



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

POST-STROKE DEPRESSION

**HUR SJUKSKÖTERS KOR KAN IDENTIFIERA
TIDIGA TECKEN PÅ DEPRESSION HOS
PATIENTER SOM ÖVERLEVT STROKE**

**NINA ALBERTSSON
MAGNUS ROSBERG**

*Godkänt
2/6-08
Ania Willman*

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp

VO 1309

**sjuksköterskeprogrammet
MAJ 2008**

ANIA WILLMAN

HELENE JOHNSON

**Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona**

POST-STROKE DEPRESSION

HUR SJUKSKÖTERS KOR KAN IDENTIFIERA TIDIGA TECKEN PÅ DEPRESSION HOS PATIENTER SOM ÖVERLEVT STROKE?

NINA ALBERTSSON

MAGNUS ROSBERG

Albertsson, N & Rosberg, M. Hur sjuksköterskor kan identifiera tidiga tecken på depression hos patienter som överlevt stroke? *Examensarbete i vårdvetenskap, 15 högskolepoäng.*

Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa, 2008.

ABSTRAKT

Bakgrund: Stroke är en av de mest förekommande sjukdomarna i västvärlden och innefattar en stor grupp patienter. Poststroke depression är den vanligaste komplikationen efter insjuknande i stroke och är underbehandlat och underdiagnostiserat. **Syftet** med studien var att undersöka hur sjuksköterskor kan identifiera tidiga tecken på depression hos patienter som överlevt stroke. **Metoden** som vi använt är en litteraturstudie med artikelgranskning. Analysen vi använt oss av är en innehållsanalys baserad på Graneheim och Lundmans (2003) beskrivning.

Resultatet visade att sjuksköterskor med hjälp av sina observationer, kunskap, bra fungerande kommunikation, ett nära förhållande mellan sjuksköterskor, patienter och deras anhöriga kan upptäcka tidiga tecken på depression hos patienter som överlevt stroke. Det finns också olika diagnostiska skalor och screening verktyg som kan vara sjuksköterskan till hjälp vid identifiering av tidiga tecken på depression. **Slutsatser:** Vi fann att sjuksköterskor är förmögna att upptäcka tidiga tecken på depression hos patienter som överlevt stroke genom god interaktion, kommunikation och iakttagelseförmåga, men att det krävs mer kunskap, tid och resurser för att uppnå det bästa resultatet.

Nyckelord: care, cerebrovascular accident, communication, depression, nurse-patient interaction, nurses, nursing, post-stroke depression, stroke.

BAKGRUND.....	4
___Stroke.....	4
___Post- stroke depression	5
___Kommunikation mellan sjuksköterskor och patienter	6
___Interaktion mellan sjuksköterskor och patienter	7
___Sjuksköterskors iakttagelseförmåga	7
___Vikten av tidig upptäckt av PSD.....	8
___Teoretisk referensram	8
SYFTE	9
METOD	9
___Datainsamling och Urval	9
___Analys	11
RESULTAT	12
___Sjuksköterskans iakttagelseförmåga	12
___Sjuksköterskor kan identifiera PSD genom god kommunikation.....	13
___Interaktion mellan sjuksköterska och patient.....	14
___Hjälpande faktorer för sjuksköterskor vid identifiering av depression.....	15
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	17
SLUTSATS.....	19
LITTERATURLISTA	21
BILAGEFÖRTECKNING.....	25

BAKGRUND

Stroke

Stroke är en mycket vanlig sjukdom inom hälso- och sjukvården i Sverige och innefattar en stor grupp patienter. Varje år drabbas omkring 30 000 svenskar av stroke. Många av dem utvecklar allvarliga följder och en av de mest förekommande är depression. Under det första året efter stroke har mer än var tredje individ som överlevt stroke drabbats av depression (Engström, Nilsson & Willman, 2005).

Det finns många olika definitioner på stroke. Socialstyrelsen definierar stroke som en *"Hastigt påkommande tecken till fokala eller globala neurologiska bortfallssymtom som varat längre än 24 timmar eller lett till döden dessförinnan med säkerställd eller förmodad vaskulär genes."* (Socialstyrelsen: 1997, s. 30) Samtidigt definierar World Health Organization (2008b) stroke som en snabbt påkommande fokal störning av hjärnans funktion med symtom som varar minst 24 timmar eller leder till döden, där orsaken inte uppenbarligen är annan än vaskulär. En stroke är en rubbning i blodtillförseln till hjärnan, vanligtvis orsakat av ett brutet blodkärl i hjärnan (ischemisk stroke) eller en blodpropp som blockerar blodflödet (hemorragisk stroke). Detta skär av tillförseln av syre och näringsämnen till hjärnan och orsakar skador på hjärnvävnaden. Enligt Hedner (2004) orsakas ca 85 procent av sjukdomen av ett relativt eller totalt stopp i någon av hjärnans artärer, 10 procent orsakas av en blödning ut i hjärnvävnaden och ca 5 procent beror på subarachnoidalblödning.

Enligt Hedner (2004) finns det fem stora riskfaktorer som har speciell betydelse för insjuknande i stroke. Dessa faktorer är hypertoni, rökning, diabetes, förmaksflimmer och aterosclerotisk karotisstenos. Farrell (2004) menar att ålder, hjärtsjukdomar, överkonsumtion av alkohol, narkotikamissbruk också ökar riskerna för insjuknande i stroke.

Enligt Aquilonius (2000) är stroke en av de somatiska sjukdomar som har flest vård dagar på sjukhus. Antalet personer som insjuknar i stroke ökar på grund av att antalet äldre i landet ökar. Incidensen är 25-40 procent högre hos män än kvinnor och medelåldern vid insjuknande i Sverige ligger på 75 år men även yngre personer kan drabbas och 20 procent får stroke redan vid 65 års ålder (a a). Det är den gruppen som ökar mest (Socialstyrelsen, 2000).

Strokerelaterade sjukdomar är en av de vanligaste dödsorsakerna i västvärlden idag och i Sverige drabbas ca 30 000 människor varje år varav ca 10 000 avlider i sin sjukdom (Hamilton, 2000). Ericson och Ericson, (2002) påpekar dock att dödligheten i stroke har minskat kraftigt under senaste åren på grund av förbättrad akut medicinsk vård och specifik omvårdnad. Antalet patienter med svåra handikapp har också minskat efter stroke på grund av en aktiv rehabilitering (a a). För patienter som överlevt stroke finns det speciella vårdavdelningar som kallas strokeenheter. Här finns specialutbildad personal så som läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped, kurator, psykiater, psykolog och dietist (Socialstyrelsen, 2000). På en strokeenhet är antalet dödsfall och utskrivningar till vårdboende 15 procent lägre än en vanlig avdelning. År 1998 hade 70 procent av

Sveriges akutsjukhus en strokeenhet. På dessa strokeenheter vårdades 70 procent av patienterna som överlevt stroke (Socialstyrelsen, 2000).

Post- stroke depression

WHO (2008a) definierar depression som en vanlig mental störning vilken karaktäriseras av nedstämdhet, brist på engagemang och välbefinnande, känsla av skuld eller låg självkänsla, sömnsvårigheter, aptitstörningar, orkeslöshet och dålig koncentration (a a). Stroke är uppenbart en riskfaktor för depression och PSD skiljer sig inte från en egentlig depression eller depression som följer andra sjukdomar (Narushima och Robinson, 2002).

Engström et al. (2005) menar att insjukna i stroke kan innebära en livskris som är unik för varje enskild person. PSD är en av de mest förekommande psykiska störningar efter stroke som försämrar livskvalitet hos de insjuknande och kan öka dödligheten (Gaete & Bogousslavsky, 2008). Herrmann, Black, Lawrence, Szekely och Szalai (1998) konstaterar att depression som följer stroke är ett vanligt och allvarligt problem som påverkar behandling och rehabilitering. House, Dennis, Mogridge, Warlow, Hawton och Jones (1991) menar att depressiva symtom efter stroke minskar med tiden medan Robinson, Balduc och Price (1987) skriver att PSD i 80 procent av fallen debuterar kort tid efter insjuknandet i stroke men att effekterna oftast blir långvariga. Ungefär 20- 30 procent av strokepatienterna uppvisar depressiva symtom mellan 3 till 12 månader efter insjuknandet (a a). Enligt House (1987) är prevalensen av PSD mycket omdiskuterad och varierar mellan 18 till 61 procent hos patienter som överlevt stroke. Nästan trettio år senare uppger Singh, Black, Herrmann, Leibovitch, Ebert, Lawrence och Szalai (2000) att 18 till 78 procent av dem som insjuknar i stroke fortfarande insjuknar i PSD. Williams, Kroenke, Bakas, Plue, Brizendine, Tu och Hendrie (2007) visar i sin studie att efter 12 månader av post-stroke depression upplever 59 procent av männen och 30 procent av kvinnorna att de fortfarande är deprimerade (a a). Dessa siffror visar att efter trettio års forskning i ämnet har antalet patienter som insjuknat i PSD inte påverkats nämnvärt.

