

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2015:39

Sjuksköterskans ansvar att främja hälsa vid strokerelaterad
depression
En litteraturstudie

Emma Edberg Barkestedt
Jonatan Sundström



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Sjuksköterskans ansvar att främja hälsa vid strokerelaterad depression – En litteraturstudie
Författare:	Emma Edberg Barkestedt & Jonatan Sundström
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK12H
Handledare:	Gabriella Norberg
Examinator:	Claes Ekenstam

Sammanfattning

Stroke är ett akut och livshotande tillstånd som drabbar cirka 30 000 människor i Sverige varje år. Stroke kan leda till fysisk och kognitiv nedsättning men även till psykiska symptom som depression och nedstämdhet. Syftet med studien är att beskriva hur sjuksköterskan kan identifiera strokerelaterad depression samt att främja hälsa hos dessa patienter. Litteraturstudien baseras på en kvalitativ och åtta kvantitativa artiklar som beskriver hur sjuksköterskan i mötet med patienten kan förbättra hälsa. För att sjuksköterskan ska kunna identifiera patienter som drabbats eller ligger i riskzonen för att drabbas av post stroke depression (PSD), studerades olika screeninginstrument, som skulle kunna vara användbara för att identifiera PSD. Många instrument var inte tillrättalagda för att kunna användas på patienter med kognitiv nedsättning, vilket flertalet av de strokedrabbade har. Tidigare kardiovaskulär sjukdom och psykisk ohälsa sågs som en risk för att drabbas av PSD. PSD ger en skadlig påverkan på både den fysiska och den psykiska hälsan, vilket i förlängningen ger en negativ inverkan på livskvaliteten. Socialt stöd från sjuksköterskan främjade livskvalitet hos patienten och dess närstående. Om strokerelaterad depression i ett tidigt skede uppmärksammas och behandlas, så kan den fysiska rehabiliteringen ge ett bättre resultat och därmed förbättra patientens hälsa. Ett problem som sjuksköterskan möter då hon ska identifiera PSD, är tidsbristen i vården, då det ofta krävs en mer tät kontakt för att kunna uppmärksamma skillnader i patientens hälsa. Sjuksköterskan bör inta en lyhörd och följsam roll för att se patientens livsvärld och det som inkluderas i den, så som de närstående och patientens sociala aktiviteter.

Nyckelord: Post stroke depression, sjuksköterskans roll, hälsa, livskvalitet, personcentrerad vård, socialt stöd.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Stroke	1
Orsaker till stroke	1
Symtom vid stroke	2
Det akuta omhändertagandet vid stroke	2
Depression efter stroke	3
Patientens upplevelse av depression efter stroke	3
Omvårdnaden vid strokerelaterad depression	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	6
Litteratursökning	6
Litteraturanalys	7
RESULTAT	7
Kan sjuksköterskan identifiera PSD?	7
Sjuksköterskans roll att främja hälsa vid PSD	8
Socialt stöd för att främja hälsa vid PSD	9
Sjuksköterskans ansvar att få med närstående i vårdandet	10
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Sjuksköterskans identifierande av strokerelaterad depression	13
Livskvalitet och vårdandet	14
Sociala relationer	15
Närståendes delaktighet	16
Sammanhang och mening	17
SLUTSATSER	17
Implikationer för vården	18
REFERENSER	19
BILAGA 1	22

INLEDNING

När livsvärlden förändras genom sjukdom eller skada står sjuksköterskan i det främsta ledet att lindra lidande och främja hälsa. Genom att möta sin patient och få ta del av dennes livsvärld kan sjuksköterskan på bästa sätt ge det stödet som just den unika patienten behöver. Oavsett vilken typ av avdelning som sjuksköterskan kommer att arbeta på så kommer hon att möta patienter eller närstående som drabbats av stroke. Författarna till denna studie har lagt vikten vid att studera hur sjuksköterskan kan identifiera strokerelaterad depression och främja patientens hälsa, då depression är ett vanligt tillstånd i efterförloppet av stroke. Detta kräver att sjuksköterskan ser patienten och dess livsvärld för att få förståelse för vilka enskilda faktorer som kan vara bidragande till depression efter stroke, samt att undersöka vad som lindrar lidande och ger en god livskvalitet.

BAKGRUND

Stroke

Stroke är ett samlingsnamn för två olika tillstånd som orsakar akut ischemi i hjärnan genom att en cerebral artär antingen drabbas av ocklusion orsakat av trombos/emboli (Ischemisk stroke/hjärninfarkt) eller igenom en blödning (Hemorragisk stroke/hjärnblödning). När hjärnblödning är orsak till ischemin är detta beroende av den lokala tryckökningen i hjärnan. Hjärnblödningens storlek och lokalisering påverkar omfattningen av ischemin. I de fall stroke orsakas av hjärninfarkt är kärlförändringar, som ateroskleros en vanlig orsak till förträngningen och således ischemin (Erickson & Erickson 2012, s. 243). Hjärninfarkt är orsak till 85 % av alla strokefall (Socialstyrelsen 2009, s. 20).

Det finns olika svårighetsgrader av stroke. Lindrig hjärninfarkt eller hjärnblödning betyder att de symtom som kvarstår efter en vecka endast är lindriga. Manifest hjärninfarkt eller hjärnblödning beror på att hjärnskadan orsakat icke övergående symtom. Progredierande hjärninfarkt eller hjärnblödning innebär att hjärnskadan orsakar symtom som hela tiden förvärras under de första dygnet efter insjuknandet (Erickson & Erickson 2012, s. 245).

Orsaker till stroke

Stroke är till stor del beroende av levnadsvanor så som ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet. Detta kan i sin tur leda till hjärt- och kärlsjukdom (Socialstyrelsen 2009, s. 18). Det finns flera bakomliggande orsaker till varför en individ drabbas av stroke. En icke påverkbar faktor som ålder har en stor betydelse för risken att insjukna, efter 75 års ålder ökar risken påtagligt (Erickson & Erickson 2012, ss. 241-242). Ateroskleros (speciellt i karotiskärlen) kan leda till stroke. Ateroskleros orsakas av endotelskada då fett och LDL-kolesterol bildat plack. Placken kan sedan brista och orsaka trombos och/eller emboli, alltså är även hyperlipidemi en riskfaktor för att drabbas av stroke (Erickson & Erickson 2012, ss. 48-49). Hypertoni är dock den vanligast enskilda riskfaktorn. Det höga blodtrycket belastar kärlväggarna och orsakar

endotelskada som kan leda till hjärnblödning. Den ökade risken för ateroskleros orsakad av hypertoni kan i sin tur leda till hjärninfarkt (Erickson & Erickson 2012, ss. 69-70). Även patienter med diabetes har en ökad risk för att drabbas av stroke då kroppens vävnader ständigt utsätts för höga nivåer av glukos. Kärilväggarnas endotelceller blir sköra och därmed mer känsliga för belastning såsom hypertoni och angrepp av ateroskleros (Erickson & Erickson 2012, ss. 578-579). Ytterligare en orsak till att drabbas av stroke är obecitas, då övervikt kan leda till hyperlipidemi, hypertoni och diabetes (Erickson & Erickson 2012, s. 62). Enligt socialstyrelsen (2013) har övervikt ökat och idag har cirka 14 procent av den vuxna befolkningen i Sverige ett BMI över 30, det vill säga fetma.

Symtom vid stroke

Stroke kan leda till fysiska och kognitiva nedsättningar, men även psykiska symtom som depression och nedstämdhet (Norrving 2015). Symtomen vid hjärninfarkt kan skilja sig beroende av var ocklusionen eller blödningen i hjärnan uppstått. Skada av artärer inom området i storhjärnan kan ge känselbortfall och pares i nedre extremiteter. Skada i de laterala delarna av storhjärnan kan ge symtom som hemipares och känselbortfall på motsatt kroppssida. Skada på basartären påverkar ofta kranialnerven som utgår från hjärnstammen och ger symtom som yrsel, dysfagi och ibland facialispares. Skada i lillhjärnans artär ger generella symtom som illamående, känselbortfall, medvetandepåverkan, pares och yrsel. Krampanfall kan förekomma, vilket är vanligare vid hjärnblödning än hjärninfarkt (Erickson & Erickson 2012, s. 246). För att klassas som stroke skall symtom kvarstanna i minst 24 timmar. En snabbt upplöst trombos/emboli alltså en TIA-attack (Transitorisk-ischemisk attack) är ofta en förvarning till en kommande stroke (Norrving 2015).

Det akuta omhändertagandet vid stroke

För att kunna minska utbredning av hjärnskada och risken för död, är det av största vikt att i det akuta skedet identifiera symtom på stroke och där igenom kunna ge en snabb behandling. Att identifiera stroke är vanligtvis inte svårt. Däremot att kunna fastställa vilken typ av stroke det rör sig om för att kunna inleda rätt typ av behandling, kan vara problematiskt. För att öka patientens chanser till överlevnad, krävs det att ambulanspersonalen är införstådd med hur de ska handla. För att påskynda behandling kan ambulanspersonalen förvarna sjukhuset om misstänkt stroke, därigenom kan sjukhuspersonalen vidta åtgärder (Socialstyrelsen 2011, s. 19). Patienter med misstänkt stroke kan inom Göteborgs universitetssjukhus (GU) få hjälp av vårdkedjorna *rädda hjärnan* eller *hjärnvägen*. Rädda hjärnan innebär att patienten omedelbart transporteras till röntgen för en datortomografi, detta för att läkare snabbt ska kunna besluta om trombolytisk behandling skall påbörjas. Om patientens tillstånd inte kan förmodas bli förbättrat av trombolytisk behandling körs patienten istället till en strokeavdelning, det vill säga hjärnvägen (Sahlgrenska universitetssjukhuset 2013). Liknande vårdkedjor finns i större delen av Sverige då tiden har visat sig vara betydelsefull för att öka chansen för att rädda patientens liv och minska risken för bestående men (Sahlgrenska universitetssjukhuset 2015).

