



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Anfallsforebygging hos voksne pasienter med epilepsi  
Prevention of seizures in adult patients with epilepsy**

Sigrid Akselvoll og  
Jone Elida Eide

Totalt antall sider inkludert forsiden: 90

Molde, 07.mai 2010



Høgskolen i Molde

# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Anfallsforebygging hos voksne pasienter med epilepsi**

**Tittel på engelsk: Prevention of seizures in adult patients with epilepsy**

**Forfatter(e): Sigrid Akselvoll og Jone Elida Eide**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 15**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Elfrid Måløy**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 07.mai 2010**

**Antall ord: 11878**

## **Sammendrag**

*Bakgrunn:* Rundt 40 000 mennesker i Norge har epilepsi. Nyere forskning viser at mange pasienter med epilepsi har lite kunnskap om hvordan anfallsfrekvensen kan reduseres.

*Hensikt:* Hensikten med litteraturstudien var å kartlegge anfallsutløsende faktorer hos voksne pasienter med epilepsi, og undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe denne pasientgruppen med å mestre sin sykdom.

*Metode:* Litteraturstudien er basert på 14 kvantitative forskningsartikler.

*Resultat:* Stress, søvnmangel og utmattelse er de hyppigst rapporterte anfallsutløsende faktorene. Pasienter har mer kunnskap om medikamentell forebygging av anfall enn om andre faktorer. Mange pasienter oppgir at de ønsker mer informasjon om sin sykdom. Her har sykepleieren en viktig funksjon i forhold til å sørge for at pasientene har den kunnskapen de behøver for å kunne mestre sin sykdom. Kontinuerlig oppfølging og undervisning er nødvendig for at pasienten skal øke sitt kunnskapsnivå og dermed øke evnen til mestring.

*Konklusjon:* Det er forsket mye mer på den medikamentelle behandlingen av epilepsi enn det er utført forskning på andre anfallsforebyggende tiltak. Forfatterne anbefaler derfor videre forskning på faktorer som kan utløse epileptiske anfall. Det anbefales også mer forskning på sykepleiers rolle i forhold til anfallsforebygging hos pasienter med epilepsi.

Nøkkelord: epilepsi, voksne, anfallsutløsende faktorer, mestring, informasjon.

## **Summary**

*Background:* About 40 000 people in Norway have epilepsy. Recent research shows that many patients with epilepsy have little knowledge of how the seizures can be prevented.

*Purpose:* The purpose of the literature study was to investigate seizure precipitating factors in adult patients with epilepsy, and to investigate how nurses can help these patients in coping with their illness.

*Method:* The literature study is based on 14 quantitative research articles.

*Results:* Stress, sleep deprivation and fatigue are the most common reported seizure precipitating factors. Patients have more knowledge about drug prevention of seizures than on other factors. Many patients report that they want more information about their illness. Here, the nurse has an important function in relation to ensuring that patients have the knowledge they need to be able to cope with their illness. Continuous monitoring and education is necessary for the patient to increase their knowledge level and thus increase the ability of coping.

*Conclusion:* There is more research made on the drug treatments of epilepsy than there is on other seizure preventing factors. The authors recommend further research on factors that can trigger epileptic seizures. It is also recommended to do more research on the nurse's role in relation to the seizure prevention in patients with epilepsy.