Enligt Burvill, Johnson, Jamrozik, Anderson och Stewart-Wynne (1997) finns det flera riskfaktorer för depression efter stroke: otillräckligt socialt stöd, förändring i patienternas roll i samhället, ett beroende av andra människor och en tidigare förekomst av depression och ångest. Den största skillnaden mellan de patienter som insjuknat i PSD och de som klarat sig är att de deprimerade hade högre alkoholkonsumtion pre- stroke, högre grad av fysisk funktionsnedsättning. Det var också större sannolikhet att de deprimerade patienterna bodde på särskilda boenden. Ålder, kön, utbildningsgrad och civiltillstånd har inte visat sig innebära någon högre risk att insjukna i PSD (a a).

Förekomsten av PSD beror mycket på vilken av del av hjärnan som skadas vid stroke. Patienter som fått skadan i främre regionen av vänstra hjärnhalvan löper högre risk att insjukna i PSD (Burvill et al, 1997). Enligt Piuva, Gönquist och Söderlund (2000) kan flera andra funktioner hämmas. Det kan yttra sig i förlångsamt tal och rörelseförmåga, ansiktsmimiken kan vara utslätad och mag- och tarmfunktionen blir störd. Äldre personer är känsligare än yngre för den påfrestningen som depression innebär för kroppen. Äldre människor som av olika skäl drabbas av depression tillhör

de mest utsatta människorna i vården och kraven på omvårdnad om dessa äldre ökar konstant (a a). Farrell (2004) påpekar också att depression hos äldre brukar bli svårare och mer långvarig än depression hos yngre. Äldre har lättare att få återfall och perioderna mellan återfall är kortare än hos yngre. Minskad inlärnings- och språkförmåga, försämring av minnet tillhör oftast stigande ålder. Vid en depression blir dessa funktioner ytterligare försämrade och kan till och med försvinna helt (a a). Symtomen på depression kommer smygande under lång tid, och kan visa sig som ångest, viktminskning, ängslighet, nedstämdhet, apati, kraftig oro och panikkänslor. En depression hos äldre leder regelmässigt till en viss sänkning av de intellektuella förmågorna och ibland är denna sänkning så kraftig att omgivningen misstänker demens (Socialstyrelsen, 1997).

De psykiska symptomen hos personer som överlevt stroke har en tendens att förbises av sjuksköterskor eftersom stroke först och främst är en allvarlig somatisk sjukdom. Detta är ett stort omvårdnadsproblem eftersom obehandlad depression kan leda till lidande hos patienter, hämmad återhämtning och rehabilitering, förlängda vårdtider, samt ökad dödlighet. Sjuksköterskor har kontinuerlig kontakt med patienter som överlevt stroke och har stora möjligheter att upptäcka en begynnande depression och inte bara se de somatiska konsekvenserna av sjukdomen stroke. Aben, Verhey och Strik (2003) understryker att PSD är underdiagnostiserat och underbehandlat och bidrar till kognitiva nedsättningar som minskar patienternas livskvalitet och ökar dödligheten.

Det finns olika screening verktyg och diagnostiska skalor som kan underlätta upptäckt av PSD. Geriatric Mental State (GMS) är ett standardiserat diagnostiskt intervjuformulär som är strukturerat för att undersöka mental status hos äldre patienter. Med GMS kan sjukvårdspersonal klassificera patienter baserat på symtom och dessutom följa utvecklingen hos patienten över tid. GMS har visat sig vara ett pålitligt verktyg att använda och att de kortare standardiserade formulärens kan användas av sjuksköterskor med gott resultat (Geriatric Mental State Resource Center, 2007). Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) är ett screening verktyg i intervjuform som kan göras av sjuksköterskor. Den visar förändringar i symtombilden genom sjuksköterskors observationer (Montgomery & Åsberg, 1979). Signs of Depression Scale (SODS) är enligt Hammond, O'Keefe och Barer (2000) ett säkert observationsbaserat screening verktyg som används specifikt för att identifiera tidiga tecken på depression inom geriatriken. Den har sex olika poster som fylls i av sjuksköterskorna (a a). Tyvärr används inte dessa verktyg av sjuksköterskor även om de hade underlättat omvårdnaden av patienter som överlevt stroke.

Kommunikation mellan sjuksköterskor och patienter

Många patienter som överlevt stroke befinner sig i ett kristillstånd, vilket påverkar deras förmåga att ta till sig och komma ihåg information (Almås, 2002). Därför måste sjuksköterskor ta hänsyn till patientens egen upplevelse och problemformulering, samt vilken förmåga patienten har att ta in och bearbeta informationen som ges. Sjuksköterskan måste ge ett individuellt anpassat stöd i form av samtal, information och utbildning till personer som överlevt stroke. Detta kan bidra till att den förändring som insjuknandet innebär upplevs som överkomlig och möjlig (Engström et al.

2005).

Hård af Segerstad (2002) skriver att ordet kommunikation betyder ”gemensam” och kommer från latinets ”communis”. Kommunikation innebär att göra något gemensamt som att dela något med någon och att utbyta erfarenheter, iakttagelser, tankar och reflektioner. Kommunikation i vården är oftast samtal mellan två eller flera personer t.ex. mellan sjuksköterskor och patienter (a a).

Eide och Eide (2007) menar att kommunikationen spelar en stor roll när sjuksköterskor ska förstå och möta patienters behov och hjälpa dem att hantera sin sjukdom. Detta förutsätter att sjuksköterskan utvecklar speciell förmåga och färdighet. Att lyssna aktivt innebär att sjuksköterskor fokuserar uppmärksamheten på patienter och därefter följer upp det med uppmuntran, stöd, frågor och kommentarer samt icke verbal kommunikation i form av ögonkontakt, kroppshållning och fysisk beröring (a a). Enligt Sahlsten, Larsson, Lindencrona och Plos (2005) betyder kommunikation att förstå och göra sig förstådd vilket är nödvändigt för sjuksköterskor för att kunna etablera ett fungerande förhållande till patienter. När patienter är oförmögna att uttrycka sig själva måste sjuksköterskor använda sig av kroppsspråk och ögonkontakt för att skapa kontakt i omvårdnaden (a a).

Om en bra kommunikation mellan sjuksköterskor och patienter som överlevt stroke saknas blir det svårt för sjuksköterskor att se förändringar som kan indikera att patienterna har börjat utveckla PSD.

Interaktion mellan sjuksköterskor och patienter

Interaktion är den relation som uppstår när personer möts (Kihlgren, Johansson, Engström & Ekman, 2000). Enligt Kihlgren et al. (2000) är det svårt för sjuksköterskor att uppnå en omvårdnadsrelation av hög kvalitet eftersom sjuksköterskor inte endast ska utföra olika omvårdnadsåtgärder. Patienternas upplevelser av trygghet och välbefinnande måste stödjas av sjuksköterskorna genom ett väl fungerande samspel. När interaktionen mellan sjuksköterskor och patienter fungerar bra finns det möjligheter att skapa omvårdnadssituationer med bra resultat. När interaktionen är som bäst känner både sjuksköterskor och patienter närhet, samhörighet och öppenhet mot varandra (a a). Enligt Wiklund (2003) är ett fungerande samspel mellan sjuksköterskor och patienter en förutsättning för en fungerande omvårdnadsprocess. Utan interaktion reduceras omvårdnaden till ett mekaniskt utförande av arbetsuppgifter. I interaktionen mellan sjuksköterska och patient skapas möjligheter för patienten att uttrycka såväl begär som behov och problem (a a). Om interaktionen inte fungerar är det lätt att sjuksköterskor missar tidiga tecken på PSD hos patienter som överlevt stroke.