Depression efter stroke

Post stroke depression (PSD) är en vanlig komplikation efter stroke och drabbar cirka en tredjedel av patienterna. Frekvensen av PSD varierar beroende på vilka mätinstrument som använts, samt hur lång tid efter en stroke mätningen utförts (Hadidi, Lindquist & Treat-Jacobson 2009, s. 152). Framförallt ligger en stor ovisshet i om PSD bör ses som en generell depression eller som ett tillstånd som karaktäriseras av specifika symtom som kan relateras till stroke (Aben, Boreas, Bour, Crijns, Limburg, Rasquin, Strik & Verhey 2009, s. 1134).

Enligt Azzoni, Gainotti, Gasparini, Marra och Razzano (1997, s. 2146) bör PSD inte klassas som funktionell depression, då dess symtom inte är helt lika. Arnaert, Filtaeu och Sourial (2006, ss. 137-146) beskriver att patienter med PSD kan visa symtom såsom ångest och rädsla. Enligt läkemedelsverket (2014, s. 1039) är inte ångest och rädsla inkluderade som specifika inklusionskriterier vid egentlig depression. Ett annat tecken på depression, ansåg Arnaert, Filtaeu och Sourial (2006, ss. 137-146) var att patienten betedde sig mera introvert och valde att dra sig undan från aktiviteter etcetera.

Lipsey, Prici, Rao och Robinsons (1985) citeras av Hadidi, Lindquist & Treat-Jacobson (2009, s. 152) som beskriver att hos strokepatienter kan tre olika typer av stämningsrelaterade hälsotillstånd ses. Den första är djup depression, dess symtom är oro, koncentrationsstörning, ångest, nedsatt energi samt tankar på död och suicid. Den andra kategorin är dystemi och beskrivs som ett kroniskt tillstånd där patientens känslor varierar mellan nedstämdhet och perioder av ett normalt mående. För att räknas som dystemi ska tillståndet ha varat i minst två år. Den tredje känslöstörningen som associeras med stroke innebär ett apatiskt tillstånd med likgiltighet som direkt kan övergå i extrem gladlythet.

Patientens upplevelse av depression efter stroke

Att drabbats av depression efter stroke kan beskrivas som att förlora sig själv. Att förlora sig själv är känslan av att tappa sin identitet, vara labil och för trött för att leva (Engedal, Kim, Kirkevold, & Kouwenhoven 2012, s. 1731).

I Norge utfördes en studie där forskare ville få svar på hur patienter som drabbats av depression efter stroke påverkades av sin situation. Det som framkom i studien var att patienterna upplevde skuld, skam, förlust av energi, minskad livsnjutning och försämrad livskvalitet (Engedal et al. 2012, s. 1730). Några av de vanligaste upplevelserna av att vara deprimerad var känslan av att vara isolerad från omvärlden då hon kände sig som en person som fastnat inuti sin egen kropp. Tankarna fortsatte fungera men orden som formats i huvudet kom inte längre ut, då kroppen inte ville lyda. Att ständigt vara i behov av andra människors vilja att hjälpa, då restsymptomen av stroke förhindrade dem att göra det som tidigare varit självklart, var påfrestande för patienterna. Detta såg forskarna drabba patienterna i form av en känsla av att ha blivit frihetsberövade och att känna sig som barn, vilket gjorde patienterna nedstämda. Andra fenomen som drabbade studiens deltagare var att inte känna sig trygga, då de inte längre visste hur de skulle möta andra personer, eller hur patienten själv förväntades bete sig, detta gjorde att det kändes tryggare för patienterna att hålla sig inom hemmets dörrar (Engedal et al. 2012, s. 1731).

Även tröttheten som de flesta av patienterna led av kunde utgöra en begränsning för dem. Det som deltagarna såg som den mest energikrävande aktiviteten de orkade med, var rehabilitering, den tog så stor del av deltagarnas energi i anspråk att de efter träningen inte orkade med någon annan aktivitet. Detta ledde till att de blev begränsade och till viss del isolerade på grund av sin trötthet. För att återfå en så god fysisk förmåga som möjligt krävdes det mycket träning, både fysisk och psykisk. Tröttheten blev här ett hinder för en god återhämtning eftersom deltagarna inte klarade av att utföra träningsmomenten (Engedal et al. 2012, ss. 1732-1733).

Vidare upplevde patienterna att de kände sig misslyckade då de inte klarade av att utföra praktiska göromål. Att besitta viljan men inte ha förmågan att klara av att genomföra moment, då kroppen utgjorde en begränsning, upplevdes av deltagarna som frustrerande. Forskarna kunde i sin studie se ett mönster i vad som kunde underlätta känslan av att vara misslyckad, nämligen vikten av att få chansen att kunna utföra de saker som patienten fortfarande hade förmåga till att klara (Engedal et al. 2012, s. 1732).

Omvårdnaden vid strokerelaterad depression

International Council of Nurses (ICN:s) etiska kod beskriver sjuksköterskans huvuduppgifter indelat i fyra huvudgrupper. Den första är sjuksköterskan och allmänheten, den andra är sjuksköterskan och yrkesutövningen, tredje står för sjuksköterskan och professionen, samt den fjärde som behandlar sjuksköterskan och medarbetaren. Tillsammans utgör de ramarna för en sjuksköterskas profession. Genom att ha ett öppet förhållningssätt, respektera allas olikheter, ge god vård grundat i alla människors lika värde och rättigheter oavsett kön, etnicitet, sexuell läggning, sjukdom eller andra skillnader, skall sjuksköterskan arbeta för att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening 2012, ss. 4-6).

Sjuksköterskan måste ta hänsyn till den unika individen som patienten med all dess erfarenhet, upplevelser och personlighet utgör. Att vårda på ett följsamt sätt är den vårdvetenskapliga grunden för ett professionellt vårdande. En patientfokuserad vård inkluderar allt som rör patienten och då bör sjuksköterskan inkludera de närstående i vårdandet. De närstående kan ofta utgöra en anledning till att patienten åter kan finna hälsa och livskvalitet, trots sjukdom (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 118-121).

Forskning genom Arnaert, Filtaeu och Sourial (2006, s. 138) har visat att patienter efter en stroke kan förändras både fysiskt och psykiskt, vilket även kan drabba hennes närstående. Hjärt- lungfonden (2012, ss. 32-34) beskriver att stora variationer av emotionella reaktioner kan uppstå efter en stroke. Dessa reaktioner kan vara förvirring, förtvivlan och aggressivitet, vilka kan gå ut över de närstående. Symptom som depression och ångest efter en stroke kan vara svåra att upptäcka, då de ofta kan vara förknippade med hjärnskadorna. Det är av stor vikt att sjuksköterskan är extra observant på detta, i synnerhet om patienten har talsvårigheter till följd av stroke, vilket kan göra det omöjligt för patienten att förmedla hur hon mår. Psykisk ohälsa kan te sig mer tabubelagt än vad fysisk ohälsa kan, vilket gör att det finns de som drar sig för att tala

om hur de mår. Detta gör det svårt för sjuksköterskor att uppmärksamma problemen och därmed kunna vidta åtgärder för att främja en bättre hälsa och minska lidandet hos patienten.

Wiklund (2003, s. 46) beskriver att när vårdvetenskapliga forskare talar om människan så beskrivs hon som en helhet av kropp själ och ande, en helhet vars delar inte kan skiljas åt och där samspelet mellan dessa alltid måste vara jämlikt. Sjuksköterskan måste aktivt reflektera kring men också respektera detta. De Man-van Ginkel, Gooskens, Hafsteinsdottir, Lindeman och Schuurmans (2010, ss. 3286-3287) menar genom sin forskning att sjuksköterskan måste ges möjlighet att ingripa för att minska risken för uppkomst av PSD, samt att kunna hjälpa att lindra, då depression efter stroke uppkommit.

När depression diagnostiseras behandlas den vanligtvis med antidepressiva läkemedel samt med psykoterapi. Det har visat sig att desto lindrigare depressionen är, desto bättre effekt av psykoterapi (Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården, 2004). Vidare menar De Man-van Ginkel et al. (2010, ss. 3286-3287) att först måste en god struktur för hur införandet av hjälpinsatser, som till exempel motiverande/stödande samtal, ska kunna fungera i den kliniska praxisen utan att inkräkta på den dagliga omvårdnaden. Området är komplext och behöver utvecklas genom mer forskning kring hur sjuksköterskan kan identifiera strokerelaterad depression och stödja hälsa hos denna patientgrupp.

PROBLEMFORMULERING

Sjuksköterskor är ålagda att arbeta utefter en vårdvetenskaplig grund och följer då ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Sjuksköterskan bör för att kunna arbeta utefter dessa riktlinjer berikas med ny kunskap genom att identifiera svagheter i sin kompetens inom det specifika området, för att kunna lindra lidande och främja hälsa. Efter att ha drabbats av stroke finns det en hög risk för att drabbas av depression och nedstämdhet, både på grund av hjärnskadan men också av den plötsligt förändrade livsvärlden. PSD är en vanlig komplikation i återhämtningen efter en stroke. Vården riktar stor del av strokerehabiliteringen i avseende på att återfå fysiska förmågor och att förebygga vidare komplikationer. Endast en liten del av resurserna riktas till att tillgodose patienternas psykiska välbefinnande. Få artiklar inom området finns där resultaten visar på tydliga svar kring hur sjuksköterskan kan förhålla sig till patienter som drabbas av PSD. Inte heller hur PSD bör identifieras, eller riktlinjer på hur sjuksköterskan bör förhålla sig till patienterna finns.

SYFTE

Syftet är att beskriva hur sjuksköterskan kan identifiera strokerelaterad depression samt att främja hälsa hos dessa patienter.

METOD

Litteratursökning

Författarna har valt att göra en litteraturstudie där både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderats. Författarna ville få en överblick kring tidigare forskning och påbörjade därför sökprocessen brett för att sedan vidareutveckla sökorden så att de mest relevanta artiklarna till studien kunde urskiljas. Författarna har valt att använda sig av databaserna CINAHL och PubMed, då dessa är specificerade på medicin och omvårdnad. CINAHL var den databasen som ansågs ha flest resultat som passade studien. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2000 och 2015, passa till studiens syfte samt vara vetenskapligt granskade. Detta för att kunna inkludera forskning i så brett perspektiv som möjligt, men även att kunna avgränsa så att forskning inte sågs vara för gammal, för att ge relevans till studien.

