 2006). Afasipasient som er i rehabiliteringsavdeling befinner seg enten i reaksjonsfase eller bearbeidelsesfase i kriseforløpet. Sykepleiers rolle er å ivareta pasientens grunnleggende behov og sørge for helhetlig sykepleie ved å opprettholde fysiske og psykiske energi (Wergeland et al., 2010). Ved å sørge for helhetlig sykepleie kan hun hjelpe pasienten over til nyorienteringsfase med en positiv holdning.

Depresjon hos afasipasienter er vanlig og tidlig identifisering og forebygging av depresjon er viktig. Flere studier viser at sosial støtte og informasjon er effektivt i å forebygge depresjon hos afasipasienter (Bronken et al., 2012; Brown, Worrall, Davidson, & Howe, 2012; Ginkel et al., 2010; Nätterlund, 2010a). Jeg skal i dette kapittelet drøfte ulike faktorer som kartlegging av depresjon, sosial støtte og informasjon og hva slags betydning de har i forebygging av depresjon. Videre drøfter jeg håpets betydning for afasirammede, og beskriver også viktigheten av fysisk aktivitet og musikk for å forebygge depresjon hos pasienter med hjerneslag.

5.1 Kartlegging av depresjon.

Travelbee (1999) mener at sykepleier først må identifisere behov for å kunne ivareta dem. Sykepleier i rehabiliteringsavdeling er tilstede hele døgnet og har den unike muligheten til å observere pasientens funksjoner, ressurser og behov gjennom hele døgnet. Dette er avgjørende for at pasient skal få dekket sine grunnleggende behov (Wergeland et al., 2010).

Helsedirektoratet (2010) anbefaler vurdering av pasienten med henblikk på depresjon i løpet av første måned etter debut av hjerneslaget. I studien til Ginkel et al., (2010) kommer det fram at selv om sykepleier har kunnskap om depressive symptomer, mangler de kunnskap, kompetanse og opplæring i å identifisere depresjon etter hjerneslag. I min åtte ukers praksis

på rehabiliteringsavdeling var det ingen anledning der det ble brukt verktøy for å kartlegge depressive symptomer. For å oppdage tidlig tegn til depresjon er det viktig at sykepleier observerer pasientens fysiske og psykiske behov og dokumenterer det. Alle sykepleiere bør få opplæring i å bruke kartleggingsverktøy egnet for pasientgruppe. Kartleggingsverktøyene som er mest brukt med slagpasienter er BDI, GDS, HADS og MADRS (Ginkel et al., 2010). Ikke alle kartleggingsverktøy egner seg for afasipasienter. Sykepleier bør derfor velge det som egner seg best for pasienten ut ifra pasientens ressurser og begrensinger. GDS kan være en god hjelp for å identifisere depresjon hos afasirammede fordi det inneholder Ja/Nei spørsmål. Forutsetning er at den afasirammede bruker «Ja» og «Nei» riktig. MADRS er et annet nyttig verktøy som kan benyttes for å kartlegge depressive symptomer hos afasi pasienter(Gjengitt etter Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). MADRS inneholder spørsmål angående tristhet, indre spenning, nattesøvn, appetitt, konsentrasjonsvansker, initiativløshet, følelsesmessige reaksjoner, depressivt tankeinnhold og suicidaltanker. Sykepleier har mulighet til å observere mange av disse symptomene. Dersom sykepleier er godt kjent med verktøyet kan hun fort oppdage om pasient er i risiko for å utvikle depresjon. Det kan være utfordrende å skille depressive symptomene fra konsekvenser av selve slaget fordi flere av disse symptomene kan også være konsekvenser av hjerneslag blant annet endret appetitt, søvnevansker, nedsatt initiativ og konsentrasjonsvansker. Travelbee (1999) hevder at sykepleier bør sammen med pasient underbygge sin observasjon med pasientens subjektive opplevelse. Dette kan gjøres ved at sykepleier spør pasient om hans opplevelse av sin situasjon. Kartlegging av depressive symptomer ved bruk av kartleggingsverktøy kan iverksettes som rutine tiltak i behandling av afasipasienter.

Afasirammedes språkforståelse kan være utfordring i noen tilfelle. Men dersom den afasirammede har kun vanskelighet med å uttrykke seg kan bruk av MADRS være et godt tiltak fordi pasient forstår innholdet og kan gi svar i tallform. Sykepleier kan bruke god tid og forklare pasienten dersom han ikke forstår spørsmål, og bekrefte pasientens svar ved å reformulere det pasienten ønsker å fortelle. Ved bruk av GDS kan sykepleier få feilaktig svar dersom pasient ikke bruker «Ja» «Nei» riktig. For å evaluere pasientens tilstand bør sykepleier bruke samme verktøyet med jevnt mellomrom. Sykepleier kan da sammenligne pasientens symptomer på forskjellige tidspunkt ved rehabilitering. Ved å oppdage depressive symptomer i tidlig fase kan sykepleier sette i gang tiltak mot depresjon og dermed forebygge alvorlig depresjon(Ginkel et al., 2010).

5.2 Sosial Støtte.

Pasienter som er rammet av afasi har behov for sosial støtte (Bronken et al., 2012; Brown et al., 2012; Ginkel et al., 2010; Nätterlund, 2010a). Sosial støtte har en positiv effekt på personer med funksjonssvikt. Sosial støtte øker den enkeltes opplevelse av velvære. De har også behov for hjelp og motivasjon til å opprettholde sitt sosiale nettverk (Wergeland et al., 2010).

5.2.1 Støttet samtale.

Støttet samtale er et av de viktigste tiltakene mot depresjon (Helsedirektoratet, 2010). Afasi pasienter har behov for å snakke om hendelser og opplevelser av sin nye situasjon og om konsekvensene hjerneslag har ført med seg, men de har vanskelighet med å ta initiativ til samtale (Bronken et al., 2012; Corneliussen et al., 2006; Nätterlund, 2010a). Et godt tiltak for å forebygge depresjon hos afasipasienter kan være samtale med pasienten. Sykepleiere i rehabiliteringsavdeling har hyppig kontakt med pasienter blant annet i forbindelse med daglig stell, måltider og administrering av medisiner. Pasientens dag er fylt med treningsprogram med logoped, fysioterapeut og ergoterapeut. Sykepleierens dag er fylt med praktiske prosedyrer knyttet til pasienten for eks. stell, medisindosering, administrering av medisin, deltakelse i tverrfaglig møte, nettverksmøte og ikke minst dokumentering. Sykepleiere får knapt tid til å ha en ordentlig samtale med pasienter på dagtid utenom disse aktivitetene. På kveldstid derimot har sykepleier god tid som jeg har observert i praksis. En samtale på kveldsvakt kunne være en god hjelp til afasipasienter. Det handler også om planlegging og prioritering. Dersom sykepleier planlegger samtale på forhånd og prioriterer det i stedet for andre praktiske gjøremål, kan hun også få tid til samtale med den afasirammede på dagvakt.