**Keywords:** epilepsy, adults, seizure precipitant, coping, information

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Hensikt.....	2
1.2 Problemstilling .....	2
<b>2.0 TEORIBAKGRUNN .....</b>	<b>3</b>
2.1 Epilepsi.....	3
2.1.1 Medikamentell behandling av epilepsi.....	5
2.2 Epilepsi og mestring.....	6
2.2.1 Mestringsteori .....	6
2.2.3 Epilepsi og sykepleie.....	8
<b>3.0 METODEBESKRIVELSE .....</b>	<b>10</b>
3.1 Steg 1 - Presisere forskningsspørsmål .....	10
3.2 Steg 2 – Presisere studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	11
3.3 Steg 3 Formulere en plan for litteratursøkningen .....	12
3.4 Steg 4- Gjennomføre litteratursøkningen og kvalitetsbedømme forskning .....	14
3.5 Steg 5- Tolke funn fra de individuelle studiene .....	16
3.6 Steg 6 Sammenligne funnene i studien .....	17
3.7 Steg 7 – Formulere anbefalinger for videre forskning .....	17
3.8 Ethiske overveielser .....	17
3.9 Kildekritikk .....	18
<b>4.0 RESULTAT .....</b>	<b>20</b>
4.1 Anfallsutløsende faktorer .....	20
4.1.1 Stress som anfallsutløsende faktor .....	20
4.1.2 Søvmangel som anfallsutløsende faktor.....	21
4.1.3 Utmattelse som anfallsutløsende faktor .....	22
4.2 Mestringsfremmende sykepleie .....	22
4.2.1 Kunnskapsnivå .....	23
4.2.2 Informasjon og mestring .....	23
<b>5.0 DISKUSJON.....</b>	<b>27</b>
5.1 Metodediskusjon .....	27
5.2 Resultatdiskusjon .....	30
5.2.1 Hyppig rapporterte anfallsutløsende faktorer.....	30
5.2.2 Kunnskap om anfallsutløsende faktorer .....	34
5.2.3 Mestringsfremmende kunnskap .....	35
5.2.4 Konsekvenser for praksis .....	39
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>40</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>42</b>

Vedlegg 1 PICO- skjema

Vedlegg 2 Oversikt over forskningsartikler

## 1.0 INNLEDNING

Temaet for litteraturstudien er epilepsi hos voksne. Dette temaet er aktuelt i forhold til forfatterens framtidige yrke som sykepleiere. Alle typer epilepsi og anfall er inkludert i denne litteraturstudien. Fokuset for studien er det sykepleiefaglige ansvaret i møte med pasienter som har epilepsi.

Rundt 40 000 mennesker har diagnosen epilepsi i Norge i dag (Norsk Epilepsiforbund i Ianke og Eriksen 2006). På en liste over de mest hyppige kroniske sykdommene i allmennpraksis i Norge, kommer epilepsi på 15. plass (Statistisk Sentralbyrå 2007). Epilepsi er med andre ord et svært aktuelt tema som angår mange mennesker.

Det overordnede formålet med behandlingen av pasienter med epilepsi er at pasientene blir anfallsfrie. Dette er imidlertid ikke alltid mulig. I slike tilfeller blir formålet å kontrollere anfallsfrekvensen så godt det lar seg gjøre (Jacobsen et al. 2001). For å kunne kontrollere anfallsfrekvensen hos pasienter med epilepsi, er det nødvendig å ha kunnskap om de ulike anfallsutløsende faktorene (Nakken 2003).

På grunnlag av dette er litteraturstudien todelt. Den ene delen er en kartlegging av de hyppigst rapporterte anfallsutløsende faktorene hos voksne med epilepsi. Den andre delen belyser hvordan sykepleiere kan hjelpe voksne pasienter med epilepsi med å mestre sin sykdom. Grunnen til denne todelingen er at sykepleiere trenger kunnskap om anfallsutløsende faktorer for å kunne hjelpe pasienter med å mestre sykdommen (Nakken 2003). Pasienter har rett til å få informasjon om sin sykdom. Dette er nedfelt i pasientrettighets lovens paragraf 3-2 (Lov om pasientrettigheter 2009). Litteraturstudien er derfor aktuell i forhold til hva pasientene har krav på når det gjelder informasjon om sin sykdom.

## ***1.1 Hensikt***

Hensikten med litteraturstudien var å kartlegge anfallsutløsende faktorer hos voksne pasienter med epilepsi, og undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe denne pasientgruppen med å mestre sin sykdom.

## ***1.2 Problemstilling***

For å kunne oppfylle hensikten med litteraturstudien, ble følgende problemstillinger formulert:

- Hvordan kan sykepleiere bidra til å redusere anfallsfrekvensen hos voksne pasienter med epilepsi?
- Hvilke anfallsutløsende faktorer blir hyppigst rapportert hos voksne pasienter med epilepsi?
- Hvor mye kunnskap har pasientene om de anfallsutløsende faktorene?