Den första sökningen genomfördes i CINAHL där sökorden *post*, *stroke* och *depression* användes. Sökningen resulterade i 91 artiklar. För att bryta ner fyndet lades sökordet *nursing* till, detta resulterade i tio artiklar där sex stycken genast kunde uteslutas genom att bakgrund, metod, syfte och resultat granskades i artiklarnas abstrakt. Fyra artiklar lästes igenom mer ingående och resulterade i fynd av två artiklar som var av relevans för studiens syfte.

Författarna ville finna artiklar som syftade till hur sjuksköterskan kan identifiera PSD och hur hon kan vara ett stöd för att främja patientens hälsa. För detta användes CINAHL och sökorden *post stroke*, *depression* och *identify*. Tio resultat påträffades varav fem uteslöts direkt. Fem abstrakt lästes igenom varvid två artiklar lästes noggrannare. Ingen av artiklarna passade till området hur sjuksköterskan kan identifiera PSD, dock var en av artiklarna passande till avsnittet kring närstående och tillföll underrubriken ”Sjuksköterskans ansvar att få med närstående i vårdandet”. Sökordet *identify* byttes ut till *nursing assessment* och en sökning i PubMed samt CINAHL gjordes. I PubMed resulterade sökningen i 23 fynd varvid 15 direkt valdes bort, i åtta av artiklarna lästes abstraktet och tre lästes igenom mer ingående, varvid en artikel passade till studien. Sökningen i CINAHL resulterade till 17 fynd där elva valdes bort direkt, sex abstrakt lästes igenom och två av dessa lästes igenom mer ingående. Båda artiklarna var relevanta för resultatets syfte.

Författarna ville få med mer om välmående i resultatet och valde sökorden *post stroke*, *depression* och *wellbeing*. Sökningen genomfördes både i CINAHL och PubMed och fann en respektive åtta artiklar. Artikel i CINAHL och fem av artiklarna i PubMed uteslöts omgående medan tre av artiklarnas abstrakt lästes igenom, varvid en av artiklarna sedan lästes igenom mer ingående och ansågs relevant till studien.

Författarna ville finna mer forskning kring patientens livskvalitet och hur de närstående kan påverkas av patientens förändrade livsvärld och eventuellt behov av socialt stöd. Utifrån att studera nyckelord i tidigare artiklar valde författarna *depression*, *social support*, *quality of life* och *stroke* och genomförde sökningen i CINAHL. 21 artiklar påträffades, 12 artiklar valdes bort direkt och i nio artiklar lästes abstraktet igenom. Vidare lästes fyra igenom mer noggrant och av dessa valdes en ut till studien.

Totalt resulterade litteratursökningen i åtta artiklar. I en av artiklarna citerade forskarna en annan artikel. Denna artikel ansågs ha relevans till studiens syfte och söktes vidare upp i CINAHL för att inkluderas i studiens resultat. Totalt återfanns nio artiklar som var av relevans för studiens syfte och resultat.

Litteraturanalys

Författarna har valt att använda sig av Axelssons (2012, ss. 212-214) metod för dataanalys. Författarna har först och främst läst artiklarna och vidare diskuterat hur artiklarna kan användas till studien. Analysen av den insamlade data bröts ner i mindre delar för att vidare återskapa en helhet igen och denna nya helhet utgör grunden för studiens resultat. Artiklar som fokuserat på liknande ämneskategorier valdes ut då det sågs ha relevans för studien. Vidare sorteras dessa funna delar in i kategorier i studien. Där efter lades kategorier som vidare ledde till underrubriker i resultatdelen in, det vill säga *Kan sjuksköterskan identifiera PSD?*, *Sjuksköterskans roll att främja hälsa vid PSD*, *Socialt stöd för att främja hälsa vid PSD* och *Sjuksköterskans ansvar att få med närstående i vårdandet*. Artiklarnas syfte, metod, urval och resultat lästes igenom noggrant och sammanställdes sedan i en överskådlig tabell (se bilaga 1).

RESULTAT

Kan sjuksköterskan identifiera PSD?

En Engelsk studie undersökte sjuksköterskors möjlighet att identifiera PSD hos patienter efter stroke med hjälp av screeninginstrumenten Geriatric mental state examination (GMS) och Montgomery-Asberg Depression rating scale (MADRS). GMS är ett instrument som med fördel används hos äldre för att kunna identifiera depression. Intervjuaren kan, genom att ställa strukturerade frågor, uppmärksamma tecken på depression. MADRS är ett självskattningsformulär där deltagaren själv får besvara frågorna i formuläret som sedan sammanställs och skattas av sjuksköterskan. 28 patienter som drabbats av stroke och som under sin vårdtid träffat både sjuksköterskor och psykiatriker var med i studien. Endast fem av deltagarna hade normal kommunikationsförmåga och sju stycken hade normal minnesfunktion. Psykiatrikern bedömde att det totalt var sju av deltagarna som var deprimerade. GMS delades ut till alla deltagarna och MADRS till 24 stycken. GMS visade att 12 var deprimerade och MADRS 13 stycken. Forskarna fann inga större skillnader mellan användningen av MADRS och GMS, dock kunde det fastställas att MADRS kunde användas snabbare av sjuksköterskor och var här lite mer effektivare i bedömningen (Baldwin, Connolly, Gibbon, Leathley, Lightbody, Jawaid, Sutton & Watkins 2007, ss. 509-510).

I en annan studie från Nederländerna undersöktes om PSD kunde identifieras redan de första veckorna efter stroke. Data samlades in från 410 strokedrabbade patienter. För att finna vilka bakomliggande risker som fanns för att drabbas av PSD undersöktes både sociala och stroke-relaterade faktorer, vaskulära sjukdomar, men även andra sjukdomar som tidigare depression och övriga psykiska sjukdomar. Även patienters brist på sociala kontakter och socialt stöd togs i beaktande. Det signifikanta sambandet som forskarna kunde identifiera var att de deltagare som tidigare drabbats av kardiovaskulär sjukdom, löpte större risk för att även drabbas av PSD. Det starkaste sambandet som kunde ses

som risk för att drabbas av PSD var depression och annan psykisk ohälsa. Även brist på socialt stöd visades ha ett samband med risken att drabbas av PSD (De Man-van Ginkel, Ettema, Grobbee, Hafsteinsdóttir, Lindeman & Schuurmans 2013, ss. 2443-2444).

Auton, Baldwin, Gibbon, Hamer, Leathley, Lightbody, Sutton, och Watkins (2007, ss. 599-600) har undersökt om screeninginstrumentet Signs of depression scale (SoDS) kan vara lämpligt för sjuksköterskor att använda sig av. Sjuksköterskan identifierar symtom utifrån instrumentets sex frågeställningar som besvaras ”ja/nej”. Frågeställningarna kan skattas av sjuksköterskan utan att patienten är direkt involverad. En psykiatriker bedömde 71 deltagare och 25 av dessa var deprimerade. Både vårdare och sjuksköterskor använde SoDS. Sjuksköterskorna identifierade 33 av de 71 patienter som deprimerade. Vårdarna undersökte endast 30 av deltagarna och bedömde 22 av dessa 30 patienter som deprimerade. Forskarna kom fram till att sjuksköterskorna inte var lika noggranna i bedömningen av formuläret som vårdarna var. Resultatet visade att eftersom många av patienterna hade problem med kommunikationen och kognitiv förmåga så fanns det svårigheter för sjuksköterskorna att göra en fullgod bedömning med denna typ av instrument. Dock kan instrumentet vara effektivt om patienterna har en normal fungerande kognitiv och kommunikativ förmåga.

Sjuksköterskans roll att främja hälsa vid PSD

De mest allvarliga följderna efter en stroke beskriver De weerd, Groneier, Rutgers och Van der Meer (2011, ss 1-2) är de fysiska och psykiska nedsättningar som kan påverka livskvaliteten negativt hos dessa patienter. De får medhåll av Cheng, Chuang, Lin, Hsu, Hsu och Huang (2010, s. 2753) som även de menar att livskvalitet inkluderar både fysisk och psykisk hälsa.

I en studie i Nederländerna konstaterades att för att gynna en god livskvalitet så bör det satsas på en god rehabilitering. För att kunna lindra ohälsa och lidande för patienten sågs behov av att kunna identifiera patienten i det kroniska stadiet efter stroke, då vården i det akuta stadiet främst inriktade sig till att diagnostisera och sedan rehabilitera. En av de avgörande faktorerna att ha i beaktande när det gäller att på ett gott sätt kunna vårda patienter som drabbats av stroke var att främja livskvalitet genom att skapa sig förståelse för vad som påverkar den (De weerd et al. 2011, ss 1-2). Tidigare studier visar att patienter som drabbats av stroke upplevde en signifikant påverkan på sin livskvalitet vilket gav skadliga effekter på hälsan både på lång och kort sikt (Cheng et al. 2010, s. 2753).

För att kunna få evidens för att stroke kan vara förknippat med livskvalitet användes i undersökningen, som utfördes i Taiwan, en skala som var riktad till att kunna utföras på strokepatienter. Quality of life index - strokeversionen (QLI) jämför fysisk funktion, andlig och psykisk hälsa samt social förmåga och familjesituation. Resultatet i studien tyder på att hög funktionell förmåga ger en bättre hälsa och livskvalitet. Den tydde även på att om patienten kände att hon kunde klara av saker, trots sina fysiska begränsningar, kunde hon se sin hälsa på ett annorlunda sätt, vilket kunde leda till en upplevelse av bättre livskvalitet. Funktionell förmåga kunde ses förknippat med en lägre risk att drabbas av PSD. Genom att mäta allmändaglig livsföring (ADL) i relation till fysiska skillnader med instrumentet Barthel index (BI) samt QLI kunde slutsatsen dras att

minskad fysisk förmåga bör öka risken för att drabbas av depression efter stroke (Cheng et al. 2010, s. 2755). Även Engedal et al. (2012, ss. 1731-1732) studie visar på detta samband. Minskad funktionell förmåga fick deltagarna att uppleva sig mer nedstämda och misslyckade med sig själva. Många av deltagarna upplevde sin tid i hemmet som isolerande på grund av att de inte klarade av att ta sig ut. Även Cheng et al. (2010, ss. 2756-2758) studie stödjer tanken att för att öka sin livskvalitet bör patienten lära sig att förhålla sig till sin nya situation och stöttas i att finna livslust.