Afasipasienter opplever i den akutte fasen å være fanget i sin egen kropp fordi de ikke kan uttrykke sine tanker (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Travelbee (1999) hevder at det sykepleierens kommunikasjon til den syke vil enten hjelpe ham til å mestre den lange ensomheten eller øke opplevelsen hans av isolasjon og av å være alene. Innholdet i samtale er av stor betydning for at pasienten skal oppleve samtalen som meningsfylt. Meningsfylt samtale kjennetegnes av målrettet, gjensidig kommunikasjon mellom begge parter (Travelbee, 1999). Det er viktig at sykepleier husker at pasienten skal en være aktiv deltaker. En god samtale er preget av likeverd, respekt og oppriktighet. I en samtale der en samtaledeltakerne

har en språkvanske som afasi, faller mye av ansvaret på sykepleieren (Corneliussen et al., 2006). Travelbee (1999) definerer menneske som et unikt og uerstattelig individ. For at en sykepleier skal kunne behandle en pasient som et unikt individ er det viktig at hun har kjennskap til pasienten og hans liv før slag. Sykepleiere kan i samtale med pårørende og pasienten finne ut pasientens interesser og erfaringer fra barndom, oppvekst, familie og voksenlivet. Det å snakke om disse temaene har vist seg å være effektivt mot depresjon (Bronken et al., 2012; Ginkel et al., 2010; McGilton et al., 2011). Å ha samtale med samme sykepleier gir pasienten mulighet til å gradvis bygge opp og ramme deres historie (Bronken et al., 2012; Ginkel et al., 2010; Nätterlund, 2010a). Denne samtalen kan være dagens høydepunkt siden han kan glede seg til å uttrykke sine følelser. Ved å forholde seg til en primærsykepleier kan pasient oppleve kontinuitet i helsehjelpen og trygghet (Bronken et al., 2012; Wergeland et al., 2010). Slik kan sykepleier også få anledning til å kjenne pasienten, forstå pasienten og hans behov bedre. Det kan være vanskelig å få til samtale med den samme sykepleieren hver gang på grunn av turnus og sykepleiere fra vikarbyrå som jobber. Ved god dokumentasjon har alle som jobber mulighet til å kjenne pasienten og det kan være en fordel dersom pasienten kan forholde seg til minst mulig sykepleiere. Pasienten slipper også å fortelle samme ting til forskjellige sykepleiere. Kontinuitet i pasientbehandling kan bidra til at pasient opplever autonomi og kognitiv kontroll og derved trygghet (Stubberud, 2013). Støttet samtale med samme sykepleier har vist seg å være effektivt mot depresjon (Bronken et al., 2012; Ginkel et al., 2010; McGilton et al., 2011). Sykepleier kan vise empati ved å lytte, forstå og formidle denne forståelsen tilbake. Ved å vise empati kan sykepleier gjøre det lettere å etablere en relasjon, komme nær og i dialog med pasienten hjelpe ham identifisere problemene hans og finne relevante tiltak for å løse dem. Dette kan også bidra til å fremme opplevelse av emosjonell kontroll (Gjengitt etter Stubberud, 2013).

Sykepleier bør huske på at den afasirammede er reel, interessant og likeverdig samtalepartner og skal behandles med respekt. God tid er en viktig forutsetning når det gjelder kommunikasjon med afasipasienter (Bronken et al., 2012; Corneliussen et al., 2006). Ved å innta en lyttende holdning og ved å forsøke å ikke avbryte den afasirammede unødig kan man vise at en faktisk har god tid. Ofte kan det å vite at sykepleier har god tid gjør at pasienter presterer bedre. Dersom pasienten i samtale ikke finner ord eller stopper opp, kan sykepleier oppmuntre pasienten i å si det han skal på en annen måte i stedet for å ta ordet fra ham, noe som kan virke umyndiggjørende (Corneliussen et al., 2006). For å vise oppmerksomhet mot

pasienten bør sykepleier ha åpen kroppsholdning, det vil si at sykepleier ikke skal krysse bein eller arm. Hun skal ha øyekontakt med pasienten og være avslappet og følge hans utsagn nært ved forstående nikk, «mm» eller også berøring. Sykepleier skal velge en rolig omgivelse og lytte aktivt (Corneliussen et al., 2006; Eide & Eide, 2007). Å lytte aktivt og å være støttende når pasient åpner seg bidrar til å gjenskape mening (Eide & Eide, 2007). Ved å se pasienten, vise respekt, vise empati og fremme kontakt med pårørende kan sykepleier fremme emosjonell kontroll hos pasienten (Stubberud, 2013).

I hvilken grad pasienten er rammet av afasi har stor betydning for samtale og dens innhold. Hvis pasient har alvorlig rammet, kan bruk av hjelpemidler som tegning, kommunikasjonsbok og andre avanserte hjelpemiddel være av stor hjelp. Hjelpemiddel kan også være så enkelt som «Ja» og «Nei» kort. Forutsetning for bruk av disse hjelpemidler er at pasient skal ha fått god trening i hvordan hjelpemiddel skal brukes og at han er kompetent nok til å bruke det.