Sjuksköterskors iakttagelseförmåga

Enligt Eide och Eide (2007) ingår det i alla sjuksköterskors omvårdnadsarbete att iaktta känslomässiga förändringar och reaktioner hos patienter t. ex kroppliga förändringar, personliga egenheter, ansiktsuttryck, ögonkontakt, röstläge, tystnad och annorlunda eller speciellt beteende. Sjuksköterskors iakttagelseförmåga spelar en viktig roll för relationen mellan sjuksköterskor och patienter och är en viktig källa till förståelse av patientens tillstånd. Observationer kan ge sjuksköterskor viktig information om patienten som inte framkommer på annat sätt. Sådana iakttagelser

kan vara utgångspunkt för direkt tolkning men också ligga som grund till fortsatta frågor och kommentarer (a a). Béphage (2005) menar att sjuksköterskor befinner sig i en nyckelposition för att kunna upptäcka tidiga tecken på depression efter stroke. Benner, Tanner och Chesla (1999) menar att sjuksköterskors förmåga att iakttä och identifiera tidiga tecken och symtom är en viktig del i sjuksköterskornas arbete. Detta kräver ett kliniskt kunnande och erfarenhet.

Vikten av tidig upptäckt av PSD

Enligt Wasserman (1998) är depressioner hos äldre ofta underdiagnostiserade. Hamilton (2000) påpekar att sjuksköterskor alltid måste misstänka depression efter stroke och att det är nödvändigt att informera patienter och anhöriga om tidiga tecken. Depressionen kan vara ett resultat av en rubbad kroppsuppfattning och funktionshinder. Bendz (2003) påpekar att sjuksköterskor bör ha i åtanke att patienters vardag är hämmad av de psykologiska effekterna av stroke, patienternas förlust av kontroll över sitt liv vilket kan leda till ökad risk för att åter insjukna i stroke (a a).

PSD är en allvarlig komplikation som reducerar effekterna av rehabilitering, drabbar familjeförhållanden och försvårar social återanpassning. PSD är också associerad till ökad mortalitet under de första fem åren efter insjuknandet i stroke (Kronenberg, Katchanov & Endres, 2006; de Coster, Leentjens, Lodder & Verhey, 2005). Engström et al. (2005) påpekar att psykiska symtom ofta förbises eftersom sjuksköterskor ofta prioriterar den somatiska sjukdomens symtom.

Teoretisk referensram

Vi har valt att använda Kari Martinsens omsorgsteori som teoretisk referensram. Martinsen (1989) menar att omsorg är ett relationsbegrepp som innefattar ett öppet och nära förhållande mellan två individer och för att kunna utöva omsorg krävs det förståelse och respekt för den andres situation. Begreppet kan delas upp i tre viktiga delar. Den första delen består av en gemenskap och solidaritet mellan sjuksköterska och patient. Den andra delen innebär förståelse för en annan människas situation. Denna förståelse uppkommer genom erfarenhet och egna upplevelser som en människa kan relatera till en annan. Den sista aspekten på omsorgsbegreppet innefattar ett erkännande av en annan människa utifrån dennes situation. Detta kräver en ömsesidighet som bottnar i en gemensam situation t.ex. en vårdssituation som patienten och sjuksköterskan går igenom tillsammans. Omvårdnaden ska tjäna till att ge hjälp till självhjälp och oberoende. Om detta inte är möjligt ska omvårdnaden eftersträva att patienten upprätthåller sin funktionsnivå eller undgår försämring av tillståndet. Martinsen (1989) menar att omsorgen bör bestå av en oegennyttig relation från sjuksköterskans sida där sjuksköterskan vårdar och sörjer för patienten utan att för den skull ta ifrån patienten initiativ eller möjlighet att bestämma över sig själv. Sjuksköterskornas omvårdnad kräver tydliga kunskaper och färdigheter inom medicin, omvårdnad och dessutom organisation (a a).

Vi tror att för att förstå vad som är bäst för patienten måste sjuksköterskan kunna tolka patientens situation och behov och agera utifrån ett professionellt omdöme. Teorin ställer stora krav på sjuksköterskans omvårdnadsprofession och kunskap.

Denna omsorgsteori innebär omsorg och inlevelse i patientens situation kombinerat med kunskap om orsaken till patientens tillstånd och åtgärder som kan lindra besvären. Martinsen (1989) understryker vikten av en nära relation mellan sjuksköterska och patient.

Vi anser att de psykiska symptomen hos personer som överlevt stroke har en tendens att förbises av sjuksköterskor vilket kan leda till olika omvårdnadsproblem. Sjuksköterskor har kontinuerlig kontakt med patienter som överlevt stroke och har möjligheterna att upptäcka PSD i ett tidigt stadium. Det finns bra verktyg för att upptäcka PSD men tyvärr används inte dessa verktyg av sjuksköterskor. Kommunikation, interaktion och en bra observationsförmåga är förutsättningar för att sjuksköterska ska kunna upptäcka PSD.

SYFTE

Syftet var att belysa hur sjuksköterskor kan identifiera tidiga tecken på depression hos patienter som överlevt stroke.

METOD

Den metoden som vi använde var en litteraturstudie med artikelgranskning. Enligt Friberg (2006) baseras artikelgranskningen på ett val av texter inom ett avgränsat område inom vårdvetenskap och sjuksköterskans verksamhetsområde. Den valda litteraturen granskas och analyseras vilket resulterar i en beskrivande översikt av området.

Datainsamling och Urval

Först bestämde vi oss för vilka sökord som skulle användas: care, cerebrovascular accident, communication, depression, nurse- patient interaction, nurses, nursing, post-stroke depression, stroke. Sökningen av artiklar gjordes i följande databaser: Elin@Blekinge och PubMed. I databaserna kombinerades sökorden med varandra för att minska antal träffar. Efter att ha läst igenom flera artiklar exkluderades de för att de inte motsvarade studiens syfte och för att artiklarna handlade om klinisk medicin. Vi har dessutom använt oss av manuell sökning bland BTHs vetenskapliga tidskrifter som fanns på biblioteket i Karlskrona. Alla tidskrifter och artiklar som användes motsvarade syftet och var peer reviewed. De artiklar som inte fanns i fulltext beställdes via Blekinge Tekniska Högskolas bibliotek. Exklusionskriterierna var artiklar som handlade om klinisk medicin och alla artiklar som var utgivna före år 1994. I studien inkluderas artiklar om personer över 65 år som hade överlevt stroke och insjuknat i PSD.

Tabell 1. Artikelsökning i Elin@Blekinge.

Databas: Elin	Sökord	Antal referenser	Urval
#1	Depression AND stroke	924	0
	Depression AND stroke AND nursing	49	1
	Depression AND stroke AND nursing AND post-stroke depression	5	1
#2	nurse-patient interaction	82	2

Tabell 2. Artikelsökning i Pubmed.

Databas: Pubmed	Sökord	Antal referenser	Urval
#1	cerebrovascular accident AND nurses	449	0
	cerebrovascular accident AND nurses AND care	268	1
#2	cerebrovascular accident AND communication	1466	0
	cerebrovascular accident AND communication AND nursing	88	2
#3	depression AND stroke	3530	0
	depression AND stroke AND nurses	31	1

Sökningar gjordes också i databasen Cinahl. Träffarna som motsvarade studiens syfte hade redan valts ut i tidigare nämnda databaser. Därför valde vi att inte använda oss av Cinahl.

Efter att manuellt letat igenom Journal of Clinical Nursing, Journal of Advanced Nursing och Vård i Norden från utgivningsår 2000 och framåt på BTHs bibliotek på Gräsvik valdes ytterligare en artikel ut ur Journal of Clinical Nursing. I de övriga tidskrifterna vi använde i den manuella sökningen fann vi inte några artiklar som motsvarade vårt syfte.

Eftersom en av oss kan ryska, ukrainska och polska så gjorde vi sökningar på dessa språk i de olika databaserna. Eftersom inte båda två förstod dessa språk valde vi efter en diskussion att avbryta sökningen och koncentrera oss på engelska och svenska artiklar. Detta för att vi skulle kunna läsa artiklarna var och en för sig för att undvika missförstånd och inte förlora trovärdigheten.

Vi har granskat samlat material enligt Willman och Stoltz (2002) metod. De artiklarna som bedömdes ha hög kvalitet hade en välbeskriven datainsamling och analysmetod, beskrivna tillförlitlighets- och reliabilitetshänsyn och metodkritik. De artiklar som bedömdes ha låg kvalitet hade bristfälliga formuleringar, beskrivningarna var otillräckliga, resultatet var svårbegripligt och replikerbarheten var dålig. Efter att ha diskuterat tillförlitligheten i artiklarna med varandra uteslöt vi artiklarna med låg kvalitet ur vår studie.