## **2.0 TEORIBAKGRUNN**

Det har fra gammelt av vært behov for kunnskap om epilepsi. Det er først i de senere år at denne kunnskapen har økt betraktelig. Dette har kommet til syne i form av flere publikasjoner, vitenskapelige artikler og bøker om sykdommen (Nakken 2003). Det er viktig at pasienter med epilepsi får tilstrekkelig informasjon for å mestre sin sykdom (Knutstad 2008).

Epilepsi er en sykdom knyttet til funksjonsforstyrrelse i hjernen. Epileptiske anfall oppstår ved at hjerneceller kommer med ukontrollerte elektriske ladninger. Når dette oppstår, skjer det nevrologiske forstyrrelser, som rykninger i deler eller hele kroppen og/eller bevissthetsforstyrrelser (Jacobsen et al. 2001).

I teoribakgrunnen presenteres aktuell teori i forhold til litteraturstudiets hensikt. Inndelingen av kapittelet er todelt. Først nevnes generell teori om sykdommen epilepsi. Videre belyses sammenhengen mellom epilepsi og mestring. Her presenteres generell teori om mestring, krisereaksjoner og sykepleie til pasienter med epilepsi.

### ***2.1 Epilepsi***

Det kan være flere ulike grunner til at epilepsi oppstår hos en person. Epilepsi kan være et resultat av en medfødt lidelse, tumor eller misdannede kar i hjernen. Videre kan epilepsi komme av ulike hjernesykdommer, som hjerneinfarkt, infeksjon eller hjerneblødning. Tilstanden kan også skyldes en senfølge etter en hodeskade, som for eksempel kan oppstå etter at en pasient har vært utsatt for en trafikkulykke (Jacobsen et al. 2009).

Man kan skille mellom flere ulike epileptiske anfall som arter seg på ulike måter. Det to hovedtypene av epileptiske anfall heter partielle anfall og generaliserte anfall. Slik navnet indikerer, skjer det ukontrollerte elektriske ladninger bare i deler av hjernen ved partielle anfall. Dette kan komme til uttrykk ved at bare deler av pasientens kropp får rykninger. (Jacobsen et al. 2009).



Generaliserte anfall vil si at hjerneceller i hele hjernen kommer med elektriske ladninger, slik at pasienten får rykninger i hele kroppen. En kan også skille mellom enkle anfall og komplekse anfall. Ved enkle anfall er pasienten ved full bevissthet under anfallet. Ved komplekse anfall blir pasientens bevissthet nedsatt eller endret. Et eksempel på et anfall hvor pasienten mister bevisstheten er generalisert tonisk- klonisk anfall, hvor pasienten blir bevisstløs og stiv før det oppstår rykninger i armer og bein. Varigheten på anfallet er som regel bare noen få minutter Etter et slikt anfall er pasienten ofte veldig trøtt og sliten. Det kan ta en tid før pasienten våkner helt (Jacobsen et al. 2009). Generelle tonisk- kloniske anfall kan debutere hos ungdommer eller unge voksne (Wyller 2006).

Enkelte pasienter med epilepsi kan få anfall uten rykninger i kroppen. Denne formen for anfall heter absensanfall. Pasienten er da ikke kontaktbar, og ofte vet ikke pasienten selv at han eller hun har hatt et anfall. Denne typen anfall debuterer ofte hos barn i førskolealderen (Wyller 2006).

Et epileptisk anfall er ikke skadelig i seg selv, men kan være skadelig dersom pasienten faller og slår seg, biter seg i tungen eller skader seg på annen måte under anfallet (Jacobsen et al. 2009). Etter at pasienten har gjennomgått et anfall, gjenopptar som regel hjernen normal funksjon etter kort tid (Wyller 2006). Det er imidlertid én type anfall som kan være svært skadelig for pasienter med epilepsi. Dette kalles status epilepticus og vil si at pasienten har en serie med anfall hvor vedkommende ikke kommer til bevissthet mellom anfallene eller hvor et anfall ikke tar slutt (Jacobsen et al. 2009). Ved status epilepticus er det en fare for at pasienten kan få permanent nervecelleskade. Denne faren er særlig stor om status epilepticus oppstår i forbindelse med et generalisert tonisk- klonisk anfall (Wyller 2006).