I De weerd et al. (2011, ss. 3-5) studie var syftet att se hur många som ett år efter stroke led av depression samt att kunna se vad som påverkade deras hälsa. Forskarna använde sig av instrumentet BI för att kunna se vilken grad av funktionsnedsättning patienterna hade. Frågorna som ställdes var riktade för att kunna förstå hur självständiga patienterna var i de dagliga aktiviteterna. Measure health-related quality of life (HRQOL) användes för att kunna skatta fysisk funktion, psykisk nedsättning, känslomässiga rubbningar, smärta och social funktion. Även depression och ångestproblematik mättes i en särskild skala. Mer än hälften av patienterna var mindre engagerade i fysiska aktiviteter än de varit innan sin stroke, sju procent hade varit tvungna att helt sluta med sina fysiska aktiviteter. Deras värden på HRQOL-skalan var signifikant lägre, inte bara gällande fysisk nedsättning utan även psykisk nedsättning. Mental hälsa och social funktion var lägre skattat hos de som mer sällan var i kontakt med familj och vänner enligt samma skala. De weerd et al. (2011, ss. 3-5) menar vidare att de som inte led av depression och ångest hade betydligt bättre resultat på HRQOL-skalan gällande social funktion och psykisk hälsa. Då depression i allra högsta grad ses påverka hälsan efter stroke, måste det ses över vilka som drabbats och vad som påverkar. Rent generellt drabbas sex procent av invånarna i Nederländerna av depression. I denna studie visade det sig att 12,7 % drabbats av depression efter stroke, vilket ger evidens för att de som drabbas av stroke löper högre risk att drabbas av depression än andra. Summan av studiens resultat kunde härledas till att om depression behandlas tidigt, kan den fysiska rehabiliteringen få ett bättre resultat och därmed förbättras hälsan.

Socialt stöd för att främja hälsa vid PSD

Socialt stöd är en viktig men komplex del för att uppnå god hälsa. Detta menar Cheng et al. (2010, s. 2753) stödjer syftet med deras studie som riktar sig till att undersöka hur socialt stöd kan främja hälsa hos patienter som drabbats av depression efter stroke i Taiwan. Studien syftade även till att granska om socialt stöd är beroende av kön, typ av stroke och funktionella hinder beträffande PSD. Ikeda, Iso, Kawachi, Yamagishi, Inoue och Tsugane (2008, ss. 770-771) beskriver att en låg grad av socialt stöd ökar risken för dödlighet, försämrar sjukdomsprognos och kan fördröja rehabiliteringens resultat. Cheng et al. (2010, s. 2753) menar genom att citera Liebetrau, Steen och Skoog (2008, s. 2753) att depression kan leda till cerebrovaskulär sjukdom, alltså risk för ytterligare stroke, vilket Cheng et al. (2010, s. 2753) menar understryker vikten av att undersöka vad sjuksköterskan kan göra för att lindra depressionens djuphetsgrad, för att främja hälsa. Cheng et al. (2010, s. 2755) utförde sin forskning som en tvärsnittsstudie där deltagarna var tvungna att av läkare inom en vecka ha diagnostiserats med stroke. Av de 102 deltagarna som var mellan 32-90 år sågs närmare hälften ha tecken på depression. Forskarna använde sig av instrument för att mäta förmåga till daglig aktivitet och

skillnader hos patienternas funktioner. Frågor som innefattade känslor, empati, förtroende och kärlek ställdes till deltagarna. För att mäta patientens psykiska hälsa utfördes även mätning av hur djup eventuell depression var.

Som bland annat Billing, Franzén-Dahlin, Murray, Mårtensson, Näsman och Wredling (2006, s. 414) påvisar de också ett tydligt samband mellan en nedsatt ADL-förmåga och PSD. Cheng et al. (2010, ss. 2756-2758) visade att sambandet mellan god ADL och PSD spelar en stor roll för förbättrad livskvalitet. Vid ett upplevt adekvat stöd ökar upplevelsen av livskvalitet och en minskad grad av depression med förbättrad hälsa. Författarna kunde dock inte påvisa ett tydligt samband mellan socialt stöd och PSD, men eftersom osjälvständig ADL och PSD hade ett samband kunde ADL och PSD sammankopplas med socialt stöd. Vidare understryker forskarna i studien att den börda patienten upplever, till följd av stroke, innebär ett krav på ett socialt rikt liv, för att kunna utstå fysiska, psykiska och ekonomiska förluster.

Ikedal et al. (2008, ss. 170-171) uppmärksammar samma fenomen som Cheng et al. (2010, ss. 2756-2758) gjort i sin studie, nämligen att det efter en stroke visats vara en tillgång att uppleva gott socialt stöd för att orka ta sig vidare igenom förlusterna. För de patienter som inte hade ett socialt rikt liv var det sociala stöd som vården kunde bidra med en avgörande faktor för att kunna uppnå en bättre livskvalitet. Socialt stöd stödjer individens förmåga att lättare kunna acceptera sin bristande fysiska förmåga, vilket kan underlätta att utföra dagliga rutiner etcetera. Desto mer socialt stöd desto bättre progress i tillfrisknandet och i rehabiliteringen.

Då evidens stöder teorin att socialt stöd ökar möjligheten för en bättre livskvalitet hos de patienter som drabbats av depression efter stroke menar Engedal et al. (2011, s. 1731) att sjuksköterskor bör hitta adekvata strategier för att kunna erbjuda ett gott stöd. Då samband mellan social stöttning, PSD och livskvalitet kan konstateras, ger det indikation på att sjuksköterskor bör planera vårdåtgärder, utveckla specifika strokeprogram, utbilda vårdare och patienter för att kunna skapa en ändamålsenlig och effektiv rehabilitering. Engedal et al. (2011, s. 1731) menar vidare att patienter som drabbas av depressiva besvär efter stroke beskriver att de känner isolering trots att de befinner sig i sociala sammanhang, detta tros vara grundat i osäkerheten inför sin ”nya” kropp, som kunde ses utgöra ett hinder för att röra sig fritt. Även rädsla för att inte kunna besvara frågor om sin sjukdom utgjorde en känsla av utanförskap hos deltagarna i studien. Sjuksköterskan behöver ge tillit och minska oro och ångest hos patienterna för att de skall återfinna hopp och känna mening. Cheng et al. (2010, s. 2760) menar att sjuksköterskor kan förväntas inneha en medlande och följsam roll, speciellt i det tidiga stadiet efter stroke för att hjälpa patienten att förhålla sig till sin nya livssituation. Sjuksköterskor bör även säkra att ett socialt stöd finns tillgängligt för patienten, även efter utskrivning från sjukhus och rehabiliteringsavdelning.

Sjuksköterskans ansvar att få med närstående i vårdandet

Billing et al. (2006, ss. 413-415) studerade upplevelsen av livssituationen hos de närstående till patienter som drabbats av depression efter stroke. Syftet var att kunna identifiera närståendes livssituation i relation till patientens grad av depression, aggressivitet och eventuell personlighetsförändring, samt att identifiera den basala förmågan att kunna utföra daglig fysisk träning. Detta gjordes för att sjuksköterskan

skulle kunna identifiera behov av ytterligare hjälpresurser i hemmet. För att identifiera de patienter som upplevdes som personlighetsförändrade tillfrågades de närstående. Patienterna fick själva skatta vad de behövde hjälp med och vad de kunde klara själva. Forskarna intervjuade 71 patienter och dess närstående. Tre av fyra av patienterna bodde ihop med sin närstående och 60 % av de som vårdades i hemmet var helt beroende av hjälp från sin partner eller från annan familjemedlem. Studien visade en signifikant relation mellan depression och nedsatt funktionell förmåga. Den som hade en sämre funktionell förmåga och därmed hade ett behov av mer hjälp med ADL, låg i riskzonen för att drabbats av djup depression. Just korrelationen mellan en nedsatt ADL-förmåga hos patienten och en nedsatt fysisk förmåga, ökade de närståendes börda, vilket även beskrevs av De weerd et al. (2011, s. 5) som funnit att depression hade ett samband med nedsatt ADL-förmåga. Billing et al. (2006, ss. 413-415) beskriver fortsättningsvis att de kvinnliga närstående uttryckte att livet förändrats markant sedan deras partner drabbats av stroke, medan de manliga närstående inte upplevde samma signifikanta skillnad. Studien beskriver alltså att kvinnliga närstående upplevde en större börda som vårdare än vad manliga närstående gjorde. Det som sågs avgöra en stor del av upplevelsen av börda som vårdare var då den strokedrabbade sågs ha fått en personlighetsförändring som gav uttryck som aggressivitet, att patienten var i stort behov av assistans, samt graden av depression hos patienten.

Choi, Cho, Kim, Kim, Noh och Suh (2005, ss. 612-616) ville identifiera vad det var som de närstående ansåg påverka den psykiska hälsan i relation till att vårda en närstående som drabbats av depression efter stroke. I studien undersöktes både patienterna och vårdgivarna med instrument som syftar till att undersöka graden av depressiva besvär. Social Support Inventory for Stroke Survivors (SSISS) användes för att kunna besvara hur hjälpen upplevdes av patienterna. Även instrument som riktades till att undersöka patienternas förmåga att kunna sköta ADL användes samt identifiering av vilken grad av kognitiva svårigheter som patienten hade såsom motoriska och sensoriska nedsättningar, språk och talsvårigheter med flera. De närstående vårdgivarna deltog för att kunna identifiera sin upplevda påverkan av att ha blivit vårdare åt sin sjuka make/maka. Det som undersöktes var den upplevda tiden för egna intressen, socialt liv och övriga relationer, samt känslan av att inte räkna till. En deltagare beskrev:

”I feel guilty over my relationship with my relative” (Choi et al. 2003, s. 613).