5.2.2 Sosial nettverk.

Pasienter med afasi er lett isolert på grunn av kommunikasjonsbarriere og har ofte vanskelighet å vedlikeholde kontakt med venner og kollegaer etter slag (Bronken et al., 2012; Brown et al., 2012; Nätterlund, 2010a). Mange afasirammede vil ofte unngå å snakke fordi de er redde for å bli sett på som inkompetente, fulle eller barnslige (Bronken et al., 2012). For at familie og venner skal gi den støtte pasienten trenger er det viktig at de aksepterer pasienten med hans afasi, og viser respekt, kjærighet og støtte. Tap av venner er assosiert med manglende forståelse og akseptering fra venner. Mange har lite kunnskap om hva afasi er, og lite forståelse for hvordan dette påvirker pasienten. Dette kan resultere i tap av venner i tillegg til at mange afasi pasienten selv trekker seg tilbake (Brown et al., 2012). Det er viktig at pasient med afasi er aktiv og villig til å møte folk til tross for sin afasi. Bruk av afasigrupper kan være en nyttig metode for pasienter å bedre språkfunksjon og den psykososiale justeringsprosessen (Brown et al., 2012). I en gruppe kan de afasirammede dele erfaringer og råd med hverandre. Å møte andre slagrammede med afasi kan være en viktig kilde til nytt vennskap og støtte. Det kan virke motiverende og kan også gjøre det lettere for pasienten å akseptere sin afasi lettere (Nätterlund, 2010a). Afasiforbundet i Norge er en landsomfattende interesseorganisasjon for afasirammede og deres pårørende. Forbundet har lokaleforeninger over hele landet som kan organisere både individuelt eller gruppe

rehabiliteringstilbud for pasienter og pårørende (Qvenild et al., 2010). I praksis har jeg også opplevd at pasientene får tilbud om å være med på undervisningsprogram ved Lærings- og mestringssenter. Ulempen med kommunikasjon i gruppe oppleves slitsom på grunn av pasientens konsentrasjonsvansker (Nätterlund, 2010a). Noen pasienter kan oppleve det som ubehagelig å snakke i gruppe når de ikke er kjent med gruppemedlemmer.

5.3 Informasjon.

I følge lov om pasient og brukerrettigheter § 3-2 har pasient rett til informasjon om innholdet i helsehjelpen han får, og til den informasjon han trenger for å få innsikt i sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleier skal informere både pasienten og pårørende om hva som har skjedd og hvorfor pasient ikke greier ting, hva som skal skje videre, hvilke undersøkelser han skal gjennom, og resultat av disse (Wergeland et al., 2010). Sykepleier må ta hensyn til at afasipasienter ofte ikke greier å stille spørsmål selv og derfor må ta initiativ til å gi informasjon selv og gjenta informasjon (Bronken et al., 2012; Stubberud, 2013; Wergeland et al., 2010). Sykepleier skal gi informasjon om afasi, hjerneslag, vanlige reaksjoner, forventet forløp, pasientens rettigheter, hvor de kan skaffe seg hjelp og hvordan de kan bruke ressurser for å mestre afasi (Bronken et al., 2012). Når sykepleier skal gi informasjon bør sykepleier sørge for at pasient forstår informasjon og la ham bearbeide informasjon. Aktiv informasjonsgivning som beskrevet i studie til Ginkel et al. innebærer at informasjon er gitt med et mål om at pasient skal bearbeide informasjon og om nødvendig skal sykepleier avklare og konsolidere eller forsterke informasjon. Aktiv informasjonsgivning kan redusere alvorlighetsgrad og forekomst av depresjon blant slagrammete (Bronken et al., 2012; Ginkel et al., 2010). Informasjon kan hjelpe pasienten til å mestre pasientrollen. Sykepleier skal alltid informere pasienten om hva hun gjør og hvorfor hun gjør det. Informasjon bør gis i daglig språk. Det er viktig at det dokumenteres om informasjon som gis til pasientene. Informasjon er viktig for at pasienten skal kunne oppleve forutsigbarhet. At pasient opplever forutsigbarhet i motsetning til flertydighet hjelper pasient i å oppleve kognitiv kontroll, som gjør pasient i stand til å mestre hverdagen lettere (Stubberud, 2013).

Afasi rammer familien i like stor grad som pasienten selv. Pasientens afasi påvirker hans forhold til familie og venner (Brown et al., 2012; Nätterlund, 2010a). I følge yrkestiskeretningslinjer til sykepleier skal sykepleier ivareta pårørendes behov for informasjon og vise respekt og omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011). Pårørende har en viktig rolle i rehabilitering av afasipasienten, sykepleier må derfor støtte pårørende og inkludere dem i behandlingsprosessen fra begynnelsen. Pasienter med afasi beskriver familien som viktigste ressurs for sosial støtte (Nätterlund, 2010a) (Nätterlund, 2010b). Når en person som har fungert normalt plutselig får afasi, faller stort ansvar for den som sørger for pasienten. Dette resulterer i at de er lite oppmerksomme på seg selv og kan oppleve stress og bli irritert. De kan også ha økonomiske problemer når den afasipasienten ikke er på jobb lenger (Nätterlund, 2010b). Travelbee (1999) mener at sykepleier kan hjelpe familien ved å vise oppmerksomhet overfor de pårørende, lytte til dem og informere dem om forskjellige tilbud som finnes. Små velgjerningene som å tilby en kopp kaffe til pårørende kan bety mye for pårørende og pasienten. Ved å vise omtanke og støtte til pårørende hjelper sykepleier også pasienten (Travelbee, 1999). Pårørende har behov for informasjon om pasientens tilstand, behandling og prognose. Informasjon som de får skal være tilpasset deres nivå av forståelse (Stubberud & Eikeland, 2013). Pårørende opplever ofte at de ikke får nok informasjon (Stubberud & Eikeland, 2013) (Nätterlund, 2010b). Pårørende til afasi pasienter har behov for informasjon om afasi og kommunikasjonsstrategier. Informasjon kan gis både skriftlig og muntlig fordi mange glemmer informasjon som er gitt under stress. Generell informasjon bør også legges ut på sykehusets nettside og informasjonsbrosyre (Stubberud & Eikeland, 2013). Dersom pårørende får nok informasjon om pasienten og hans situasjon har de større forståelse for pasientens sykdom og hans reaksjon og kan støtte pasienten bedre i hverdagen.

5.4 Håp.

I følge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011). Forskningen viser at mennesket som håper lever lengre og bedre enn de som ikke håper, fordi tap av håp (håpløshet) fremmer utvikling av patologiske prosesser og kan resultere i suicidal atferd (Lohne, 2010, s.108). I følge Travelbee (1999) kan det å ha håp gjøre en pasient i stand til å overvinne hindringer og sette kreftene inn i de vanskelige oppgavene som kan ligge i en rehabiliteringsprosess. Hun sier at

sykepleierens rolle er å hjelpe den syke til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse. For å kunne opprettholde eller fremme håp må sykepleier ha kunnskap om hva håp betyr for pasienten og om hvordan det er mulig å styrke eller verne deres håp (Travelbee, 1999).