### **2.1.1 Medikamentell behandling av epilepsi**

Når det gjelder den medikamentelle behandlingen av epilepsi, finnes det mange ulike medikamenter som er med på å redusere anfall hos denne pasientgruppen. Antiepileptika reduserer anfall ved at medikamentene på ulike måter kan påvirke den elektriske aktiviteten i hjernecellene. Det foretrekkes å finne ett medikament som pasienten har god virkning av. Det er likevel noen pasienter som har en vanskelig kontrollerbar epilepsi, og da kan flere antiepileptiske medikamenter som har ulike virkningsmekanismer kombineres (Jacobsen et al. 2009).

Dosering av antiepileptiske legemidler er svært individuelt fra pasient til pasient. For å kunne tilpasse den individuelle doseringen, er det som regel nødvendig med regelmessige målinger av serumkonsentrasjonen av medikamentet i blodet. Doseringen av antiepileptika kommer også an på om pasienten bruker andre legemidler og om vedkommende bruker flere typer antiepileptika. Dette er fordi ikke alle typer antiepileptika anbefales å bruke samtidig eller med enkelte andre medikamenter (Jacobsen et al. 2009).

De ulike typene antiepileptika kan også bringe med seg ulike bivirkninger. De mest vanlige bivirkningene ved bruk av ulike antiepileptiske medikamenter er nedsatt konsentrasjon, søvnighet, lærevansker og koordinasjonsproblemer. Enkelte av disse legemidlene kan også føre til alvorlige leverskader (Wyller 2006). En annen svært viktig bivirkning av antiepileptika er at flere slike medikamenter kan ha en teratogen effekt. Dette vil si at de kan være skadelige for fosteret, noe som tilsier at gravide kvinner bør være forsiktige med bruken av slike antiepileptiske medikamenter. I enkelte tilfeller velger derfor moren å akseptere at hun får noen anfall, i stedet for å ta disse medisinene (Jacobsen et al. 2009).

## **2.2 Epilepsi og mestring**

Litteraturstudiets hensikt var blant annet å undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter som har epilepsi med å mestre sin sykdom. I denne sammenheng blir sykepleierens pedagogiske funksjon sentral (Tveiten 2008). Mestring kan beskrives som en rekke hensiktsmessige reaksjoner på alvorlige endringer i livet, som for eksempel å få en epilepsidiagnose. Slike endringer kan føre til at en føler meningsløshet og tap av mestringsevne. Pasienter som opplever alvorlige endringer i livet kan gå inn i en krise. For å kunne hjelpe disse pasientene er det nødvendig å ha kunnskap om mestring og krisereaksjoner (Eide og Eide 2007).

### **2.2.1 Mestringsteori**

Mestringsteorier har fokus på menneskers helse. Disse teoriene retter oppmerksomheten mot salutogenese, beskyttende faktorer og motstandsdyktighet. Salutogenese er en orientering som fokuserer på den friske delen av helse. Den er opptatt av for eksempel hva mennesket kan gjøre for å unngå negative faktorer og hva som gir god helse (Ekeland og Heggen 2008). I tillegg er mestringsteoriene opptatt av de ulike rammevilkårene som kan styrke motstandsdyktigheten (Gjærum, Grøholt og Sommerschild i Snoek og Engedal 2000).

I mestringsteorien er formålet å se hvilke faktorer som fører til at mennesker blir bedre skikket til å møte følelsesmessige ufordringer som livet gir (Snoek og Engedal 2000).

Mestringsteorien peker på at det er avgjørende for mennesker å kunne føle en indre sammenheng for å kunne mestre. For å kunne oppnå en slik sammenheng er det viktig at mennesket forstår den situasjonen det er oppe i. Videre er det viktig at mennesket har tro på at det kan finne løsninger på situasjonen. Til slutt er det viktig at mennesket føler at det er mening i å sette løsningene ut i livet (Snoek og Engedal 2000).