Studien kunde inte påvisa att risken att drabbas av depression ökade för patienten om denne vårdades av make/maka eller av sina barn. Vårdgivarnas depressiva symptom kunde ses signifikant kopplat till patientens psykiska ohälsa. Trots det var känslan hos de närstående, gällande upplevd börda, inte relaterat till patientens depression och dess symptom. Upplevde patienten att vårdgivaren var stöttande kunde symptom och grad av depression minska (Choi et al. 2003, s. 615). Detta beskriver även De weerd et al. (2011, s. 3) då närmare en tredjedel av deltagarna såg ha färre besök av familj och närstående efter stroke. Minskad kontakt med närstående orsakade en nedstämdhet hos individerna och gjorde vardagen händelsefattigare. Orsaken till de minskade besöken behöver således inte bero på de närstående, utan sågs kunna ligga i faktorer som att patienterna mist sitt körkort efter stroke och att detta leder till minskad möjlighet att färdas längre sträckor. De patienter som träffade familj och vänner oftare hade, procentuellt, ett år efter stroke återhämtat sig bättre än de som hade sämre kontakt med

familj och närstående. Detta visar på hur betydelsefull familjen och vänner är för att patienter som drabbats av depression efter stroke skall kunna återfå en god hälsa. Även sjuksköterskan bör göra det hon kan för att främja den sociala kontakten med patientens närstående.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vald metod grundas i ambitionen att sammanställa den forskning som fanns för att skapa en helhetsbild av hur sjuksköterskan, i mötet med patient och närstående, kan främja hälsa hos patienter som drabbats av strokerelaterad depression. Valda sökord till studien har tagits fram genom att författarna analyserat kategorier i flertalet av de artiklar som påträffades i den första sökningen, då endast *post stroke* och *depression* användes. Positivt med detta anser författarna var att det gick att få en tydlig bild över vilken forskning kring PSD som fanns. Således kan det också finnas brister i detta, då många artiklar kan förbises genom att inte innehålla just sökorden *post stroke*, *depression*. Författarna anser dock att det breda sökresultatet kombinerat med övriga sökord som tillkom räcker för att studiens resultat skall vara relevant. De fynd som hittades i artiklarna, som kunde relateras till förbättrad hälsa, fick utgöra resultatets underrubriker. Få artiklar som svarade till studiens syfte, gällande sjuksköterskors möte med patienter som drabbats av PSD, kunde hittas. Författarna valde att fokusera på mer beforskade delar av ämnet, detta för att ge relevans till studiens resultat. Genom att författarna uteslöt artiklar kan mindre utforskade områden kring PSD ha missats, detta ser författarna som en brist.

Genom att granska artiklar som tidigare blivit granskade och publicerade i vetenskapligt syfte, anser författarna att dessa var tillförlitliga att använda sig av till studien. Författarna ser att det kan föreligga en risk för feltolkning av texterna i artiklarna som de granskat. Detta är en risk beroende av att varje enskild författare, gör sin tolkning ut efter sin förståelse. Då alla lästa artiklar publicerats på engelska, vilket inte är någon av författarnas modersmål, utgör även detta en risk för feltolkning. Författarna anser dock att risken för grova feltolkningar minimerats då artiklarna granskats av båda författarna, samt att då oklarheter angående textens innebörd funnits har utomstående person med engelska som modersmål tillfrågats för att ytterligare säkra studiens evidens.

Då forskningen inte är särskilt utvecklad kring ämnet PSD, så understryker många forskare i sina studier vikten av mer forskning kring området. Författarna har valt att ta med studier inom ett intervall på 15 år, detta för att säkra tillförlitligheten i studien. Således kan det dock finnas tidigare studier som inte kommer till kännedom kring området. Författarna anser att tidsintervallet sträcker sig tillräckligt långt tillbaka för att inte allt för många äldre studier skall ha missats, men även att forskningen inte är för gammal relaterat till området. För att kunna se likheter och skillnader nationellt och internationellt har författarna valt att granska artiklar från olika delar av världen.

Axelssons (2012, ss. 212-214) metod har använts för artikelgranskning. Författarna anser att varje enskild artikels resultat lyfts fram genom att plocka isär dessa i mindre

delar för att sedan skapa en ny helhet ut efter kategorier. Mallen som använts strukturerar även den tydligt upp det viktigaste i studierna och anses av författarna passas bäst till denna form av studie. Dock saknar mallen beskrivning av omvårdnadsteoretiska aspekter och detta kan ses som en brist. I det stora hela anser författarna att Axelssons (2012, ss. 212-214) mall är en tillförlitlig metod vid litteraturstudier.

Resultatdiskussion

Resultatet i studien visade att sjuksköterskan har en central roll i att identifiera patienter som visar tecken på PSD. Tidig identifikation av PSD kan lindra eventuell depression och förbättra hälsa, då omvårdnadsinsatser snabbare kan vidtas. Sjuksköterskan bör ha en närmare kontakt med patienten, då detta visades vara en faktor till att sjuksköterskor i mindre grad, jämfört med vårdare, kunde uppmärksamma förändrat mående hos patienten. Således är det av vikt att med väl fungerande screeninginstrument urskilja patientens subjektiva mående och koppla detta till tecken på depression. Socialt stöd visades ha en signifikant koppling med förbättrad hälsa. Sjuksköterskan bör ta tillvara på de förmågor patienten fortfarande har och motivera patienten till att träna upp dessa, då nedsatt fysisk aktivitet visades vara starkt förknippat med PSD. Närstående och vänner visade sig ha en betydelsefull roll för ett gott mående. Sjuksköterskan har en meningsfull roll i att försöka möjliggöra att familjerelationer och andra sociala relationer upprätthålls, då detta kan förbättra patientens hälsa. Att skapa sammanhang och mening för patienten, är det som författarna kan urskilja som de mest väsentliga i sjuksköterskors möte med patienter som drabbats av depression efter stroke.

Sjuksköterskans identifierande av strokerelaterad depression

Sjuksköterskan bör fånga upp patienter som eventuellt kan ligga i riskzonen för att drabbas av depression efter stroke. För att kunna se hur identifiering skulle kunna ske så undersöktes det om instrumentet MADRS skulle kunna användas av sjuksköterskor. Det bevisades att sjuksköterskor med fördel kunde använda sig av MADRS för identifiering av depression, då detta instrument visade sig vara tidseffektivt. Forskningen kring hur effektiv MADRS är specifikt för att identifiera PSD, behöver dock utvecklas ytterligare ansåg forskarna. Tidsbrist och stressiga arbetsförhållanden är en allmän problematik i vården och frågan som kan ställas är hur sjuksköterskorna skall hinna göra en ordentlig bedömning. Förslagsvis skulle en specifikt utsedd sjuksköterska kunna rikta in sig på att genomföra dessa bedömningar, så att övrig personal kan fortsätta att fokusera på andra arbetsuppgifter. Sjuksköterskan som utför bedömningarna blir då van vid att hantera instrumentet och borde i och med detta kunna utföra tillförlitliga bedömningar. Dock sågs risken att om endast *en* sjuksköterska ska bedöma alla patienter så finns det risk att hon inte kommer lika nära varje enskild patient. Patienten kanske då inte heller öppnar upp för en djupare dialog eller tar till sig betydelsefull information som kanske framkommit vid en mer nära relation. Detta kan då leda till att tecken på psykisk ohälsa förbises av sjuksköterskan. Vårdarna var en aning bättre på att identifiera PSD med screeninginstrumentet SoDS än vad sjuksköterskorna var. Detta kan bero på att vårdarna mötte patienterna mer nära och då fick en närmare relation som ledde till att förändringar lättare kunde urskiljas. Ett alternativ är att vårdarna gör bedömningar och i samråd med sjuksköterskan, kan

identifiera risker för PSD. Författarna till studien anser att sjuksköterskan bör involvera undersköterskor mer i det omvårdnadsspecifika arbetet och att de kanske även skulle kunna närvara till viss del i rondarbetet. Sjuksköterskan bör även eftersträva att skapa en närmare relation till patienterna. Arbetsgivarnas ansvar i att täcka upp med tillräckligt mycket personal för detta ändamål, anser författarna bör uppmärksammas. Sjukvården bör alltså finna en bättre struktur kring hur sjuksköterskorna skall arbeta närmare patienterna, samt utveckla riktlinjer och metoder för hur PSD skall kunna uppmärksammas.

Livskvalitet och vårdandet

I resultatet lades det fram evidens för att de patienter som sågs ha en nedsatt förmåga för att självständigt utföra ADL, låg i riskzonen för att drabbas av depression. Majoriteten av studierna beskrev även att nedsatt ADL-förmåga inte bara ökade risken att drabbas av depression utan även sågs påverka de närståendes börda. Även en försämrad fysisk förmåga sågs göra patienterna mer nedstämda och ökade risken för att drabbas av depression efter stroke. Däremot gjordes antagandet i en studie att nedsatt ADL-förmåga kunde ses som en följd av samsjukligheten hos patienterna. Vidare sågs inte heller ADL-förmåga ha ett signifikant samband med depressiva symptom, inte heller de närståendes upplevda börda sågs ha någon direkt koppling till patienternas psykiska hälsa. Författarna har noterat dessa motsägelser i studierna men anser att kvantitet bör kunna bidra till antagande att slutsats kan dras, det vill säga att en nedsatt fysisk förmåga bör kunna öka risken för att efter stroke drabbas av PSD och därmed försämrad hälsa.

Vidare beskrevs att en av de avgörande faktorerna för att kunna ge god vård var att främja livskvalitet för patienter som drabbats av stroke. För att kunna komma individen nära och för att förstå vad som ger livskvalitet, är det av nytta för sjuksköterskan att se patientens livsvärld. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 126-128) beskriver att för att kunna förstå vad som påverkar patienten måste sjuksköterskan kunna se patienten i hennes livssammanhang. Patientens livsvärld grundas av de erfarenheter och de upplevelser som hon bär med sig, vilket gör att alla patienter påverkas olika av sjukdom. För att patienten skall kunna uppleva god livskvalitet, så krävs att hon känner ett sammanhang och finner sig till rätta i sin livsvärld. För att kunna ge stöd till patienten där hon behöver stödet, måste sjuksköterskan alltså se hur sjukdom påverkar just den unika patienten. För att främja livskvalitet måste det stå klart vad livskvalitet innebär. World Health Organization (WHO) har tagit fram en internationell riktlinje för vad som inkluderas i livskvalitet:

”Quality of Life as individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment.” (WHO 1997, s. 1).

Sjuksköterskans ansvarar för att patienten ges möjlighet att sättas i ett sammanhang och uppleva mening i sin vardag. Sjuksköterskan bör således utforma patientens vårdplan

för att hjälpa denne med att sätta upp mål i sin rehabilitering och för att finna tillbaka till sitt sammanhang. Detta bör ske på ett följsamt och inlyssnande vis för att sjuksköterskan skall kunna identifiera skillnader i patientens hälsa.