Håpet er sterkt relatert til avhengighet av andre. Den som er syk er avhengig av den andre skal hjelpe ham når det er behov (Travelbee, 1999). Afasi rammer pasientene i ulike grad og kan true dem. Sykepleier skal i møte med afasi pasienten ivareta både psykiske og fysiske behov uten at pasient skal be om hjelp. For å kunne bevare håp er det veldig viktig at pasientens grunnleggende fysiske behov som søvn, ernæring blir godt ivaretatt. I praksis har jeg observert at fysiske behovet blir ofte godt ivaretatt. Det er den psykiske delen som blir oversett. Sjeldent har jeg sett at en sykepleier går inntil den afasirammede for å spørre hvordan han egentlig har det. Ved å kommunisere med pasienten kan en sykepleier finne ut hvordan pasienten oppfatter sykdommen, og hvilke tanker han har om framtiden.

Sykepleierens støttende funksjon er å skape tillit og trygghet, og få pasienten til å opprettholde håp for å forebygge depresjon (Wergeland et al., 2010). Det å vite at pasienten skal få den hjelpen han trenger kan være med på å skape tillitt til sykepleieren, noe som kan da fremme håp hos pasienten (Travelbee, 1999). Sykepleieren kan skape tillitt ved å være tilgjengelig og villig til å hjelpe. Spesielt når det gjelder afasipasienter skal sykepleier bruke god tid og være lydig når pasient ønsker å snakke om sine opplevelser. Det er naturlig at en pasient som nylig er rammet av afasi er usikker om framtiden. Det er mye som en pasient har å tenke om hvordan framtiden hans kommer til å bli og hvordan tap av språkfunksjon kommer til å påvirke livet hans. I den tidlige fasen er det derfor viktig at sykepleier forklarer pasient at pasientens opplevelse av tap er normalt, samtidig skal hun forklare pasienten at situasjon kommer til å endre seg etter hvert og språkfunksjonen kommer til å bli bedre. I den akutte fasen skjer det bedring hver dag, og det er viktig at sykepleier gir ros til pasient og gjør pasient oppmerksom på framskritt. En dagbok der sykepleier skriver en oppsummering av hva som har skjedd på dagen og hvilke bedringer hun har opplevd kan være med på å hjelpe pasienten i å se hans bedring. Framskrittene stimulerer håpet (Lohne, 2010). I en studie kommer det fram at det å se på det positive i stedet for det negative var viktig for afasi pasienter for å kunne leve med hell. Både pasienten og pårørende understreket at det å feire små suksess var viktig i å skape tillitt, håp og grunnlag for å bygge videre suksess. I studien kom det også fram at måten helsepersonell formidler informasjon på hadde stor innvirkning

på pasienter. Når helsepersonell formidlet informasjon på en negativ måte, kunne det virke nedslående (Brown et al., 2012). Derfor er det viktig at sykepleiere er bevisst på hvordan de kommuniserer med disse pasientene og har fokus på det positive. Når en person har et håp om bedring er han villig til å jobbe for det.

Målet med rehabilitering er at pasient skal bedre funksjonsnivået sitt. Derfor har pasientene alltid en viss grad av håp knyttet til å bli frisk igjen. Livet er meningsløst til en person som ikke har tro på at tilstanden kommer til å forandre seg. Håpløshet er definert som negative forventning til framtiden. Depresjon og håpløshet karakteriserer mennesker som ikke håper. Deprimerte pasienter har en urealistisk og negativ holdning til framtiden, suicidale tendenser truer og opplevelsen av å mislykkes forsterker opplevelsen av håpløshet (Lohne, 2010).

Pasienter med afasi bedrer sin språkfunksjon etter rehabilitering, men mange må lære seg å leve med afasien. Her er sykepleiers fortolkende funksjon viktig, som innebærer å hjelpe pasienten se sine ressurser og begrensinger og skape realistiske forventninger (Wergeland et al., 2010). Sykepleier skal lære pasienten å akseptere tap samtidig som hun hjelper pasienten å utvikle nye kunnskaper, holdninger og ferdigheter for å kunne leve med endret livssituasjon. Travelbee (1999) mener at for å finne mening bør pasient først akseptere sin sykdom. I en kvantitativ studie av slagrammete ble det funnet en klar sammenheng mellom det å ikke akseptere funksjonssvikt og å utvikle depresjon. I undersøkelsen var de deprimerte pasientene opptatt av at de fremdeles burde ha klart å utføre oppgaver som de kunne utføre før de fikk slag (Gjengitt etter Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Å ikke akseptere funksjonssvikt kan føre til at pasient er frustrert og pasient kan føle seg hjelpeløs. Travelbee (1999) mener at *«sykepleiers oppgave ligger i å hjelpe den syke til å holde fast håpet og unngå håpløshet, og å hjelpe den som opplever håpløshet til å gjenvinne håp»*. Sykepleier bør fremme realistisk håp om framtiden. Sykepleier må lage oppnåelig mål sammen med pasienten. I praksis har jeg observert at sykepleiere lager behandlingsmål i dokumentsystem. De tiltakene som er laget er rettet seg mot å ivareta fysiske behov. Pasientene er informert om de tiltakene, men sjeldent om mål. Håpet er knyttet til valg (Travelbee, 1999). Det er pasientens ønsker som skal tas hensyn til og pasienten skal få mulighet til å velge selv når han skal velge behandlingsalternativene. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1, har pasient rett til å medvirke valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Å få mulighet til å velge selv oppleves som positiv av afasipasienter (Brown et al., 2012). Det å ha håp om framtiden gir pasienten utholdenhet til å

prøve om og om igjen til å fortsette å jobbe for å komme i mål. Håp er derfor viktig for afasipasienter i rehabilitering for å kunne lære pasienter å akseptere funksjonssvikt og lære seg nye ferdigheter og holdning for å nå målene som gjør at de kan leve med afasien sin. Ved å ha håp kan pasienter som er i bearbeidingsfase gå over til nyorienteringsfase med en positiv forventning om fremtiden.

5.5 Økt kunnskap og kompetanse.