Analys

Analysen vi använt är en innehållsanalys influerad av Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning. Metoden kännetecknas av att forskaren på ett stegvist och systematiskt sätt grupperar data för att lättare kunna se mönster och teman. Graneheim och Lundmans (2004) analys innehåller både en manifest och en latent aspekt. Innehållsanalys kan användas som manifest analys vilket innebär att man får fram det uppenbara och synliga i texten, men också som latent analys vilket innebär en djupare analys av vad texten handlar om och är ett försök att tolka den underliggande meningen i texten. (Graneheim & Lundman, 2004). Vi har använt oss av en manifest innehållsanalys eftersom vi inte har tolkat materialet.

Grunden i analysarbetet, identifikationen av meningsbärande enheter, utfördes separat av båda författarna. Detta gjordes för att bidra till ökad trovärdighet på så sätt att de meningsbärande enheterna fick filtreras genom två författares perspektiv.

Arbetet med att identifiera det manifesta innehållet gjorde vi i flera steg som beskrivs av Graneheim och Lundman (2004). Det insamlade materialet lästes var och en för sig, tre gånger för att undvika missförstånd. Relevanta stycken för vår studies syfte markerades. Därefter diskuterade vi det genomlästa materialet för att jämföra om artiklarna uppfattades på samma sätt. Därefter diskuterades de markerade styckena och sedan valdes meningsenheter ut. Olika meningsenheter diskuterades och jämfördes för att få fram kärnan i enheten. De utvalda meningsenheterna skrevs sedan i en tabell. Meningsenheterna kondenserades till mindre enheter. Därefter fick varje kondenserad meningsenhet en egen kod. Sedan gjordes koderna till subkategorier och kategorier som presenterades i tabell 3 (För fullständig tabell, se bilaga 1). Graneheim och Lundman (2004) menar att teman används i analysen för att se det latent innehåll i de meningsbärande enheterna och därför inbegriper en tolkning av texten (a a). Eftersom vi inte har gjort en latent tolkning av våra artiklar har vi valt bort att använda tema i vår analys. Vi har ersatt tema med övergripande kategorier vilka vi

sedan använde som överskrifter i texten.

Graneheim och Lundman (2004) definerar en meningsbärande enhet som en sammansättning av ord eller uttalanden som relaterar till och utgör en mening. Kondenseringsprocessen innebär att korta ned de meningsbärande enheterna utan att förlora något av innehållet, det vill säga kärnan av det som uttrycks. Kategorier är en samling av likadant kodat innehåll. Kategorier bidrar i huvudsak till att beskriva innehåll, och är på grund av detta väl ämnat till att ge en bra bild av det manifesta innehållet i en text (a a).

Tabell 3. Exempel på analysen.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
“Nurses (...) can tune in to conversations with patients to discern what is below the surface that would identify clinical significant indications of depression” Robinson-Smith (2004).	Sjuksköterskor kan använda sig av samtal med patienterna för att bedöma vad som finns under ytan som kan visa tecken på depression	Sjuksköterskor samtalar för att se tecken på depression	Att kommunicera för att se tecken på PSD	Sjuksköterskor kan identifiera PSD genom god kommunikation

RESULTAT

Sammanlagt användes 9 vetenskapliga artiklar i resultatdelen. Av de nio artiklarna kom fem från Storbritannien, en från USA och tre från Sverige. I resultatet kommer vi att presentera fyra kategorier: sjuksköterskans iakttagelseförmåga, sjuksköterskor kan identifiera PSD genom god kommunikation, interaktion mellan sjuksköterska och patient och hjälp vid identifiering av depression. Kategorierna använde vi som rubriker i resultatet. Subkategorierna finns presenterade i texten men har inte använts som rubriker.

Sjuksköterskans iakttagelseförmåga

Sjuksköterskor spelade en viktig roll i att samla kunskap om patienternas psykologiska tillstånd. Genom att observera och se om det finns ångest och oro hos patienter och genom att finnas till hands kunde sjuksköterskor se om patienterna uppvisade tecken på PSD (Long, Kneafsey, Ryan & Berry, 2002).

Enligt Lightbody, Baldwin, Connolly, Gibbon, Jawaid, Leathley, Sutton och Watkins (2007b) såg sjuksköterskor oftast de tecken på depression som hindrade omvårdnaden t.ex. aggressivitet eller oro men de var sämre på att notera subtila tecken som krävde att de frågade patienter om deras tankar och känslor. Martinsen (1989) menade att observationer avslöjar sanningen, allt som är uppenbart kan ses.

Enligt Bennet (1996) var det viktigt för sjuksköterskor att veta att depression karaktäriseras av förändringar i den normala sinnesstämningen. Dessa förändringar kunde uttrycka sig i tystlåtenhet, tillbakadragenhet och en inneslutenhet. Det kunde också vara gråtmildhet, ointresse för sitt utseende och ändrade matvanor. Sjuksköterskor skulle också vara uppmärksamma på patienter som hade sömnstörningar och som inte ville delta i rehabilitering. Deprimerade patienter kunde uppleva brist på motivation och ville sällan engagera sig i aktiviteter. Genom att se förändringar i patienters beteende kunde sjuksköterskor misstänka en depression. Förändringarna i kroppsspråk, ansiktsuttryck och gester hos patienter var signaler som sjuksköterskor skulle uppfatta och uppmärksamma som indikatorer på förändringar i psykologisk status hos patienterna (a a). Robinson- Smith (2004) menade att sjuksköterskor skulle identifiera ihållande emotionella symptom som nedstämdhet, irritation eller pessimism och ha i åtanke att de kunde leda till depression. Sjuksköterskor måste också kunna bedöma olika riskfaktorer hos patienter för att se om patienterna låg i riskzonen för att få PSD. Sjuksköterskor skulle vara uppmärksamma på tidigare förekomst av depression hos patienten eller patientens släkt, tidigare alkoholberoende eller om patienten hade överlevt en stroke tidigare (a a).

Sjuksköterskor behövde ha olika infallsvinklar för att se tidiga tecken på depression. Dessa infallsvinklar kunde vara sjuksköterskornas intryck, patienters beskrivning av sina upplevelser och anhörigas synpunkter och åsikter (Lightbody, Auton, Baldwin, Gibbon, Hamer, Leathley, Sutton & Watkins 2007a). Martinsen (1989) menade att kunskaper hos sjuksköterskor var viktigt och påpekade att kunskap och praktiska färdigheter fungerar tillsammans som en enhet.

Sjuksköterskor kan identifiera PSD genom god kommunikation

Hedberg, Cederborg och Johanson (2007) påstod att ett viktigt element i omvårdnaden var att vara en professionell kommunikationspartner. Sjuksköterskor kunde öka patienters deltagande i omvårdnaden genom att uppmuntra deras sätt att uttrycka sig, förenkla sina frågor och be om förklaringar när patienter ville ge sitt perspektiv. Kommunikation var ett sätt för sjuksköterskor att få patienterna att förmedla sina känslor och på så sätt bli involverade i omvårdnaden (a a). Martinsen (1989) menade att kommunikationen var ett medel för att upptäcka det som inte gick att se men också ett mål för att patienterna skulle kunna sätta ord på sina tankar.

Robinson- Smith (2004) ansåg att sjuksköterskor måste hjälpa patienter att beskriva känslor som kan indikera depression. Eftersom de flesta patienter som överlevt stroke upplevde sin sjukdom som emotionellt jobbigt måste sjuksköterskan hjälpa patienterna att sätta ord på sina känslor. Det fanns ett behov för sjuksköterskor att ställa öppna frågor till patienter med PSD för att kunna bedöma deras psykiska tillstånd utan att patienterna upplevde obehag kring sin situation. Sjuksköterskor behövde också ha mer tid till att lyssna och prata med patienter för att bedöma deras

individuella psykologiska tillstånd (a a).

Dowswell, Lawler, Dowswell, Young, Foster och Hearn (2000) menade att patienternas livserfarenheter före insjuknandet i stroke, men också oro, rädslor och förväntningar efter att ha överlevt stroke hade effekt på hur de uppfattade sin nuvarande situation och att det påverkade deras sätt att uttrycka sig. Robinson- Smith (2004) påpekade att det var viktigt att lyssna på patienter för att uppmärksamma tecken på depression under samtal. Hedberg (2007) påstod att patienter med kommunikationssvårigheter lättare kunde förmedla sina upplevelser och känslor till sjuksköterskor via anhöriga som medverkade vid samtal och tolkade sina närståendes uttryck.

Sundin, Jansson och Norberg (2002) menade att uppmuntran, ömsesidighet, tålmod och uthållighet var viktigt i kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter som överlevt stroke. Närhet, lugn och en försäkran om ömsesidig förståelse var grundläggande för att patienter med PSD inte skulle känna sig övergivna eller isolerade och för att sjuksköterskorna skulle kunna uppfatta patienternas uttryck och signaler (a a).