Sociala relationer

Risken att drabbas av skadliga följder efter en stroke var starkt förknippat med social isolering. Hos de patienter där avsaknaden av en god kontakt med signifikanta andra, alltså en relation där känslor kunde få förmedlas, löpte en och en halv gång högre risk att drabbas av följsjukdom eller i värsta fall, ökad risk för död. Resultatet beskriver att om sjuksköterskan inte tar tecken på nedstämdhet på allvar, så kan nedstämdheten utvecklas till PSD. Foley, Salter och Teasell (2009, s. 617) beskriver att uppfattat socialt stöd underlättar depressionens svårighetsgrad och därmed förkortar vårdtiden för patienten. Stödet som eftersträvas kan vara emotionellt, lärande eller praktiskt, huvudsaken är att den riktas till att uppfylla ett syfte. Genom att sjuksköterskan stärker patienten att våga ta sig an utmaningar, så som att ta upp sociala kontakter, kan patienten lättare finna sig i sitt sammanhang. Därmed kan vårdtiden förkortas och patienten kan lättare finna livslust.

Konstaterande gjordes att många av de som drabbades av stroke inte längre fick besök lika ofta av sina närstående, vilket ledde till isolering. De som träffade sina närstående mer ofta hade en signifikant bättre hälsa ett år efter sin stroke. Vilket leder till att hemmet då blir den centrala plats som sjuksköterskan, tillsammans med andra vårdprofessioner, kan leda patienten till god hälsa genom rehabilitering och motivation. Vårdplaneringen bör således utformas så att patienten, till så stor del som möjligt, blir delaktig i stödinsatserna. Sjuksköterskan bör säkra ett socialt stöd för patienten så tidigt som möjligt efter en stroke, samt att se till att patienten har ett socialt nätverk efter utskrivning från vårdinrättningen. Då sjuksköterskan har ett övergripande omvårdnadsansvar måste hon prioritera att uppmuntra patienten till rehabilitering men hon måste även se till helheten, då detta visat sig påverka livskvalitet och således förbättrad hälsa.

Foley, Salter och Teasells (2009, ss. 618-623) beskriver betydelsen av socialt stöd, information och samordnad service för patienterna, samt i möjligaste mån, involverade de närstående i vårdandet. Genom att erbjuda information och känslomässigt stöd var målet att kunna utföra en så god utskrivningsplanering som möjligt samt att kunna erbjuda kommunala vårdinsatser om det fanns behov. Där resultat på den psykiska hälsa kunde ses, erbjöds social kontakt som inriktades för en vägledande och stöttande vård. Patienterna såg inte bara upplevda förbättring utav sin depression utan de visade även tecken på en förbättrad livskvalitet. Foley, Salter och Teasell (2009, ss. 618-623) menar vidare att det sociala stödet inte bara skulle kunna utgöras av de närstående, utan även av sjuksköterskor, socialarbetare och öppenvårdens personal, vilket skulle kunna ha samma potential att utgöra patientens sociala nätverk. Vidare beskrivs att det visades osäkert hur mycket engagemang som skulle krävas av sjuksköterskorna för att utgöra ett effektivt stöd till patienten. Sjuksköterskorna hade en vilja att upprätthålla en god kontakt med patienten, men tidsbrist utgjorde ett hinder för att detta skulle kunna genomföras. Dock beskrivs att i den akuta fasen efter en stroke kan intensiv terapi och för mycket social kontakt vara för uttröttande för patienten, vilket då blir en belastning

och inte ett stöd. I sjuksköterskans åtagande ingår att hon bör främja och aktivt ge stöd för att patienten ska kunna fortsätta med sina intressen. Genom att belysa de funktioner som patienten har och uppmuntra de framsteg patienten gör, kunna motivera patienten att upprätthålla de befintliga sociala kontakter som redan finns.

Närståendes delaktighet

Ofta utgör patientens närstående en stor del i vårdandet och kan vara de som är vårdare till sin make/maka. En patientfokuserad vård inkluderar, menar Dahlberg och Segesten (2010, ss. 118-121) allt som rör patienten och då bör sjuksköterskan inkludera de närstående i vårdandet, då det är en del av patientens livsvärld. De närstående kan ofta bidra till att patienten åter kan finna hälsa och livskvalitet, trots sjukdom. Vanhook (2009, s. 12) menar att för att sjuksköterskan ska kunna hjälpa patienter på bästa sätt måste hon ta hänsyn till patientens tidigare hälsosituation, familjeförhållanden, relationer till vänner och även funktion i sociala sammanhang. Sjuksköterskan måste förstå förhållandet mellan en individs etnicitet och dess syn på dess hälsa som också påverkar rehabiliteringen.

De närstående som vårdar en anhörig som drabbats av stroke löper större risk att själv drabbas av depression om patientens fysiska förmågor är nedsatta. Det är viktigt att som sjuksköterska ha denna kunskap med sig, då det är vanligt att de närstående drabbas av nedsatt psykisk hälsa. I studien sågs kvinnor i större utsträckning än männen som vårdade, uppleva vårdandet som en belastning. Detta fenomen tros vara beroende av att män oftare sågs ta in utomstående hjälp med till exempel hushållssysslor än vad de kvinnliga närstående gjorde. Om sjuksköterskan med sin kunskap och sin lyhördhet kan fånga upp även de närståendes hälsa, så kan hon uppmärksamma när de närståendes roll som vårdare blir för påfrestande för dem och då bör hon kunna vidta åtgärder för att stötta upp.

Förväntningar på de närståendes del i vårdandet skiljer sig markant mellan olika länder. Författarna menar att i Korea, där en av studierna utförts, så ses det som ett naturligt ansvar för varje familj att ta hand om sina sjuka i hemmet, detta i högre utsträckning än länder i till exempel Europa. Vilket skulle kunna förklara varför forskning i olika delar av världen på olika sätt beskriver de närståendes upplevelser av börda i vårdandet. Enligt Godwin, Ostwald, Cron och Wasserman (2013, s. 150) definieras ömsesidighet som förmågan för att vårdgivare och patient kunde känna tillfredsställelse när de vårdade och vårdades. Även kravet på att som vårdare känna uppskattning av den som tog emot vården var av vikt för att orka vara en god vårdare. I studien sågs patienternas depression öka efter 12 månader, medans vårdgivarnas tecken på depression istället minskade successivt. Dock sågs vårdgivarnas upplevelse av börda inte ut att minska. Efter ett år visade det sig att livskvalitet inom flera olika delar hade minskat markant för den strokedrabbade, både vad det gällde känslor, kommunikation och social delaktighet. Detta tyder på att livskvalitet överlag försämrats hos patienterna, vilket kan förklara de närståendes fortsatta upplevelse av börda. Godwin et al. (2013, s. 153) belyser vikten av att sjuksköterskor, för att öka sin kompetens inom området, strokerelaterad depression, ges möjlighet att både få kunskap om det akuta skedet och det kroniska stadiet efter en stroke. Denna kunskap ska hon kunna förmedla till patienten och dess närstående för att de själva ska kunna identifiera tecken på depression. Vanhook. (2009, s. 12) förklarar

att det är mycket mer än bara patientens nedsättningar som spelar in i familjens förändrade tillvaro. Många av de roller som tidigare funnits förändras och det kan vara stressande för familjen. Sjuksköterskan tillsammans med övriga vårdprofessioner måste skapa sig en övergripande förståelse för patientens livsvärld och kunna vara vägledande i de kriser som kan uppstå. Här anser författarna till studien att sjuksköterskan bör känna ansvar att ta sig an en mer framträdande roll i vårdandet för att underlätta för de närstående och därmed kunna främja patientens hälsa.

Sammanhang och mening

De specifika orsakerna som skapade lidande för patienterna sågs vara känslan av utanförskap, men framför allt upplevelsen av att kropp och intellekt var separerade från varandra efter stroke. Detta ledde till känslan av att vara fånge i sin egen kropp och inte längre finna sig i ett sammanhang. I resultatet belystes även patienternas känsla av misslyckande över att de inte längre kunde utföra saker som de tidigare klarat av. Att ständigt vara i behov av hjälp, fick dem att uppleva skam, vilket skapade ett lidande. Patienterna led även av känslan av att ha förlorat sig själv, grundat i att kroppen inte längre kunde utföra det hjärnan ville att den skulle göra. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 140-141) menar att en kroppslig förändring kommer att påverka känslan av vem man är. Detta kan efter en stroke ge patienten en upplevelse av att ha tappat sin identitet och med den sin självkänsla. Wiklund (2003, s. 111-113) beskriver skam som en produkt av att känna sig kränkt eller skändad. Detta kan vara av sjukdom betingat. Skam kan grunda sig av känslan av att inte räcka till och att inte duga.

Vanhook (2009, ss. 12-13) menar att rollfördelningen i både familjen och bland vänner förändras då vänner och bekanta nu kunde behöva hjälpa patienten och se patienten i ett utsatt och skört läge. Detta sågs också vara förknippat med skam och lidande för patienten. Wiklund (2003, s. 110) beskriver lidandet som en kamp. Kampen att kämpa för det goda, eller det friska. När människan kämpar för det goda, kämpar hon för livet och känslan av att leva som sig själv. Vanhook (2009, ss. 12-13) framhäver sjuksköterskans centrala funktion i att kunna se det friska hos patienten och uppmuntra dessa egenskaper, då detta kan lindra känslan av skam. Den sociala stöttningen från vården kan vara outhärlig, då personer i patientens närhet även de kan genomgå en livskris och vara oförmögna att ge det stöd som patienten behöver. Vilket ligger an på sjuksköterskan att kunna identifiera. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 90-91) menar att människan måste få känna att hon befinner sig i ett sammanhang där hon hittar sin roll och kan finna trygghet, vilket även inkluderar att finna sig i sitt sammanhang i relation med andra. Wiklund (2003, s. 82) beskriver att sjuksköterskan har till uppgift att stötta patienten för att lindra känslan av skam och lidande. Genom att involvera de närstående och se till patientens livsvärld, kan patienten ges möjlighet att finna trygghet och därmed åter kunna finna sig i sitt sammanhang.