Flere studier hevder at sykepleiere mangler kunnskap og kompetanse når det gjelder identifisering av depressive symptomer (Ginkel et al., 2010; Kouwenhoven & Kirkevold, 2013), og kommunikasjon med afasipasienter og identifisering av deres behov (Bronken et al., 2012b; McGilton et al., 2011). Sykepleiere har ansvar for å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde. Hun har også ansvar for å søke veiledning når situasjon oppleves som vanskelig (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I studien til McGilton et al. (2011), beskriver sykepleiere kommunikasjon med afasipasienter som utfordrende. Min erfaring fra praksis er at jeg selv opplevde det som vanskelig å kunne kommunisere med afasi pasientene. Sykepleiere som jobbet på avdeling hadde kunnskap om språkvansker og kjennskap til de forskjellige hjelpemidler som kan brukes, men tok lite initiativ til samtale med disse pasientene utenom praktiske oppgaver, kanskje fordi at de også opplever det som vanskelig. I praksis har de internundervisning hver uke for de ansatte som jobber der. Internundervisning kan dreie seg om temaer som handler om pasientgruppe i avdeling, om prosedyrer eller om bruk av nye utstyr. Dersom sykepleiere får trening i kommunikasjon med afasi pasienter kan det føre til at sykepleiere viser større respekt for pasienten, øke sykepleieres vilje til å kommunisere med pasienten og minsker frustrasjon. Sykepleiere som får trening i utvikling av kommunikasjonsstrategier med afasipasienten har større forståelse for pasienten og hans behov og bruker forskjellige strategier for å kommunisere med pasienten. Dette gir også fordel til pasientene ved at pasientene blir bedre i sosial interaksjon og depressive symptomer blir redusert (McGilton et al., 2011). Sykepleiere i rehabiliteringsavdeling bør også få trening for å identifisere depressive symptomer og bruke av kartleggingsverktøy (Ginkel et al., 2010; Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Regelmessig bruk av kartleggingsverktøy kan bidra til at depressive symptomer oppdages tidlig. Trening i forhold til kommunikasjon med afasipasienter og tidlig

identifisering av depressive symptomer til sykepleiere i rehabiliteringsavdeling kan bidra til å øke kunnskap og kompetanse som sykepleiere kan bruke i møte med afasipasienter for å forebygge depresjon.

5.6 Hvordan kan sykepleier forebygge depresjon hos afasipasienter?

Depresjon etter slag kan føre til dårlig fysisk rehabilitering, lengre sykehus opphold, økt funksjonshemming, redusert sosial aktivitet og vansker med å komme tilbake i arbeid.

Depresjon er assosiert med selvmord og død hos slagrammete(Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Ved å iverksette tiltak for å forebygge depresjon hos slagpasienter bidrar sykepleier til tertiær forebygging. Travelbee (1999) hevder at observasjon er første skritt på veien til sykepleierintervensjon. For å kunne forebygge depresjon er det derfor viktig at sykepleiere i en rehabiliteringsavdeling får opplæring og trening i identifisering av depressive symptomer og bruk av kartleggingsverktøy for eksempel MADRS og GDS. Kartlegging av depresjon kan innføres som rutine tiltak i rehabilitering. Tidlig identifisering av depressive symptomer kan forebygge utvikling av alvorlig depresjon(Kouwenhoven & Kirkevold, 2013).

Sykepleiere bør også ha større kunnskap om afasipasientene og kommunikasjonsferdigheter som kan brukes i samtale med afasipasienten. Kurs rettet mot kommunikasjonsstrategi bidrar til at sykepleiere har større forståelse for pasienten og hans behov og viser respekt for pasienten. Pasientene opplever også samtale som meningsfylt med en kompetent sykepleier og blir bedre i sosial interaksjon og depressive symptomer blir redusert(McGilton et al., 2011). Travelbee (1999) framhever viktigheten av kommunikasjonsferdighet i samtale med pasienter. Spesielt i forhold til afasi pasienter skal sykepleier bevisst bruke både verbal og non-verbal kommunikasjon. Hun skal også tolke pasientens kroppsspråk. Sykepleier skal bruke god tid, lytte aktivt, ha øyekontakt, ha åpen kroppsholdning og være interessert i det pasient sier. Hun skal også vise respekt og alltid være oppmerksom på at pasient skal være aktiv deltaker. Bruk av egnet hjelpemidler i kommunikasjon kan også gjøre det lettere for den afasirammede å kommunisere(Corneliussen et al., 2006).

Støttet samtale med spesifikk sykepleier har en positiv virkning mot depresjon(Bronken et al., 2012; Ginkel et al., 2010; McGilton et al., 2011). Gjennomsnittlig opphold på rehabiliteringsavdeling for slagpasienter er 3-4 uker. Sykepleier i rehabiliteringsavdeling har derfor en unik

mulighet til å bli godt kjent med pasienten. Afasi pasienter har stor trang til å snakke. Sykepleier skal i samarbeid med pasient og hans pårørende finne ut om pasientens interesser og tidligere liv. Å snakke om pasientens barndom, hans voksne liv, hvordan livet har vært hittil og hvordan han opplever livet etter hjerneslag og afasi disse temaene har vist seg å være effektivt mot depresjon hos slagpasienter(Ginkel et al., 2010).

Afasipasienter anser familie og venner som viktigste ressurs for sosial støtte. Sosial støtte har positiv virkning på pasienter med afasi. Undervisning og trening som handler om afasi og kommunikasjon med afasi er nødvendig for at familie og venner skal gi den afasirammede den støtte han har behov for. Pårørende skal inkluderes i behandling fra et tidlig stadium(Nätterlund, 2010a). For å øke pasientens sosial nettverk kan afasigrupper være en stor fordel. Ved å bli involvert i en slik gruppe kan afasi pasienter bedre sin språkfunksjon og skaffe seg nye venner som også befinner seg i samme situasjon som pasienten. Dette kan gi pasienten motivasjon og støtte for å akseptere afasi(Nätterlund, 2010a).

Å gi informasjon er en viktig del av sykepleiers jobb og har vist seg å være effektivt i å redusere forekomst og alvorlighetsgrad av depresjon(Ginkel et al., 2010). Sykepleier skal informere både pasient og pårørende om afasi, hjerneslag, vanlige reaksjoner, forventet forløp, pasientens rettigheter, hvor de kan skaffe seg hjelp og hvordan de kan bruke ressurser for å mestre afasi(Bronken et al., 2012). Informasjon skal gjerne gjentas og gis på daglig språk slik at pasient og pårørende forstår innholdet. Det er viktig å dokumentere hva pasient er informert om for å kunne skape kontinuitet i behandling. Både pasient og pårørende kan få skriftlig og muntlig informasjon for å sørge for at de får tilstrekkelig informasjon. Ved å informere pasienten, skape realistisk forventning, fremme kommunikasjon, skape kontinuitet og øke kunnskap og kompetanse kan sykepleier fremme pasientens opplevelse av å få sosial støtte og kognitiv kontroll og pasient opplever forutsigbarhet (Stubberud, 2013).