Interaktion mellan sjuksköterska och patient

Bennet (1996) menade att sjuksköterskor behövde utveckla ett nära förhållande till patienter med PSD. Det fanns ett behov av att sitta ner och prata med patienter och ägna mer tid åt att bilda ett förtroende. Sjuksköterskornas omvårdnad hade en viktig roll när patienter gick igenom den svåra sjukdomstiden och sorgarbetet efter stroke. Att tillbringa mycket tid hos patienterna med PSD var viktigt för att utveckla omvårdnaden utöver lindringen av de fysiska åkommorna och se problem och behov ur ett helhetsperspektiv. Martinsen (1989) underströk att omvårdnad var en social relation och att det viktigaste i omvårdnaden var förhållandet mellan människor.

Lightbody et al. (2007a) påpekade att professionellt fungerande interaktion mellan sjuksköterskor och patienter kunde vara avgörande för att sjuksköterskan skulle få tillräcklig information för att observera tecken på PSD och hur dessa tecken tog sig uttryck. Genom en nära relation till patienterna kunde sjuksköterskor bedöma patienternas psykiska tillstånd ur en holistisk synvinkel (a a).

Enligt Sundin et al. (2002) måste sjuksköterskor observera positiva och negativa reaktioner hos patienterna under omvårdnaden och bli vägleda av subtila signaler. Sjuksköterskorna behövde vara uppmärksamma på patienternas kroppshållning och uppträdande (a a).

Sundin, Jansson och Norberg (2000) menade att sjuksköterskor måste visa patienterna att sjuksköterskorna hade tillräckligt med tid och öppna en väg för kommunikation. Detta var viktigt för att patienterna skulle känna sig säkra och avslappnade och att det var värt mödan att försöka framföra sina tankar och känslor (a a).

Hjälpan­de faktorer för sjuksköterskor vid identifiering av depression

Enligt Lightbody et al. (2007a) var anhöriga en outnyttjad resurs för att få ett helhetsperspektiv på patienters psykiska tillstånd. Sjuksköterskor borde kommunicera professionellt med anhöriga för att få mer ingående information om patienternas upplevelser. Anhörigas bedömning var inte lika beroende av symtom och synliga tecken på PSD utan de hade en helhetssyn på sina närstående och kunde bidra med värdefull information om patienternas tillstånd.

Long et al. (2002) menade också att en viktig del i sjuksköterskors arbete var att involvera patienter och deras anhöriga i omvårdnaden. Lightbody et al. (2007a) underströk att anhöriga till patienter besatt speciell kunskap och erfarenhet om vad som var normalt hos patienterna. Deras kunskap om patienternas vanliga tankar och känslor sammantaget med sjuksköterskans observationer kunde vara till stor hjälp vid upptäckten av tidiga tecken på depression (a a).

Sjuksköterskorna skulle kunna förmedla information, vara ett emotionellt stöd, kommunicera och koordinera omvårdnadsinsatser. Sjuksköterskor var ofta den första instansen när patienter och anhöriga sökte information och hjälp. Sjuksköterskor hade därför en nyckelroll i att samla information om patientens situation, rädslor och oro och att rapportera vidare (Long et al. 2002). Martinsen (1989) underströk att för att kunna ge den bästa omvårdnaden behövde sjuksköterskor flera förutsättningar som t.ex. kunskap, färdigheter och organisation (a a).

Lightbody et al. (2007b) hävdade att en identifiering av depression och dess svårighetsgrad kunde göras av sjuksköterskor med hjälp av olika effektiva bedömningsskalor. Sjuksköterskor kunde göra en enklare klinisk bedömning av PSD med hjälp av dessa verktyg. Det fanns några väl utvecklade bedömningsskalor som baserades på sjuksköterskors observationer. Lightbody et al. (2007a) påpekade att upprepade bedömningar med olika depressionsskalor borde göras för att minska risken att missa tidiga tecken på depression.

Geriatric Mental State (GMS) var enligt Lightbody et al. (2007b) en bra diagnostisk skala för sjuksköterskor att använda för att identifiera depression hos äldre patienter.

Lightbody et al. (2007b) påstod att Montgomery- Asberg Depression Rating Scale (MADRS) var ett användbart och enkelt scenings verktyg för att sjuksköterskor skulle kunna se tecken på PSD. MADRS tog kort tid att utföra och kunde även visa förändringar i svårighetsgraden av depression hos patienter över tid.

Enligt Lightbody et al. (2007a) var Signs of Depression Scale (SODS) ett enkelt screenings verktyg att använda och tog inte lång tid att genomföra men borde även kompletteras med anhörigas uppgifter för att visa mer exakta värden.

Bennet (1996) påpekade att sjuksköterskor inte jobbade ensamma med patienter som överlevt stroke. Ett gott samarbete med andra inom vårdteamet var också viktigt för att sjuksköterskorna skulle kunna diskutera sina iakttagelser och få respons på sina misstankar om att det förekom PSD hos patienterna.

METODDISKUSSION

Innehållsanalysen gjordes utifrån Graneheims och Lundmans (2004) beskrivning. Eftersom vi läste det insamlade materialet tre gånger var och en för sig och markerade relevanta stycken för vår studies syfte, minskade vi risken för missförstånd. Vi diskuterade noga det genomlästa materialet för att jämföra om artiklarna uppfattades på samma sätt. Därefter diskuterades de markerade styckena och sedan valdes meningsenheter ut. Olika meningsenheter diskuterades, jämfördes och skrevs sedan i en tabell. Vi tycker att meningsenheterna verkligen visar kärnan i artiklarna för att de blev valda av båda författarna. För att inte förlora betydelsen i meningsenheterna kondenserade till mindre enheter, koder, subkategorier och kategorier och sedan diskuterade vi genom hela analysprocessen igen. Vi anser att eftersom analysarbetet gjordes så noga, var för sig och att vi kom fram till ungefär samma kategorier och subkategorier som sedan jämfördes, bearbetades och diskuterades av båda författarna, visar att vår innehållsanalys är tillförlitlig och trovärdig.

Litteratursökningen resulterade i nio artiklar med kvalitativ metod och de var alla peerreviewed. Det var svårt att hitta artiklar som helt stämde överens med syftet, men de artiklar som vi använde oss av är relevanta för ämnet. Fyra av artiklarna som valdes hade ett syfte som exakt motsvarade vår studies syfte. De resterande fem artiklarnas resultat motsvarade också studiens syfte men ofta som ett sidofynd. Alla nio artiklarna var skrivna på engelska, vilket ger utrymme för eventuella feltolkningar vid översättningen som kan ha påverkat resultatet negativt. De valda inklusionskriterierna underlättade valet av artiklar samtidigt som det begränsade urvalet. Urvalet blev begränsat eftersom studien gjordes utifrån sjuksköterskans perspektiv.

De databaser som användes vid sökningarna efter vetenskapliga artiklar var ELIN@Blekinge och PubMed. Vi hade inga svårigheter med att hitta relevanta sökord för litteratursökningen men i efterhand tror vi att om sökningen hade gjorts i flera databaser eller på flera språk, hade kanske fler artiklar med syftet som exakt motsvarar studien hittats. Vi gjorde även en manuell sökning genom att leta igenom Journal of Clinical Nursing, Journal of Advanced Nursing och Vård i Norden från utgivningsår 2000 och framåt på BTHs bibliotek. Det negativa i den manuella sökningen var att det tog mycket lång tid att hitta endast en relevant artikel.

Vi tycker att fyra av de nio valda artiklarna stämde bra in på syftet i vår studie. Artiklarna var tydliga och motsvarade vårt syfte. Lightbody et al (2007a), Lightbody et al (2007b), Robinson- Smith, (2004) och Bennet (1996) är helt inriktade på identifiering av depression efter stroke ur ett sjuksköterskeperspektiv. Fem av de nio artiklar som användes i resultatet hade ett syfte som inte motsvarade vårt men som ändå var relevanta och användes för att vi ansåg att de kompletterade vår studie. Hedberg et al. (2007); Sundin et al. (2000); Sundin et al. (2002) inriktade sina studier på vikten av kunskap inom kommunikationen och interaktionen mellan sjuksköterskor och patienter som överlevt stroke. Dowswell et al. (2000); Long et al. (2002) inriktade sina studier på sjuksköterskornas roll i stroketeamet och svårigheter med rehabilitering hos patienter pga. psykosociala problem efter stroke. Vi tror att antalet artiklar har gjort att vi har fått en bred grund för vårt resultat. I några artiklar är deltagarantalet lågt. I Sundin et al. (2002) deltog bara fem sjuksköterskor och tre

patienter i intervjustudien och i Sundin et al. (2000) endast tio sjuksköterskor, dock med stor erfarenhet. Robinson- Smiths (2004) studie bestod endast av sex män och en kvinna som överlevt stroke. Detta tror vi kan försämra tillförlitligheten av deras studier.