Det er viktig med kunnskap om sykdommen for pasientens mestring. Denne kunnskapen kan også føre til at pasienten lettere innretter seg etter den situasjonen han/hun er oppe i. Pasienter i krise trenger hjelp for å kunne mestre. En viktig forutsetning for mestring er

likevel at pasienten selv deltar aktivt. Dette paradokset kan oppleves som en utfordring for sykepleieres ferdigheter i forhold til kommunikasjon (Eide og Eide 2007).

### 2.2.2 Krisereaksjoner

Krisesituasjoner kan deles inn i to ulike typer: livskrise og traumatisk krise. Livskriser utvikles over tid. Dette kan for eksempel gjelde påkjenninger i forhold til pubertet, ekteskap eller alderdom. Traumatiske kriser omhandler derimot kriser knyttet til påkjenninger som ikke inngår i alles liv. Slike ekstraordinære påkjenninger kan for eksempel være knyttet til sykdom. Livskriser omfatter både reel skade og fare for skade (Eide og Eide 2007).

Når mennesker opplever krisesituasjoner, opereres det i teorien med fire faser. Først kommer sjokkfasen. I denne fasen reagerer mange med benektelse og forsvar. Mange stenger følelser og tanker ute i denne fasen. Sjokkfasen etterfølges av reaksjonsfasen. Her slippes de følelsesmessige reaksjonene til. Mange føler i denne fasen at følelsene strømmer på uten at de selv har kontroll på de. Enkelte kan reagere med forsvar også i denne fasen. Etter reaksjonsfasen følger bearbeidelsesfasen. I denne fasen skal hendelsen som utløste krisen bearbeides. Her gis det rom for det pasienten opplever som vanskelig og truende i forhold til den situasjonen han/hun er oppe i. Bearbeidelsesfasen følges til slutt av nyorienteringsfasen. I denne fasen er krisen bedre bearbeidet og pasienten opplever likevekt igjen (Horowitz et al. i Eide og Eide 2007).

Det er viktig å ta hensyn til at fasene kan gå inn i hverandre. Pasienter med sykdom og eventuelle tilbakefall kan også oppleve nye kriser underveis. Dette kan også gjelde epilepsipasienter som opplever nye epileptiske anfall (Eide og Eide 2007).

Inndelingen av de fire fasene i menneskers krisereaksjoner, kan være et nyttig hjelpemiddel for sykepleieren i forhold til å forstå pasienters reaksjon og hvilke behov han/hun har i forbindelse med denne (Eide og Eide 2007).

### 2.2.3 Epilepsi og sykepleie

Mennesker i krise trenger støtte og medmenneskelig kontakt. De kan ha behov for å fortelle om følelsene og tankene sine til noen. Sykepleiere har her en sentral funksjon i forhold til å hjelpe pasientene med å mestre sykdom og krise. For å oppnå dette, er det viktig at pasientene får god og tilstrekkelig informasjon om sin sykdom. På denne måten kan situasjonen oppleves som meningsfull igjen (Eide og Eide 2007).

Som sykepleier kan en ofte møte pasienter som sliter med maktesløshet og manglende tiltro til seg selv. Enkelte situasjoner kan føre til at pasientene får redusert sin opplevelse av mestring. Flere pasienter som havner i slike situasjoner, reagerer med hjelpsløshet og stress (Bunkholdt 2005).

En metode for å hjelpe pasienter med epilepsi på, kalles myndiggjøring eller empowerment. Hensikten med bruken av denne metoden er å styrke pasienters engasjement og egeninnsats. Metoden innebærer at pasienten selv skal få komme med forslag til hvordan situasjonen kan håndteres. På denne måten kan pasientene selv bestemme hvordan møtet mellom sykepleier og pasient skal foregå (Sandbæk i Bunkholdt 2005). Bruken av denne metoden kan føre til at pasienten opplever økt følelse av kompetanse og mestring (Sandbæk i Bunkholdt 2005).