Depresjon karakteriserer mennesker som ikke håper(Lohne, 2010). Å formidle realistisk håp til den syke for å kunne mestre sykdommen er en viktig sykepleieroppgave (Travelbee, 1999). Sykepleier kan fremme håp ved å lytte til pasienten, være tilgjengelig for pasienten og villig til å hjelpe når pasienten har behov, uten at han må be om hjelp. Sykepleier skal fokusere på fremgang og gi ros. Hun skal hjelpe pasienten i å se det positive i stedet for det negative. Hun skal fremme realistisk håp og lære pasienten å akseptere sin afasi samtidig som

hun lærer pasienten å kjenne hans resurser. Realistisk håp kan fremme pasienten tro på seg selv, og bidrar til bedre rehabilitering. At pasient får den hjelpen han trenger, at han får nødvendig informasjon og at han er aktiv deltaker i behandlingen gjør at han har tillit i sykepleier (Travelbee, 1999) og at han opplever instrumentell kontroll (Stubberud, 2013).

Fysisk aktive mennesker har redusert sannsynlighet for å utvikle depresjon sammenlignet med fysisk inaktive. Regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til å redusere depressive symptomer ved lett til moderat depresjon (Helsedirektoratet, 2009). Fysisk aktivitet tilsvarende de vanlige helseanbefalinger (en halv times aktivitet de fleste av ukens dager med en intensitet tilsvarende en rask spasertur), har antidepressiv effekt (Helsedirektoratet, 2009). Afasipasienter opplever fysisk aktivitet som positiv. Det mest vanligste fysisk aktivitet som beskrevet av afasipasienter i en studie var å gå på tur (Nätterlund, 2010a). I den akutte fasen i rehabilitering er det viktig at pasientens energi blir brukt til i rehabiliteringsopplegg. Sykepleier bør informere og motivere både pasienten og pårørende om fordelene ved å trene regelmessig. Ulike former for fysisk aktivitet, som gange, jogging eller trening med vekter, ser ut til å ha likeverdig effekt (Helsedirektoratet, 2009). Fysisk aktivitet bidrar også til å forebygge depresjon og redusere depresjons alvorlighetsgrad hos slagpasienter (Ginkel et al., 2010). Afasi pasienter kan i den tidlige fasen mangle energi, motivasjon og selvtillit, til å komme seg ut alene. Dersom pasient har fysisk utfall i tillegg til afasi som følge av hjerneslag kan det være enda vanskeligere for pasient å komme seg ut.

Bruk av musikk i daglig omsorg av pasientene innlagt på et sykehus har positiv effekt på depresjon (Ginkel et al., 2010). Sykepleier kan bruke musikk som pasient liker. Musikken skal velges avhengig av om pasient skal beroliges eller aktiviseres. Musikken kan også brukes for å fremme søvn som kan da fremme instrumentell kontroll.

Videre oppfølging av disse pasientene er nødvendig når de er skrevet ut fra sykehus. Afasipasienter og deres familie opplever det som stor overgang å komme seg hjem og klare seg alene (Bronken et al., 2012; Nätterlund, 2010a). Sykepleier er et bindeledd mellom de ulike yrkesgruppene i rehabilitering og har en helhetlig vurdering av pasientens tilstand. Derfor må sykepleier kommunisere med kommune for å sørge for at de får den hjelpen de har behov for. Dette er en del av sykepleiers integrerende funksjon.

6.1 KONKLUSJON

I denne oppgaven ønsket jeg å se hvordan sykepleier kan forebygge depresjon hos slagpasienter med afasi. Afasi påvirker både pasientens og pårørendes hverdag i stor grad. Sykepleier i rehabiliteringsavdeling bør ha større fokus på identifisering av depressive symptomer i akutt fasen etter hjerneslag. For å kunne skille depressive symptomer med konsekvenser av slag eller sorgreaksjon er det viktig at sykepleier utforsker pasientens opplevelse av egen situasjon. Sykepleier bør derfor prioritere støttet samtale som tiltak. I samtalen skal pasienten være en aktiv deltaker. Sykepleier skal bruke god tid, lytte aktivt og vise respekt. Sykepleier skal hjelpe pasienten når han har behov, gi ros, fokusere på positivt fremskritt og fremme realistisk håp. Støttet samtale og håp bidrar til å redusere forekomst av depresjon hos afasirammede.

Gir sykepleier gi nødvendige informasjon både til pasienten og pårørende kan det bidra til redusert forekomst av depresjon. Hun skal også vise respekt og omsorg til pårørende. Pårørende skal inkluderes i behandlingen i tidlig fase og de skal få informasjon, støtte og kommunikasjonstrening for å kunne gi pasienten den støtte han trenger.

Afasi pasienter er lett isolerte på grunn av sin språkfunksjon og mister kontakt med venner og kollegaer. Afasigrupper kan også være en stor fordel både når det gjelder språktrening og for å skape nye venner som befinner seg i eller har tidligere befant seg i samme situasjon. Sykepleier skal også formidle viktigheten av å være fysisk aktiv både til pasienten og pårørende. Fysisk aktive mennesker har redusert forekomst av depresjon. Bruk av musikk kan også være effektiv mot depresjon. Videre oppfølging er viktig etter utskrivelse fra sykehus.

Gjennom oppgaven har jeg lært at afasirammede har behov for å bli behandlet som et autonomt og voksent individ. Selv om det kan være utfordrende bør sykepleier være modig og prioritere samtale med disse pasientene. Realistisk håp er nødvendig for en positiv holdning mot fremtid. Jeg har lært at ved å ivareta både fysiske og psykososiale behov og dermed gi helhetlig omsorg kan sykepleier forebygge depresjon hos afasirammede. Gjennom studiene kommer det fram at flere studier ekskluderer afasipasientene i forskning på grunn av deres språkproblemer. Det er større behov for forskning for identifisering og forebygging av depresjon etter slag og afasipasienter. Dersom jeg skulle jobbe videre med temaet ville jeg ha

valgt å utdype med i konkrete kommunikasjonsstrategier som sykepleiere kan bruke i kommunikasjon med afasipasienter og hvordan disse kunne brukes av alle sykepleiere i rehabiliteringsavdeling for å ivareta deres psykososiale behov.