Tyvärr kunde vi inte hitta några relevanta artiklar från andra länder med annorlunda omvårdnadskultur. Vi tror att resultatet då hade kunnat bli annorlunda.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med vår studie var att belysa hur sjuksköterskor kan identifiera tidiga tecken på depression hos personer som överlevt stroke. Analysen resulterade i fyra kategorier: *Sjuksköterskors iakttagelseförmåga, interaktion mellan sjuksköterska och patient, kommunikation mellan sjuksköterska och patient och hjälp vid identifiering av depression.* Resultatdiskussionen är utförd efter dessa kategorier.

Enligt vår erfarenhet betyder insjuknandet i stroke en stor förändring för människor. Många negativa känslor som frustration, hjälplöshet, oro, aggressivitet och en känsla av förtvivlan infinner sig i samband med stroke. Vi tycker att sjuksköterskor befinner sig i en nyckelposition i omvårdnadsarbetet för att kunna iaktta psykiska och fysiska förändringar hos patienter med stroke. Det understryker Béphage (2005). Eide och Eide (2007) menar att sjuksköterskor ska kunna se och iaktta känslomässiga förändringar hos patienter även om de inte vill prata om sina problem. Genom att observera personliga egenheter, kroppsspråk och förändringar i mimiken hos patienten kan sjuksköterskorna misstänka depression hos patienterna (a a).

I resultatet framkom det att sjuksköterskor var bättre på att iaktta tecken på depression som gjorde deras arbete mer besvärligt t.ex. aggressivitet hos patienter men de var mindre bra på att reflektera över orsaker till att patienterna mådde dåligt. Vi anser att eftersom depression efter stroke är så vanligt måste sjuksköterskor alltid ha det i åtanke. Hamilton (2002) understryker vikten av att sjuksköterskor alltid ska misstänka depression efter stroke.

Engström et al. (2005) påpekar att psykiska symtom ofta missas av sjuksköterskor eftersom de somatiska symtomen oftast är mer framträdande. Det framkommer i resultatet att det också krävs kunskap om symtom och riskfaktorer för PSD för att sjuksköterskor ska kunna dra korrekta slutsatser av sina iakttagelser.

Resultatet som handlar om interaktion mellan sjuksköterskor och patienter visar att det är av stor vikt att sjuksköterskor ska utveckla ett bra och professionellt nära förhållande till patienter som överlevt stroke för att kunna se tecken på PSD. Vi tycker att skapa förtroende mellan patienter och sjuksköterskor ska ta sin tid. Detta understryker Wiklund (2003) som påpekar att sjuksköterskor ska tillbringa mycket tid hos patienterna med PSD för att utveckla en bra omvårdnad och se problem och behov ur ett helhetsperspektiv.

I resultatet framkommer att interaktion mellan sjuksköterskor och patienter är en

avgörande faktor för att sjuksköterskorna ska kunna samla tillräcklig information för att observera tecken på PSD. Kihlgren et al. (2000) påpekar att ett väl fungerande samspel mellan sjuksköterskor och patienter stärker patienternas upplevelser av trygghet och välbefinnande.

Resultatet visar också att sjuksköterskorna ska vara uppmärksamma på patienternas kroppshållning och uppträdande för att kunna bedöma om det finns risk för PSD. Vi tycker att bara väl fungerande interaktion kan göra detta möjligt. För att kunna se förändringar i patienternas psykiska tillstånd måste sjuksköterskor lära känna patienterna för att kunna utskilja både positiva och negativa förändringar. Martinsen (1989) betonar vikten av en nära relation mellan sjuksköterska och patient och menar att omsorg är ett relationsbegrepp som innefattar ett öppet och nära förhållande mellan sjuksköterskor och patienter.

Resultatet pekar på hur viktigt är det att sjuksköterskor ska ge patienter tillräckligt med tid för att patienterna ska känna förtroende och vilja att visa för sjuksköterskorna hur de mår. Wiklund (2003) understryker att utan interaktion reduceras omvårdnaden till utförande av kliniska arbetsuppgifter. Vi anser att utan bra interaktion som främjar ett holistiskt perspektiv kan sjuksköterskor missa de viktiga tecken som pekar på att patienten är deprimerad.

I resultatdelen under kommunikation framkommer det att sjuksköterskor måste vara en professionella kommunikationspartners för att kunna se och upptäcka tidiga tecken på PSD. Sjuksköterskor måste uppmuntra patienterna att uttrycka sig verbalt om sina tankar och känslor. Eide och Eide (2007) styrker detta när de säger att kommunikationen är ett sätt för sjuksköterskor att förstå patienternas behov och tankar, lyssna aktivt och fokusera på patienterna och därefter uppmuntra till dialog. Sjuksköterskorna ska också kommunicera med kroppsspråk och ögonkontakt (a a). Vi anser att kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter är av yttersta vikt för att kunna se tidiga tecken på PSD.

Vi anser att eftersom många patienter upplever sin situation efter stroke som väldigt emotionellt jobbig måste sjuksköterskor hjälpa patienter att sätta ord på sina tankar genom att ställa öppna frågor som får patienten att tänka till. Engström et al. (2005) menar att sjuksköterskan måste ta hänsyn till patienternas egna uttryck och formuleringar för att kunna förstå patienternas situation.

Resultatet visar att det är viktigt för sjuksköterskor att ge patienterna tid. En bra kommunikation kräver lugn, tålamod och uthållighet i en stressfri miljö. Detta för att sjuksköterskan ska kunna tolka tecken på PSD både i den verbala kommunikationen och genom att tolka kroppsspråket. Patienterna måste också känna att det är värt att kommunicera. Almås (2002) understryker vikten av ömsesidig förståelse hos sjuksköterskor och patienter och Engström et al (2005) menar att kommunikation och information måste vara individanpassad.

Resultatet visar att sjuksköterskor bör använda sig av hjälpande faktorer vid identifieringen av depression hos patienter som överlevt stroke och att det finns mycket resurser som inte utnyttjas på det bästa sättet. Vi anser att eftersom identifieringen av PSD ställer stora krav på sjuksköterskor måste alla hjälpande

faktorer användas. Engström et al. (2005) menar att omvårdnaden vid stroke är ett av de områden där kvalitén på omvårdnaden är så viktig för patientens hälsa och resultat på lång sikt. Målsättningen med omvårdnad är att tillgodose patienten med sådan planering och genomförande av handlingar som har för avsikt att återställa, bevara eller förbättra hälsa samt att förebygga ohälsa och sjukdom (a a). Därför tycker vi att alla hjälpande resurser som underlättar identifieringen av PSD ska användas av sjuksköterskor.

I resultatet framkommer att anhöriga är en viktig resurs för att få ett helhetsperspektiv på patienters psykiska tillstånd eftersom anhöriga har en annan kännedom om sina närstående och kan bidra med viktig information. Därför tycker vi att sjuksköterskor bör kommunicera professionellt med anhöriga för att få mer information om patienternas upplevelser och förändringar för att skapa en bild om det förekommer risk för depression. Lawler, Dowswell, Hearn, Forster och Young (1999) understryker detta och menar att sjuksköterskor ska skaffa sig information om patientens tidigare liv och fråga anhöriga om vad de tycker om hur patienten har förändrats eftersom närstående oftast har mycket djupare kunskaper om patienten och åsikter om hur deras anhöriga mår. Vi tycker att sjuksköterskor bör utnyttja närståendes kunskap om patienternas vanliga tankar och känslor. Lawler et al. (1999) påvisar att om sjuksköterskor använder sig av anhörigas information kan det leda till positiva resultat i omvårdnaden.

I resultatet framkommer det att sjuksköterskor kan använda sig av olika diagnostiska verktyg och screening verktyg. Detta tycker vi kan underlätta arbetet med att tidigt identifiera tecken på PSD. Farrell (2004) styrker detta då hon påvisar att screening verktyg som används av sjuksköterskor är en mycket viktig del av omvårdnaden och underlättar rehabiliteringen av patienter som överlevt stroke. Herrmann et al. (1998) understryker också vikten av sjuksköterskor som jobbar med patienter som överlevt stroke kontinuerligt ska använda sig av screening verktyg.