Mennesker har en tendens til å velge å utføre aktiviteter som gir en følelse av mestring. Drivkraften for å velge disse aktivitetene er med andre ord følelsen av å være kompetent og mestrende. Det er derfor viktig at sykepleieren ikke presser pasienter til å snakke om sin epilepsi om de ikke er klar for det (Bunkholdt 2005).

I et intervju med en epilepsisykepleier ansatt ved epilepsienheten på Ullevål universitetssykehus fremgår det at mange pasienter med epilepsi trenger hjelp med å mestre sin sykdom. Sykepleiere har her en viktig funksjon i forhold til å skape trygghet for pasientene. Mange føler seg utrygge fordi de er redde for å få nye anfall. Økt kunnskap er nøkkelen for å kunne skape trygghet og fremme mestring hos pasientgruppen (Skjetne 2008).

I 2006 ble det utarbeidet en rapport i regi av NOVA, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Grunnlaget for rapporten var en spørreundersøkelse til

medlemmer i Norsk Epilepsiforbund og en kartlegging av hjelpetilbudet til pasienter med epilepsi. I denne rapporten fremgår det at mange ikke får tilbud om informasjon om sin sykdom (Janke og Eriksen 2006).

Ulike faktorer fremmer læring hos pasienten. Et rolig miljø i læringssituasjonen hindrer at pasientens oppmerksomhet blir avledet. Det er viktig at pasienten føler seg trygg i situasjonen, slik at vedkommende føler at han eller hun kan snakke fritt om sin sykdom. Undervisningen bør foregå på en uformell måte. Det kan føre til at pasienten kan avbryte sykepleieren og stille spørsmål eller be om utdypning om det er noe pasienten ikke forstår. Det blir da mer åpent for en dialog mellom pasient og sykepleier, som kan bidra til at pasienten får en mer personlig kontakt med sykepleieren. Sykepleieren bør bruke ord og uttrykk som pasienten selv kjenner. Mengden informasjon må ikke bli for stor i forhold til tiden som er avsatt (Tveiten 2008) .

I lov om pasientrettigheter (Lov om pasientrettigheter 2009) understrekes det at informasjonen som pasienten mottar skal være tilpasset vedkommendes individuelle forutsetninger. Dette kan nettopp være å gi informasjon ut ifra hvor mye erfaring pasienten har med sykdommen og ut ifra hvor mye informasjon pasienten er klar for å motta. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og sykepleieren skal sikre seg at pasienten har forstått den informasjonen som blir gitt (Lov om pasientrettigheter 2009).

Tidligere erfaringer spiller en rolle i forhold til om informasjonen som pasientene får i undervisningen blir benyttet i praksis. Kompetanse og kontroll kan oppnås ved at pasienten har positive erfaringer med å mestre ulike situasjoner. Om pasienten senere møter nye utfordringer, vil han eller hun lettere møte disse med en positiv innstilling og vilje (Bunkholdt 2005).

### **3.0 METODEBESKRIVELSE**

Metode kan defineres som en måte å tilegne seg kunnskap på. I tillegg til dette vil metoden være bestemmende for hvordan problemstillinger belyses (Aubert i Dalland 2007).

Forfatterne har benyttet litteraturstudie som metode. Utførelsen av litteraturstudien innebar å besvare problemstillingene ved å søke etter relevant forskning, kritisk vurdere og analysere den (Mulrow og Oxman i Forsberg og Wengström 2008).

For å systematisere arbeidet med litteraturstudien, ble Goodman`s systematiseringsmetode anvendt. Denne metoden er et hjelpemiddel i forhold til å finne og kritisk vurdere forskning innen sykepleiefaget. Metoden deles inn i syv steg (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Metodebeskrivelsen inndeles etter disse syv stegene.

#### ***3.1 Steg 1 - Presisere forskningsspørsmål***

Hensikten med litteraturstudien var å kartlegge anfallsutløsende faktorer hos voksne pasienter med epilepsi og undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe denne pasientgruppen med å mestre sin sykdom. Ut ifra dette ble tre problemstillinger formulert:

- Hvordan kan sykepleiere bidra til å redusere anfallsfrekvensen hos voksne pasienter med epilepsi?
- Hvilke anfallsutløsende faktorer blir hyppigst rapportert hos voksne pasienter med epilepsi?
- Hvor mye kunnskap har pasientene om de anfallsutløsende faktorene?