Litteraturliste

- Bertelsen, A. K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell, & B. G. Edvin, Sykdom og Behandling (ss. 313-336). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R., Wyller, T. B., & Kvigne, K. (2012). Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke. *Nursing Research and Practice*, 14 sider.
doi:10.1155/2012/568242
- Brown, K., Worrall, L. E., Davidson, B., & Howe, T. (2012). Living successfully with aphasia: a qualitative meta-analysis of the perspectives of individuals with aphasia, family members, and speech-language pathologists. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(2), ss. 141-155. doi:10.3109/17549507.2011.632026
- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I., Lind, M., & Qvenild, E. (2006). Afasi og samtale. Oslo: Novus Forlag.
- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). Kommunikasjon I Relasjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ginkel, J.-v., Gooskens, F., Schuurmans, M., Lindeman, E., & Hafsteinsdottir, T. (2010). A systematic review of threapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, ss. 3274-3288. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x
- Håkonsen, K. M. (2014). Psykologi og psykiske lidelser. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten. Oslo.

Helsedirektoratet. (2010). Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo.

Kouwenhoven, S., & Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien Forskning*, ss. 334-343. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0134

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (ss. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (ss. 15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I K. Unni, *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 2* (ss. 108-124). Oslo: Akribes AS.

McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal of Older People Nursing* 6, ss. 13-24. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x

Nätterlund, B. S. (2010a). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian journal of Occupational Therapy*, ss. 117-129. doi:10.3109/1138720902814416

Nätterlund, B. (2010b). Being a close relative of a person with aphasia. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 17(1), ss.18-28. doi:10.3109/11038120902833218

Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo. Hentet mai 4, 2016 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I., & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, & M. I. Knoph, Afasi-et praksisrettet perspektiv (ss. 23-41). Oslo: Novus forlag.

Stubberud, D.-G. (2013). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. (. Stubberud, Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom (ss. 66-113). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud, Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom (ss. 13-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G., & Eikeland, A. (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.-G. Stubberud, Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom (ss. 165-185). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thommessen, B. (2003). Hva kjennetegner den gamle slagpasienten. I K. Engedal, & T. B. Wyller, Aldring og Hjernesykdommer (ss. 97-108). Oslo: Akribe-Forlag.

Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget.

Wergeland, A., Ryen, S., & Ødegaard-Olsen, T. G. (2010). Sykepleie ved hjerneslag. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, Klinisk Sykepleie 2 (ss. 261-284). Oslo : Gyldendal Akademisk.

Total antall sider: 944

Vedlegg 1-MADRS (Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale)

Skjemaet dekker 10 emner, hvorav pasient blir spurt om 9, mens ett observeres. For hvert emne er det en gradering av alvorlighet på en skala fra 0 til 6. Den innledende teksten for hvert emne beskriver kort hva det handler om. Annethvert skåringstall er i tillegg ledsaget av en forankringstekst. Sammenfaller pasientens symptomer med en av disse tekstene, brukes det ledsagende skåringstallet (0, 2, 4 eller 6).

Still det foreslåtte spørsmålet. Bruk deretter tekstene over og under det pasienten først sier, for å være sikker på at emnets intensitet blir korrekt vurdert.

Passer de bedre, kan man velge tall *mellom* forankringspunktene (1, 3 og 5).

Tilstanden den siste uken vektlegges. Er det klare døgnvariasjoner, vektlegges tilstanden på det tidspunktet på dagen hvor pasienten er mest deprimert.

Alle spørsmålene må besvares, og de skal stilles i den rekkefølgen de forekommer i spørreskjemaet.

Skåring. Mange med en totalskår på 20 eller høyere vil ha nytte av medikamentell antidepressiv behandling, såfremt depresjonen har vart i minst 2 uker og ikke skyldes sorg. Noen pasienter med skår mellom 12 og 20 kan også ha nytte av antidepressive midler i tillegg til samtaler. Ved skår over 35 bør innleggelse vurderes, eventuelt henvisning til DPS (distriktpsikiatrisk senter) eller spesialist. Innleggelse bør også vurderes ved lavere sumskår dersom skår på suicidalitet er 4 eller høyere.

MADRS – Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale

1. Synlig tristhet – legeobservert	
Sikter på dysterhet, tungsinn, fortvilelse (mer enn bare vanlig forbigående dårlig humør) slik det avspeiler seg i tale, mimikk og holdning. Gradér på grunnlag av dybde og manglende evne til å lysne opp.	
0	Ingen tristhet.
1	
2	Ser trist og humørløs ut, men kan leilighetsvis lyse opp.
3	
4	Virker trist og ulykkelig hele tiden.
5	
6	Ekstrem og vedvarende tristhet og fortvilelse.
2. Tristhet	

Tar sikte på subjektivt opplevet sinnsstemning, uansett om stemningen gir seg ytre uttrykk eller ikke. Omfatter senket stemningsleie, tristhet, oppgitthet, tungsinn, håpløshet og hjelpeløshet. Gradér i henhold til intensitet, varighet og i hvilken grad sinnsstemningen påvirkes av ytre omstendigheter. Oppstemthet skåres som 0.

Spørsmål: *Har du vært vedvarende deprimert eller nedfor mesteparten av dagen hver dag de siste tre døgn?*

0	Stort sett indifferent stemningsleie. Leilighetsvis tristhet når omstendighetene tilsier det.
1	
2	Overveiende følelse av nedstemthet, men lysere øyeblikk forekommer.
3	
4	Gjennomtrengende følelse av tristhet og dysterhet. Sinnsstemningen influeres knapt av ytre omstendigheter.
5	
6	Konstant opplevelse av sterk tristhet og fortvilelse.

3. Indre spenning

Sikter på følelse av vag ulystfølelse, ubehagelig indre spenning, uro og angst stigende til panikk. Gradér i henhold til intensitet, varighet og behov for hjelp og støtte. Skilles fra tristhet (2).

Spørsmål: *Har du merket noen uro, spenning eller angst siste tre døgn?*

0	Rolig, bare antydning til indre spenning.
1	
2	Leilighetsvis følelse av ubehagelig psykisk spenning og vag uro.
3	
4	Vedvarende følelse av indre spenning eller panikkepisoder som pasienten bare kan mestre med vanskelighet.
5	
6	Vedvarende frykt og angst. Overveldende panikkfølelse.

4. Redusert nattesøvn

Sikter på subjektiv opplevelse av kortvarig eller mindre dyp søvn sammenlignet med vanlig tilstand.

Spørsmål: *Har du hatt søvnproblemer nesten hver natt de siste tre døgn?*

0	Sover som vanlig.
1	
2	Moderate innsøvningsvansker eller moderat redusert, lett eller urolig søvn.
3	
4	Søvnen redusert eller avbrutt med minst to timer sammenlignet med vanlig.
5	

6	Mindre enn to til tre timers søvn om natten.
---	--

5. Svekket appetitt

Sikter på følelsen av at appetitten er svekket i forhold til tidligere.