SLUTSATSER

I studien framkom det att sjuksköterskor kan identifiera PSD med rätt typ av screeninginstrument. Dock måste hon vara medveten om att många instrument inte fungerar på patienter som drabbats av stroke, då de ofta har en nedsatt kognitiv förmåga

och instrumenten inte är utformade för dem. Vårdarna sågs vara bättre på att förstå patienterna, eftersom de ofta arbetar närmast patienten. Således bör även sjuksköterskan eftersträva att skapa en närmare relation till patienterna. Nedsatt fysisk förmåga kan öka risken för att efter stroke drabbas av PSD och därigenom även av försämrad hälsa. Sjuksköterskans roll bör då vara att motivera patienten att utföra fysiska aktiviteter, till exempel via träningsprogram. Även brist på socialt stöd sågs påverka patienternas livskvalitet negativt. Lågt socialt stöd sågs öka risken för cerebrovaskulär sjukdom, vilket alltså gav risk för ännu en stroke. Sjuksköterskans uppgift bör då vara att säkra ett socialt stöd för patienten, samt att belysa patientens framsteg och uppmuntra patienten att bibehålla de sociala kontakter hon redan har. För att främja livskvalitet hos patienten måste sjuksköterskan se till hela patientens livsvärld, som till stor del utgörs av de närstående. Sjuksköterskan måste då även se till de närståendes hälsa, för att uppmärksamma om de närstående kan behöva stöttning i vårdandet, då depression hos de närstående såg vara vanligt förekommande. Livskvalitet sågs ett år efter stroke, minska markant hos patienterna, vilket kan förklara de närståendes fortsatta börda, trots att de närstående efter ett år hade en förbättrad psykisk hälsa. Om sjuksköterskan i ett tidigt stadium kan uppmärksamma psykisk ohälsa hos patienten och därmed kunna lindra symtom, ger detta ett bättre resultat i patientens fysiska rehabilitering. Vilket minskar lidande och främjar hälsa.

Implikationer för vården

- Sjuksköterskan bör arbeta närmare patienten för att kunna se förändringar i patientens psykiska hälsa. Hon bör även, då hon själv är osäker, fråga undersköterskorna, då de ofta känner patienten bättre, om de kan se skillnader i patientens mående.
- Sjuksköterskan bör ha insikt i vilka faktorer som kan öka risken för PSD och därigenom kunna vara extra observanta i de fall det finns en riskfaktor, samt att förebygga dessa risker.
- Sjuksköterskan måste förstå vikten av att bjuda in de närstående i vårdandet och hitta strategier för att kunna få patienten att fortsätta med de sociala aktiviteter som hon tidigare deltagit i, då det ses spela en avgörande roll på patientens livskvalitet.

REFERENSER

Aben, I., Boreas, A., Bour, A., Crijns, H., Limburg, M., Rasquin, S., Strik, J. & Verhey, F. (2009). The symptomatology of post-stroke depression: comparison of stroke and myocardial infarction patients. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 24(10), ss. 1134-1142.

Arnaert, A., Filteau, N. & Sourial, R. (2006). Stroke patients in the acute care phase: role of hope in self-healing. *Holistic Nursing Practice*, 20(3), ss. 137-146.

Auton, M., Baldwin, R., Gibbon, B., Hamer, S., Leathley, M., Lightbody, C., Sutton, C. & Watkins, C. (2007). The use of nurses' and carers' observations in the identification of poststroke depression. *Journal Of Advanced Nursing*, 60(6), ss. 595-604.

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. (red) *Tillämpa kvalitativforskning inom hälso- och sjukvård*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Azzoni, A., Gainotti, G., Gasparini, F., Marra, C. & Razzano, C. (1997). Relation of lesion location to verbal and nonverbal mood measures in stroke patients. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, 28(11), ss. 2145-2149.

Baldwin, R., Connolly, M., Gibbon, B., Leathley, M., Lightbody, C., Jawaid, N., Sutton, C. & Watkins, C. (2007). Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. *Journal Of Advanced Nursing*, 57(5), ss. 505-512.

Billing, E., Franzén-Dahlin, A., Murray, V., Mårtensson, B., Näsman, P. & Wredling, R. (2006). Post-stroke depression - effect on the life situation of the significant other. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 20(4), ss. 412-416.

Bo, Norrving. (2015). *Stroke, akut*. Tillgänglig:
<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=323>[2015-03-30]

Cheng, P., Chuang, C., Lin, S., Hsu, M., Hsu, S. & Huang, C. (2010). Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(19/20), ss. 2752-2762.

Choi, H., Cho, N., Kim, I., Kim, K., Noh, S. & Suh, M. (2005). Caregiver's burden, depression and support as predictors of post-stroke depression: a cross-sectional survey. *International Journal Of Nursing Studies*, 42(6), ss. 611-618.s

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur.

De Man-van Ginkel, J., Ettema, R., Grobbee, D., Hafsteinsdóttir, T., Lindeman, E. & Schuurmans, M. (2013). In-Hospital Risk Prediction for Post-stroke Depression: Development and Validation of the Post-stroke Depression Prediction Scale. *Stroke*, 44(9), ss. 2441-2445.

De Man-van Ginkel, J., Gooskens, F., Hafsteinsdottir, T., Lindeman, S. & Schuurmans, M. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(23/24), ss. 3274-3290.

De weerd, L., Groneier, KH., Rutgers, WA. & Van der Meer, K. (2011). Perceived wellbeing of patients one year post stroke in general practice-recommendations for quality aftercare. *BMC Neurology*, 11(42), ss. 3274-3290.

Engedal, K., Kim, H., Kirkevold, M. & Kouwenhoven, S. (2012). 'Living a life in shades of grey': experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(8) ss. 1726-1737.

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. 4. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Foley, N., Salter, K. & Teasell, R. (2010). Social support interventions and mood status post stroke: a review. *International Journal Of Nursing Studies*, 47(5), ss. 616-625.

Godwin, K., Ostwald, S., Cron, S. & Wasserman, J. (2013). Long-term health-related quality of life of stroke survivors and their spousal caregivers. *Journal Of Neuroscience Nursing*, 45(3), ss. 147-154.

Hadidi, N., Lindquist, R. & Treat-Jacobson, D. (2009). Poststroke depression and functional outcome: a critical review of literature. *Heart & Lung*, 38(2), ss. 151-162.

Hjärt- Lungfonden. (2012). *Stroke- En skrift om slaganfall och TIA*. Stockholm: Hjärt- Lungfonden.

Ikeda, A., Iso, H., Kawachi, I., Yamagishi, K., Inoue, M. & Tsugane, S. (2008) Social support and stroke and coronary heart disease: the JPHC study cohorts II. *Stroke*, 39(3), ss. 768-775.

Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården. (2004). *Behandling av depression – frågor och svar*. Tillgänglig: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Ovrig/Behandling-av-depression/> [2015-05-29]

Läkemedelsverket (2014). *Läkemedelsboken 2014*. Elanders Sverige AB.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2015). *Strokevård*. Tillgänglig: <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Vardutbud/Strokevard/> [2015-05-12]

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2013). *Vårdkedjor*. Tillgänglig: <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Omraden/6/Verksamhetsomraden/Ambulanssjukvarde n/Forskning-och-Utveckling/Vardkedjor/> [2015-04-01]

Socialstyrelsen. (2009). *Nationella riktlinjer för strokevård – stöd för styrning och ledning*. Falun: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). *Nationel utvärdering - strokevård*. Västerås: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Stroke ökar i yngre medelåldern*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013mars/strokeokariyngremedelaldern> [2015-04-01]

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensksjuksköterskeförening.

Vanhook, P. (2009). The domains of stroke recovery: a synopsis of the literature. *Journal Of Neuroscience Nursing*, 41(1), ss. 6-17.

Världshälsoorganisationen [WHO]. (1997). WHOQOL: Measuring quality of life. Tillgänglig: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf [2015-05-11]

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

BILAGA 1

Studie	Syfte	Metod	Urval	Resultat
<p>Titel: The use of nurses' and carers' observations in the identification of poststroke depression.</p> <p>Författare: Auton, M., Baldwin, R., Gibbon, B., Hamer, S., Leathley, M., Lightbody, C., Sutton, C. & Watkins, C.</p> <p>Tidskrift: <i>Journal Of Advanced Nursing</i></p> <p>Årtal: 2007</p> <p>Land: England</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka riktigheten och användbarheten av screeninginstrumentet SoDS när det användes utav sjuksköterskor och vårdare för att upptäcka depression hos patienter som nyligen drabbats av stroke.</p>	<p>Semistrukturerad studie med screeninginstrument som metodologi.</p>	<p>Bekvämlighetsurval. Patienterna var strukturerat utvalda på ett sjukhus i England av en sjuksköterska. Sjuksköterskan besökte sjukhuset varannan vecka i tio månader. 71 patienter som diagnostiserats med akut stroke och var inneliggande samma dag som sjuksköterskan besökt sjukhuset var inkluderade.</p>	<p>Både vårdare och sjuksköterskor använde SoDS. Sjuksköterskorna identifierade 33/71 av patienterna som deprimerade. Vårdarna undersökte endast 30 av deltagarna och bedömde 22/30 som deprimerade. Forskarna kom fram till att sjuksköterskorna inte var lika noggranna i bedömningen av formuläret som vårdarna var. Eftersom många av patienterna hade problem med kommunikationen och kognitiv förmåga så fanns det svårigheter för sjuksköterskorna att göra en fullgod bedömning med denna typ av instrument.</p>
<p>Titel: Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection.</p> <p>Författare: Baldwin, R., Connolly, M., Gibbon, B., Leathley, M., Lightbody, C., Jawaid, N., Sutton, C. & Watkins, C</p> <p>Tidskrift: <i>JAN original research</i></p> <p>Årtal: 2006</p> <p>Land: England</p>	<p>Syftet med studien var att fastställa riktigheten i Geriatric Mental State Examination (GMS) och Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), när de administreras av en sjuksköterska, för att upptäcka depression hos patienter som nyligen har haft en stroke.</p>	<p>Tvärsnittsstudie, pilotstudie med semistrukturerat intervju i datainsamlingen.</p>	<p>28 patienter valdes ut till studien. Kriterierna var att försökspersonerna skulle ha drabbats av en stroke inom de senaste sex månaderna och legat på sjukhus i minst 14 dagar efter stroke. Ett annat kriterium var att patienten skulle möta både psykiatriker och sjuksköterska under sjukhusvistelsen.</p>	<p>Psykiatrikern bedömde att sju (25 %) av personerna i studien var deprimerade. GMS och MADRS delades ut till 100 % respektive 86 % av försökspersonerna och gav resultatet att 53 % respektive 43 % var deprimerade. MADRS resultat var mer likvärdigt med psykiatrikerens utlåtande och visar på att vara en bra skala att använda sig av. Dock behövs mer forskning kring området innan det går att bedöma om MADRS är effektivare än GMS.</p>
<p>Titel: Post-stroke depression - effect on the life situation of the significant other.</p> <p>Författare: Billing, E., Franzén-Dahlin, A., Murray, V., Mårtensson, B., Näsman, P. &</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva livssituationen hos närstående till patienter som drabbats av PSD och att identifiera vilka samband det fanns mellan den</p>	<p>Randomiserad dubbelblind studie.</p>	<p>71 av 123 patienter var utvalda till studien. Patienterna fick delta om de hade närstående och om de närstående godkänt deltagande. Depression hos strokepatienterna</p>	<p>Av de 71 deltagande patienterna var det nästintill likvärdig uppdelning mellan kvinnor och män. Majoriteten av de närstående var make/maka eller barn till patienten. 75 % av</p>