Det er viktig at problemstillingene formuleres slik at de kan besvares med relevant forskning og annen aktuell teori. Før problemstillingene blir formulert er det viktig å identifisere problemområdet. Når dette er gjort, kan problemområdet presiseres ved å skrive én eller flere problemstillinger (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

Det ble først formulert én problemstilling og tre forskningsspørsmål. Underveis i arbeidet med litteraturstudien innså forfatterne at dette kunne virke uklart og derfor ble de overnevnte problemstillingene formulert. Arbeidet med utformingen av problemstillingene utførte forfatterne sammen.

### ***3.2 Steg 2 – Presisere studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier***

Utarbeidelsen av inklusjonskriterier er viktig for resultatet av litteratursøkningen. Inklusjonskriteriene kan hindre at man drukner i informasjon (Dalland 2007).

Med problemstillingene som grunnlag ble følgende inklusjonskriterier i litteratursøkningen benyttet: artiklene skulle være publisert fra 2005 til 2010, de skulle være på norsk, svensk, dansk eller engelsk, deltagerne i søket skulle være barn og ungdom mellom 13 og 19 år, forskningsartiklene skulle være av bra eller middels kvalitet ifølge kvalitetsbedømmingen, og de skulle være relevante i forhold til temaet og problemstillingen. Etter hvert som forfatterne søkte etter forskningsartikler, viste det seg at det var svært vanskelig å finne forskning som omhandlet unge pasienter med epilepsi i alderen 13-19 år. Det ble derfor besluttet å endre temaet. Det nye temaet ble epilepsi hos voksne. Aldersgruppen ble endret til pasienter over 18 år. Forfatterne ønsket både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i litteraturstudien

Hensikten med å utarbeide eksklusjonskriterier er å avgrense antall treff i litteratursøkningen. Desto strengere kriterier som utarbeides, desto enklere blir det å håndtere resultatet av søket. Det er imidlertid viktig å begrunne hvorfor en velger de ulike kriteriene (Dalland 2007).

Forskning som ble utgitt før 2005, ble ekskludert fra studien. Grunnen til dette var at forfatterne skulle undersøke hva den nyeste forskningen sa om studiens tema. Videre ble forskningsartikler som ikke var relevante i forhold til litteraturstudiens tema og hensikt ekskludert. Artikler som ble kvalitetsbedømt som av dårlig kvalitet ble ikke benyttet. Forskningsartikler som ikke var refereebedømt ble heller ikke inkludert i litteraturstudien. Dette gjaldt også artikler som ikke var publisert på norsk, svensk, dansk eller engelsk



### ***3.3 Steg 3 Formulere en plan for litteratursøkningen***

Da litteratursøking er et omfattende og langvarig arbeid, kan en plan for søkingen systematisere og lette arbeidet. Denne planen kan deles i fire deler (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

#### **1. Identifisere tilgjengelige ressurser**

Da planen for litteratursøkningen ble utarbeidet, ble det satt av tid fra 17.08.09 til 18.12.09 til litteratursøk. Denne fristen ble ikke overholdt, grunnet endring av temaet. Søkingen ble avsluttet 02.03.10.

Forfatterne hadde tilgang til datamaskiner med internettilkobling og databaser både hjemme og på skolen. Før oppstart med litteratursøk deltok forfatterne på et kurs ledet av bibliotekar. Kurset inneholdt veiledning i forhold til selve litteratursøket, valg av databaser og bruken av disse. Her ble det også undervist i bruken av PICO- skjema. I tillegg til dette kurset, benyttet forfatterne seg av en times individuell veiledning av bibliotekar.

#### **2. Identifisere relevante kilder**

Forfatterne benyttet skolens databaser i litteratursøkningen. Følgende databaser ble besluttet å bruke: SweMed+, Norart, Ovid Medline og Proquest Nursing & Allied Health Source. Databasen som resulterte i flest relevante funn, var Ovid Medline. Denne databasen inneholder 95 % av den medisinske litteraturen. Dette gjelder også sykepleietidsskrifter. Mye av denne forskningen er av nyere dato (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Andre databaser som ble benyttet, var tilknyttet Ovid Medline. Dette gjelder EMBASE og British Nursing Index.