Spørsmål: *Hvordan har det vært med matlysten de siste tre døgn?*

0	Normal eller økt appetitt.
1	
2	Moderat redusert appetitt.
3	
4	Nesten ingen appetitt, maten smaker ikke, må tvinge seg selv til å spise.
5	
6	Næringsvegrende. Må overtales av andre til å spise.

6. Konsentrasjonsvansker

Sikter på vansker med å samle tankene, stigende til invalidiserende mangel på konsentrasjonsevne. Gradér i henhold til intensitet, frekvens og grad av invalidiserende effekt.

Spørsmål: *Har du hatt vansker med å konsentrere deg de siste tre døgn?*

0	Ingen konsentrasjonsvansker.
1	
2	Leilighetsvis vansker med å samle tankene.
3	
4	Vansker med konsentrasjon og vedvarende oppmerksomhet, som forstyrrer lesing eller konversasjon.
5	
6	Invalidiserende mangel på konsentrasjonsevne.

7. Initiativløshet

Sikter på vanskelighet med å komme i gang, treghet med å ta initiativ og å utføre dagligdagse aktiviteter.

Spørsmål: *Har du hatt vansker med å komme i gang, ta initiativ eller utføre dagligdagse aktiviteter de siste tre døgn?*

0	Ingen spesielle vanskeligheter med å komme i gang med ting, ingen treghet.
1	
2	Visse vansker med å komme i gang med aktiviteter.
3	
4	Vanskeligheter med å komme i gang med enkelte rutineaktiviteter, som kan utføres bare med betydelig anstrengelse.

5	
6	Helt manglende evne til å ta initiativ. Uten evne til å igangsette aktiviteter uten hjelp.
8. Svekkede følelsesmessige reaksjoner	
Sikter på den subjektive opplevelse av svekkede interesser for omgivelsene, eller for aktiviteter som normalt gir glede. Evnen til å reagere med adekvate følelser på omstendighetene eller andre mennesker er redusert.	
Spørsmål: <i>Har du i de siste tre døgn vist mindre interesse for de fleste ting, eller vært mindre i stand til å glede deg over ting som pleide å gi deg glede?</i>	
0	Normal interesse for omgivelsene og andre mennesker.
1	
2	Redusert evne til å glede seg over ting som vanligvis gleder. Redusert evne til å føle sinne.
3	
4	Tap av interesse for omverdenen. Tap av følelser for venner og kjente.
5	
6	Opplevelsen av å være følelsesmessig lammet, uten evne til å føle sinne eller sorg, og til dels smertefull opplevelse av ikke å kunne føle noe for nære slektninger eller venner.
9. Depressivt tankeinnhold	
Sikter på tanker om skyld, mindreverdighet, selvbekreidelse, angst og tanker om økonomisk ruin.	
Spørsmål: <i>Har du følt deg verdiløs eller skyldbetyngt de siste tre døgn?</i>	
0	Ingen depressive tanker.
1	
2	Fluktuerende tanker om ikke å strekke til, selvbekreidelse og mindreverdsfølelse.
3	
4	Vedvarende selvbekreidelse eller klare, men fortsatt rasjonelle tanker om skyld og synd. Ser uttalt pessimistisk på fremtiden.
5	
6	Vrangforestillinger om økonomisk ruin eller utilgivelige synder.
10. Suicidaltanker	
Tar sikte på følelsen av at livet ikke er verd å leve, at en naturlig død ville være velkommen, suicidale tanker og forberedelse til selvmord.	
Spørsmål: <i>Har du selvmordstanker eller har du ønsket at du var død de siste tre døgn?</i>	
0	Ordinær livslyst, tar det som det kommer.
1	

2	Lei av livet, men bare flyktige suicidaltanker.
3	
4	Ville helst være død, suicidaltanker opptrer hyppig, og suicid anses som en mulig løsning uten at det foreligger spesifikke planer eller intensjoner.
5	
6	Uttalte planer om suicid når anledningen gir seg. Aktive forberedelser for suicid.

Vedlegg 2-GDS

Geriatrisk depresjonsskala

Pasientens navn: _____

Fødselsår/dato: _____ Dato utfylt: _____

Utfylt av: _____ Stilling: _____

Nedenfor finner du 30 spørsmål om hvorledes du har følt deg den siste uken. Vær vennlig å krysse av for det svaralternativ som passer for deg.

1. Føler du deg jevnt over tilfreds med livet _____ Ja Nei
2. Har du oppgitt eller sluttet med mange interesser _____ Ja Nei
3. Føler du at livet er tomt _____ Ja Nei
4. Synes du ofte at tilværelsen er kjedelig _____ Ja Nei
5. Ser du lyst på fremtiden _____ Ja Nei
6. Er du plaget med tanker som du ikke får ut av hodet _____ Ja Nei
7. Er du vanligvis i godt humør _____ Ja Nei
8. Er du engstelig for at det skal hende deg noe alvorlig _____ Ja Nei
9. Føler du deg vanligvis lykkelig _____ Ja Nei
10. Føler du deg ofte hjelpeløs _____ Ja Nei
11. Føler du deg ofte urolig og rastløs _____ Ja Nei
12. Foretrekker du å være hjemme fremfor å gå ut å oppleve nye ting _____ Ja Nei
13. Er du bekymret for din egen fremtid _____ Ja Nei
14. Føler du at du har større problem med hukommelsen enn _____

- mange andre (jevnaaldrende) _____ Ja Nei
15. Føler du i øyeblikket at det er godt å leve _____ Ja Nei
16. Føler du deg ofte nedtrykt og ensom _____ Ja Nei
17. Føler du deg verdiløs slik du nå er _____ Ja Nei
18. Bekymrer du deg ofte over fortiden _____ Ja Nei
19. Synes du livet er spennende _____ Ja Nei
20. Er det et tiltak å ta fatt på noe nytt _____ Ja Nei
21. Føler du deg opplagt _____ Ja Nei
22. Synes du at din egen situasjon er håpløs _____ Ja Nei
23. Synes du at folk flest har det bedre enn deg _____ Ja Nei
24. Blir du ofte forstyrret av bagateller _____ Ja Nei
25. Føler du ofte trang til å gråte _____ Ja Nei
26. Har du vansker med konsentrasjonen _____ Ja Nei
27. Liker du å stå opp om morgenen _____ Ja Nei
28. Forsøker du å unngå sosiale sammenkomster _____ Ja Nei
29. Faller det deg lett å ta bestemmelser _____ Ja Nei
30. Er du like lys til sinns som tidligere _____ Ja Nei