Resultatet visar att sjuksköterskor behöver råd och stöd från andra som jobbar i vårdteamet. Engström et al. (2005) menar att sjuksköterskor har omvårdnadsansvaret inom sitt vårdteam. Vi tror att ett bra fungerande samarbete med övrig personal på vårdenheten underlättar upptäckt av tidiga tecken på depression efter stroke. Detta påpekar också Socialstyrelsen (2000), där det står att målet med alla patienter med stroke är att få likvärdig specialistvård av ett professionellt team.

SLUTSATS

I vårt resultat framkommer det att sjuksköterskors observationer, bra fungerande kommunikation, ett nära förhållande mellan sjuksköterskor, patienter och deras anhöriga är några av sjuksköterskornas största grunder till att upptäcka tidiga tecken på depression. Resultatet visar också att det finns enkla screening verktyg som kan vara sjuksköterskan till hjälp. Vi tycker att det hade varit bra för både sjuksköterskor och patienter att utbilda sjuksköterskor att använda dessa hjälpmedel. Dessutom behöver sjuksköterskor kunskap om riskfaktorer för PSD för att kunna bedöma om patienterna befinner sig i riskzonen för att insjukna i depression.

Resultatet visar att sjuksköterskor är förmögna att upptäcka tidiga tecken på PSD hos patienter som överlevt stroke men vi tror att det i praktiken finns många hinder för att uppnå bästa resultat. Vi tror också att sjuksköterskor idag har många svåra arbetsuppgifter, stressad arbetsmiljö och mycket ansvar. Detta kan leda till att sjuksköterskor har brist på tid för att skapa en bra interaktion och kommunikation och vi tror att det är några av orsakerna till att tidiga tecken på PSD förbises eller missas helt.

LITTERATURLISTA

- Aben, I., Verhey, F. R. J., Strik, J. (2003). A comparative study into the one year cumulative incidence of depression after stroke and myocardial infarction. *Journal of Neurosurgical Psychiatry*, 15, 581- 585.
- Almås, H (2002) *Klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.
- Aquilonius, S M (2000) *Neurologi*. Stockholm: Liber AB.
- Bendz, M. (2003). The first year of rehabilitation after stroke- from two perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 215- 222.
- Benner, P., Tanner, C. A., Chesla, C. A. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad. Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.
- Bennet, B. (1996). How nurses in a stroke rehabilitation unit attempt to meet the psychological needs of patients who become depressed following a stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 23, (2), 314- 321.
- Béphage, G. (2005). Health professionals need to be able to identify depression in older people. *British Journal of Nursing*, 14, (7), 380- 384.
- Burvill, P., Johnson, G., Jamrozik, K., Anderson, C., Stewart-Wynne, E. (1997). Risk factors for post-stroke depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 219-226.
- de Coster, L., Leentjens, A. F. G., Lodder, J., Verhey, F. R. J. (2005). The sensitivity of somatic symptoms in post-stroke depression: a discriminant analytic approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 358–362.
- Dowswell, G., Lawler, J., Dowswell, T., Young, J., Forster, A., Hearn, J. (2000). Investigating recovery from a stroke: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 507-515.
- Eide, H., Eide, T. (2007). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Engström, B., Nilsson, R., Willman, A. (2005). *Omvårdnad vid stroke. State of the art*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.
- Ericson, T & Ericson E (2002) *Medicinska sjukdomar, specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Farrell, C. (2004). Poststroke Depression in Elderly Patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 23, (6), 264-269.

- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gaete, J.M., Bogousslavsky, J. (2008). Post- stroke depression. *Expert review of neurotherapeutics*, 8, (1), 75- 92.
- Geriatric Mental State Resource Center (2007). *History of the GMS*. (WWW document) URL <http://www.liv.ac.uk/gms/history.htm> (hämtad 080501)
- Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing education today*, 24, 105-112.
- Hamilton, I. (2000). *Leva med stroke – lära av erfarenheter*. Malmö: Institutionen för pedagogik. Lärarhögskolan i Malmö.
- Hammond, M. F., O'Keeffe, S. T., Barer, D. H. (2000). Development and validation of a brief observer- rated screening scale for depression in elderly medical patients. *Age and Ageing*, 29, 511- 515.
- Hedberg, B., Cederborg, A-C., Johanson, M. (2007). Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *Journal of Nursing Management*, 15, 214-221.
- Hedner, L., P. (2004). *Invärtesmedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Herrmann, N., Black, S. E., Lawrence, J., Szekely, C., Szalai, J.P. (1998). The sunnybrook stroke study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke*, 29, 618-624.
- House, A., Dennis, M., Mogridge, L., Warlow, C., Hawton, K., Jones, L. (1991). Mood disorders in the year after first stroke. *British Journal of Psychiatry*, 158, 83-92.
- House, A. (1987). Mood disorders after stroke: a review of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2, 211- 221.
- Hård af Segerstad, P. (2002). *Kommunikation och information, en bok om människans förmåga att tänka, tala och förstå*, Uppsala: Publishing House.
- Kihlgren, M., Johansson, G., Engström, B. & Ekman, S. L. (2000). *Sjuksköterskan, ledande och ledare inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Kronenberg, G., Katchanov, J., Endres, M. (2006). Post-stroke depression. *Der Nervenarzt*, 77, (10), 1176-1185.
- Lawler, J., Dowswell, G., Hearn, J., Forster, A., Young, J. (1999) Recovering from stroke: a qualitative investigation of the role of goal setting in late stroke recovery.

Journal of Advanced Nursing, 30, (2), 401–409.

Lightbody, C. E., Auton, M., Baldwin, R., Gibbon, B., Hamer, S., Leathley, M. J., Sutton, C., Watkins, C. L. (2007a). The use of nurses and carers observation in the identification of poststroke depression. *Journal of Advanced Nursing*. 60, (6), 595-604.

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

Long, A. F., Kneafsey, R., Ryan, J., Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37, (1), 70- 78.

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Otta: TANO.

Montgomery, S. A., Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*. 134, 382- 389.

Narushima, K., Robinson, R. G. (2002). Stroke-related depression. *Current atherosclerosis reports*. 4, (4), 296-303.

Piuva, K., Grönquist, G., Söderlund, P. (2000). *Värdig vård av äldre med psykisk ohälsa. Vägledning till personal inom äldreomsorgen*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Robinson, R. G., Balduc, P. L., Price, T. R. (1987). Two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: Diagnosis and outcome at one and two years. *Stroke*, 18, 837- 843.

Robinson- Smith, G. (2004). Verbal indicators of depression in conversations with stroke survivors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 40, (2), 61- 69.

Sahlsten, J. M., Larsson, I. E., Lindecrona, C. S. C., Plos, K. A. E. (2005). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses. *Journal of clinical nursing*, 14, 35- 42.

Singh, A., Black, S. E., Herrmann, N., Leibovitch, F. S., Ebert, P. L., Lawrence, J., Szalai, J. P. (2000). Functional and neuroanatomic correlations in poststroke depression: the Sunnybrook Stroke Study. *Stroke*, 31, (3), 637- 644.

Socialstyrelsen. (1997). *Boken om stroke. Kvalitet i alla led*. Stockholm: Socialstyrelsen. (SoS-rapport 1997:9).

Socialstyrelsen (2000) *Nationella riktlinjer för strokesjukvård - Version för hälso- och sjukvårdspersonal*. (WWW document). URL

<http://www.sos.se/fulltext/0000-028/0000-028.htm> (Hämtad 080513).

Sundin, K., Jansson, L., Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 481- 488.

Sundin, K., Jansson, L., Norberg, A. (2002). Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiry*, 9, (2), 93–103.

Wasserman, D. (1998). *Depression. En Vanlig Sjukdom – symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter*. Stockholm: Natur och Kultur.

WHO (2008a). *Depression*. (WWW document). URL http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (Hämtad 080430).

WHO (2008b). *Stroke. Cerebrovascular accident*. (WWW document). URL http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/ (hämtad 080501).

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

Williams, L. S., Kroenke, K., Bakas, T., Plue, L. D., Brizendine, E., Tu, W., Hendrie, H. (2007). Care management of poststroke depression: A randomized, controlled trial. *Stroke*, 38, 998-1003.

Willman, A., Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGEFÖRTECKNING

BILAGA 1 Tabell 4. Huvudkategorier och subkategorier.

BILAGA 2 Tabell 5. Artikelöversikt.