<p>Wredling, R. Tidskrift: <i>Scandinavian Journal Of Caring Sciences.</i> Årtal: 2006 Land: Sverige</p>	<p>närståendes livssituation och patientens karaktär.</p>		<p>var diagnostiserat med MADRS och depressionskriterier via DSM-IV.</p>	<p>deltagarna levde hemma. De deltagarna som hade bättre funktionell förmåga hade även bättre psykisk hälsa. Närstående till de manliga patienterna upplevde i större grad en påverkan på deras livssituation än närstående till kvinnliga patienterna gjorde. De kvinnliga patienterna upplevdes mer personlighetsförändrade än de manliga. Desto mer assistans patienterna behövde från närstående, desto mer upplevde närstående en påverkan på deras livssituation.</p>
<p>Titel: Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke. Författare: Cheng, P., Chuang, C., Lin, S., Hsu, M., Hsu, S. & Huang, C. Tidskrift: <i>Journal Of Clinical Nursing.</i> Årtal: 2010 Land: Taiwan</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka sambandet mellan socialt stöd, PSD och livskvalitet hos patienter som drabbas av ischemisk stroke för första gången. Forskarna undersökte även närmare inverkan av socialt stöd och PSD och påverkan på livskvalitet.</p>	<p>Intervjustudie där deltagarna bedömdes med olika skalor som vidare testades och bekräftades genom användning av strukturella ekvationer och variabler.</p>	<p>102 patienter rekryterades från ett sjukhus i Taiwan. Fyra olika skalor användes för att finna samband mellan patienternas behov av socialt stöd vid PSD och påverkan på livskvalitet.</p>	<p>Majoriteten av deltagarna upplevde sig deprimerade. Ett samband mellan minskad fysisk förmåga och nedstämdhet påträffades. Nedstämdhet hade en signifikant påverkan av livskvalitet och hälsa. Ökat socialt stöd till deltagarna hade goda effekter på livskvalitet och hälsa.</p>
<p>Titel: Caregiver's burden, depression and support as predictors of post-stroke depression: a cross-sectional survey. Författare: Choi, H., Cho, N., Kim, I., Kim, K., Noh, S. & Suh, M. Tidskrift: <i>International Journal Of Nursing Studies</i> Årtal: 2005 Land: Korea</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka vårdgivarnas börda, depression och social stöd vid PSD.</p>	<p>Tvärsnittstudie där data samlats in från 225 patienter och dess vårdare vid tre olika sjukhus i Korea.</p>	<p>225 patienter och deras vårdare deltog i studien. Deltagarna var tvungna att vårdats i minst sex månader utanför sjukhuset och fick inte lida av en nedsättning som krävde konstant hjälp. Vårdarna var personer som stod utanför vanlig sjukvård och var obetalda.</p>	<p>Vårdgivarnas depressiva symptom kunde ses signifikant kopplat till patientens psykiska ohälsa. Trots det var känslan hos de närstående gällande upplevd börda inte relaterat till patientens depression och dess symptom. Upplevde patienten att vårdgivaren var stöttande kunde symptom och grad av depression minska</p>
<p>Titel: In-Hospital Risk Prediction for Post-stroke Depression: Development and Validation of the Post-stroke Depression</p>	<p>Syftet med studien var att utvecklas instrumentet Post-stroke Depression PredictionScale för att så tidigt som möjligt kunna</p>	<p>Longitudinell observationsstudie.</p>	<p>Data samlades in från 410 stroke-drabbade patienter på tre sjukhus i Nederländerna under de första veckorna efter sin</p>	<p>Det signifikanta sambandet som forskarna kunde identifiera var att de deltagare som tidigare drabbats av kardiovaskulär sjukdom löpte större risk för att</p>

<p>Prediction Scale. Författare: De Man- van Ginkel, J., Ettema, R., Grobbee, D., Hafsteinsdóttir, T., Lindeman, E. & Schuurmans, M. Tidskrift: <i>Stroke – AHA journals</i> Årtal: 2013 Land: Nederländerna</p>	<p>identifiera PSD inom sjukhusvården.</p>		<p>stroke. Sex till åtta veckor efter stroke n intervjuades patienterna med ett instrument för att identifiera depression.</p>	<p>även drabbas av PSD. Det starkaste sambandet som kunde ses som risk för att drabbas av PSD var depression och annan psykisk ohälsa. Även brist på socialt stöd visades ha ett samband med risken att drabbas av PSD.</p>
<p>Titel: Perceived wellbeing of patients one year post stroke in general practice-recommendations for quality aftercare. Författare: De weerd, L., Groneier, KH., Rutgers, WA. & Van der Meer, K. Tidskrift: <i>BMC Neurology</i>. Årtal: 2011 Land: Nederländerna</p>	<p>Syftet med denna studie är att undersöka välbefinnandet hos patienter som återvänt hem omedelbart efter utskrivningen från sjukhuset, ett år efter stroke, jämfört med den allmänna holländska befolkningen i samma ålder och att fastställa faktorer som kan påverka välbefinnandet.</p>	<p>Djupintervjuer i hemmet ett år efter stroke.</p>	<p>Rekryteringen av deltagare pågick på ett sjukhus i Nederländerna mellan november 2006 till 2007. 244 patienter som var över 65 år och drabbats av ischemisk stroke inkluderades.</p>	<p>För att kunna lindra ohälsa och lidande för patienten sågs behov av att kunna identifiera patienten i det kroniska stadiet efter stroke, då vården i det akuta stadiet inriktar sig främst till att diagnostisera och sedan rehabilitera. Mer än hälften av patienterna var mindre engagerade i fysiska aktiviteter än de varit innan sin stroke, Sju procent hade varit tvungna att helt sluta med sina fysiska aktiviteter. Deras värden på HRQOL-skalan var signifikant lägre, inte bara gällande fysisk nedsättning utan även psykisk nedsättning. Mental hälsa och social funktion var lägre skattat hos de som mer sällan var i kontakt med familj och vänner enligt samma skala.</p>
<p>Titel: Living a life in shades of grey: experiencing depressive symptoms in the acute phase after stroke. Författare: Engedal, K., Kim, H., Kirkevold, M. & Kouwenhoven, S. Tidskrift: <i>Journal of advanced nursing</i>. Årtal: 2012 Land: Norge</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva upplevda erfarenheter av personer som drabbats av stroke och befann sig i det akuta skedet.</p>	<p>Kvalitativ studie som grundas i en hermeneutisk och fenomenologisk metodologi. En beskrivande kvalitativ design. Data samlades in genom djupintervjuer från nio deltagare.</p>	<p>nio deltagare blev rekryterade från en rehabiliteringsenhet i Norge. Kriteriet var att de skulle ha haft en stroke för första gången samt fick ett resultat på 14 och högre på mätinstrumentet The Beck Depression Inventory som mäter depressionsnivå.</p>	<p>Förlust av energi, koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter och aptitförlust var mer vanliga symtom som deltagarna visade. Att känna sig instängd upplevdes som en svårighet. Funktionsnedsättningen var ett hinder i vardagen och fick deltagarna att uppleva sig fångna i sig själva och isolerade från omvärlden. Förlora sig själv var ett annat tema som togs upp där deltagarna beskrev sig som "mindre personer" då</p>

				<p> dessa upplevde sin nya livssituation vara mindre givande. Trötthet togs upp som ett stort problem och påverkar deltagarnas livskvalitet.</p>
<p>Titel: Social support and stroke and coronary heart disease: the JPHC study cohorts II. Författare: Ikeda, A., Iso, H., Kawachi, I., Yamagishi, K., Inoue, M. & Tsugane, S. Tidskrift: <i>Stroke – AHA journals</i> Årtal: 2008 Land: Japan</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka vilken inverkan socialt stöd kunde ha för att minska dödligheten hos patienter med hjärtsjukdom eller stroke.</p>	<p>Prospektiv kohorstudie med frågeformulär i datainsamling.</p>	<p>Insjuknande och dödlighet av 44 152 japanska män och kvinnor i åldern 40-69 år, utan tidigare diagnos av cancer och hjärt-kärlsjukdom. Totalt 301 fall av nydiagnostiserad kranskärlssjukdom och i 1057 i stroke samt 191 döda i hjärtsjukdomar och 327 döda i stroke, inträffade mellan (1993-1994) och följdes upp till januari 2004 ut efter frågeformulär deltagarna hade fått fylla i .</p>	<p>En låg grad av socialt stöd ökar risken för dödlighet, försämrar sjukdomsprognos och kan fördröja rehabiliteringens resultat. Gott socialt stöd är av godo för att orka ta sig vidare igenom förlusterna av de kroppsliga funktionerna. Risken att drabbas av skadliga följder efter en stroke var starkt förknippat med social isolering. Hos de patienter där avsaknaden av en god kontakt med en signifikant andre, löpte 1,6 gånger högre risk att drabbas av följsjukdom eller i värsta fall, ökad risk för död.</p>