BILAGA 1 Tabell 4. Huvudkategorier och subkategorier.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
“Low level of social and leisure activities have been recorded even where patients seems to have made a “good” physical recovery and have only minor physical disabilities.” Dowswell et al. (2000).	Låga nivåer av sociala och fritidsaktiviteter har märkts även där patienterna hade en tillfredsställande fysisk återhämtning och bara mindre fysiska funktionsnedsättningar	Lägre aktivitetsnivåer hos patienter som har gjort en tillfredsställande fysisk återhämtning	Att iaktta förändringar hos patienten	Sjuksköterskans iakttagelse-förmåga
“Nurses look for reactions in patients e.g. what the patient looks at, and they are guided by her/his positive or negative reactions” Sundin et al. (2002).	Sjuksköterskor tittar efter reaktioner hos patienter och blir vägleda av patienternas positiva och negativa reaktioner	Sjuk-sköterskor iakttar patienternas positiva och negativa reaktioner	Att iaktta patienternas reaktioner	
“Nurses must assess the the precense of risk factors for depression after stroke” Robinson- Smith (2004)	Sjuksköterskor måste bedöma riskfaktorer för PSD	Sjuk-sköterskor måste se riskfaktorer	Att se riskfaktorer	
“Being a competent communicative partner can be seen as the most vital element in the provision of health care, e. g in nursing practice.” Hedberg et al. (2007).	Att som sjuksköterska kommunicera professionellt kan uppfattas som ett av de viktigaste elementen i omvårdnaden	Professionell kommunikation är viktigt i omvårdnaden	Att kommunicera professionellt	
“Nurses have to show patients that they have enough time for them (...) so that patients think it`s worth the trouble of trying to communicate.” Sundin et al. (2000).	Sjuksköterskor måste visa patienterna att de har tillräckligt med tid så att patienterna tycker att det är värt ett försök att kommunicera med sjuksköterskorna	Sjuk-sköterskor måste ge tid till patienterna för kommunikation	Att ge tid för kommunikation	
“Nurses (...) can	Sjuksköterskor kan	Sjuksköterskor	Att kommunicera	

tune in to conversations with patients to discern what is below the surface that would identify clinical significant indications of depression” Robinson- Smith (2004).	använda sig av samtal med patienterna för att bedöma vad som finns under ytan som kan visa tecken på depression	samtalar för att se tecken på depression	för att se tecken på PSD	
"... nurses tried to help depressed patients, spending as much time with them as possible, talking and listening." Bennet (1996).	Sjuksköterskorna försökte hjälpa deprimerade patienter genom att prata och lyssna och spendera så mycket tid med dem som möjligt	Patienter fick hjälp av sjuksköterskor som spenderade mycket tid med dem	Att ha bra fungerande samspel mellan sjuksköterskor och patienter	Interaktion mellan sjuksköterska och patient
“The nurse fulfilled a key role in providing emotional support and helping clients to cope.” Long et al. (2002)	Sjuksköterskan har en nyckelroll i att sörja för känslomässigt stöd och att hjälpa patienter att klara av situationen	Sjuk-sköterskan har en stor roll för att patienter ska klara av situationen	Att ha ett nära förhållande med patienter	
“...in clinical practice, there is a need to assess depression using different approaches simultaneously, including patients self- reports, nurses impressions and carers reports.” Lightbody et al. (2007a)	I praktiken finns det ett behov av att bedöma depression genom att använda sig av olika infallsvinklar inklusive sjuksköterskornas uppfattningar och både patienternas och anhörigas upplevelser	Sjuk-sköterskor måste använda sig av olika infallsvinklar för att bedöma depression	Att se tecken på depression på olika sätt	
“A nursing assessment of depression, carried out by a suitably trained nurse using aiding means could lead to improved interventions.” Lightbody et al., (2007b)	En bedömning av depression som utförs av en tränad sjuksköterska med hjälpande faktorer kan förbättra ingripande	Sjuk-sköterskor behöver hjälp för att bedöma depression	Att identifiera depression med hjälpfaktorer	Hjälp vid identifieringen av depression

BILAGA 2 Tabell 5. Artikelöversikt.

Författare/land	Titel	Tidsskrift/ Årtal	Syfte	Metod	Resultat
Lightbody, C. E., Baldwin, R., Connolly, M., Gibbon, B., Jawaid, N., Leathley, M., Sutton, C., Watkins, C. L. Storbritannien	Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection	Journal of Advanced Nursing, 2007	Att utvärdera träffsäkerheten av GMS och MADRS när de utförs av en sjuksköterska för att se tecken på depression	En jämförelse mellan en psykiaters bedömning och sjuksköterskors resultat när de använde GMS och MADRS på 28 patienter, 14 män och 14 kvinnor deltog i studien	GMS och MADRS var lika effektiva och hittade ungefär 75 % av de deprimerade patienterna
Lightbody, C. E., Auton, M., Baldwin, R., Gibbon, B., Hamer, S., Leathley, M. J., Sutton, C., Watkins, C. L. Storbritannien	The use of nurses and carers observation in the identification of poststroke depression	Journal of Advanced Nursing, 2007	Att utvärdera träffsäkerheten av SODS när den utförs av en sjuksköterska för att se tecken på depression	En jämförelse mellan psykiaters bedömning och sjuksköterskors resultat när de använde sig av SODS. 168 sjuksköterskor och patienter jobbade i par	SODS var lätt att använda och hittade ca 65 % av de deprimerade patienterna
Long, A. F., Kneafsey, R., Ryan, J., Berry, J. Storbritannien	The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team	Journal of Advanced Nursing, 2002	Att utvärdera sjuk-sköterskors bidrag till det multi-professionella rehabiliterings-teamet	Tvåårig kvalitativ studie med intervjuer, observationer och videospelningar med 49 personer	Sjuksköterskors roll identifierades inom det multi-professionella rehabiliterings-teamet
Robinson-Smith, G USA	Verbal indicators of depression in conversations with stroke survivors.	Perspectives in Psychiatric Care, 2004	Att undersöka kommentarer av personer som överlevt stroke för att se verbala indikationer på depression	En kvalitativ studie med sex män och en kvinna som överlevt stroke	Verbala indikationer av depression påvisades i patienternas kommentarer
Dowswell, G., Lawler, J., Dowswell, T., Young, J., Forster, A., Hearn, J. Storbritannien	Investigating recovery from a stroke: a qualitative study	Journal of Clinical Nursing, 2000	Att beskriva psykosociala svårigheter efter stroke	Kvalitativ studie av ett randomiserat urval bestående av 127 män och	De flesta patienter påverkades negativt i sitt vardagliga liv

				113 kvinnor	och
Sundin, K., Jansson, L., Norberg, A. Sverige	Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry	Nursing Inquiry, 2002	Att undersöka kvalitén på kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter med afasi efter stroke	Intervjustudie med fem sjuksköterskor och tre patienter. Intervjuerna med deltagarna spelades in på video.	Kommunikationen och förståelsen kan vara bra men det finns svårigheter genom brist på kunskap hos sjuksköterskor och känsla av att vara missförstådd av patienterna
Sundin, K., Jansson, L., Norberg, A. Sverige	Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words	Journal of Clinical Nursing, 2000	Att belysa hur sjuksköterskor kan kommunicera med patienter som överlevt stroke med afasi	Intervjustudie med 10 sjuksköterskor med stor erfarenhet av att kommunicera med patienter som överlevt stroke	För att kommunicera med afasi-patienter behöver sjuksköterskor professionell närhet, förmåga att kompromissa, skapa tillit och förtroende och engagemang
Bennet, B. Storbritannien	How nurses in a stroke rehabilitation unit attempt to meet the psychological needs of patients who become depressed following a stroke	Journal of Advanced Nursing, 1996	Syftet var att undersöka om sjuksköterskor kan identifiera PSD utan screening-verktyg och hur sjuksköterskorna kan hjälpa patienterna till återhämtning	Intervjustudie med 14 sjuksköterskor på en strokeenhet	Sjuksköterskorna ville ge patienterna så mycket psykisk omvårdnad som möjligt men de behövde mer kunskap, expert-hjälp och mer tid
Hedberg, B.,	Care-planning	Journal of	Att beskriva och	Tretton vård-	Det finns

Cederborg, A-C., Johanson, M. Sverige	meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication	Nursing Management , 2007	undersöka hur sjuksköterskor agerar som ledare i vårdplaneringen och hur mycket inflytande patienten har i vårdplaneringen	planeringar ljudinspelades och analyserades. Sjuksköterskor, socialarbetare och patienter var huvuddeltagarna i studien	ett stort behov av för sjuksköterskor att lära sig om hur de ska involvera patienterna och låta dem bli mer deltagande i sin omvårdnad
---------------------------------------	---	---------------------------	--	---	--