#### **3. Avgrense forskningsproblemet og avgjøre hovedtrekkene i søkene**

Forfatterne benyttet PICO-skjema for å strukturere litteratursøkningen. Dette skjemaet er inndelt i fire kategorier: ”patient/problem/population”, ”intervention”, ”comparison” og ”outcome” (Nortvedt et al. 2007). For å få en oversikt over søkeordene som ble benyttet, presenteres kategoriene i PICO- skjemaet hver for seg i metodebeskrivelsen. Forfatterne utarbeidet PICO- skjemaet sammen for å sikre at søkene ble utført så likt som mulig. Siden

begge forfatterne var noe uerfarne i forhold til litteratursøk, ble det i starten søkt i fellesskap. Utover søkeperioden søkte også forfatterne hver for seg hjemme.

Under ”patient/problem/population” i PICO-skjemaet ble søkeord som patient, cronic disease, cronic illness, epilepsy, seizure, epileptic disease, epileptic seizure, disease, illness og hospital benyttet. På norsk brukte forfatterne søkeordene pasient,epilepsi og anfall. I utgangspunktet hadde litteraturstudien epilepsi og unge som tema og søkeordene young, child, kid, adolescent og teenager ble derfor brukt. På norsk brukte forfatterne søkeordene ungdom, barn og tenåring. Siden ble søkeordet adult benyttet.

Under ”intervention” i PICO-skjemaet brukte forfatterne søkeordene nurse, techniques, self-management, tolerate, communication, education, learn, teach, adherence,sleep, rest, sleep-pattern, diet, nutrition, treat , manage, empowerment og prevent. På norsk ble følgende søkeord benyttet: empowerment ,undervisning, opplæring og sykepleie. I tillegg ble det svenske søkeordet vård brukt.

Under ”comparison” i PICO-skjemaet brukte forfatterne percipitant, factor, anxiety, initial symptoms, lifestyle, alcohol, drinking og trigger som søkeord. Livsstil og stress var de norske søkeordene forfatterne benyttet.

Under ”outcome” i skjemaet ble søkeordene self-control, behavior, reduce seizure, few seizure, reduce, live with og control benyttet. Begrense var det norske søkeordet som ble brukt.

Søkeordet precipitant førte til at forfatterne fant de fleste av artiklene som ble inkludert i litteraturstudien. For å se kombinasjonene av de ulike søkeordene som ble benyttet i søkene som resulterte i at forfatterne fant de inkluderte forskningsartiklene, se Vedlegg2.

Ordene ble trunkert for å utvide søkene. I tillegg ble den Booleske søkeoperatøren AND brukt for å innskrenke søkene. Mellom ulike synonymer brukte forfatterne den Booleske søkeoperatøren OR for å utvide søkene. Det ble ikke brukt indekserte ord under søkingen.

Gjennom hele søkeprosessen ble søkene avgrenset til artikler publisert mellom 2005 og 2010. Forfatterne overførte en del av søkene fra Ovid Medline til EMBASE og British

Nursing Index for å se om flere relevante forskningsartikler kom opp i disse databasene. Litteratursøket resulterte kun i kvantitative artikler som kunne benyttes i studien. Dette til tross for at forfatterne søkte spesifikt etter kvalitative forskningsartikler. Totalt 14 kvantitative forskningsartikler ble inkludert i litteraturstudien. En detaljert oversikt over søkehistorikk er vist i Vedlegg 2.

#### 4. Utvikle søkestrategier i de ulike databasene

Databasene som ble benyttet i litteratursøkene krevde ulike måter å søke på. Alle databasene hadde \$ som trunkeringstegn, bortsett fra Proquest Nursing & Allied Health Source, der trunkeringstegnet \* ble benyttet. I tillegg hadde samtlige databaser de Booleske søkeoperatørene AND og OR (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006 og Forsberg og Wengström 2008). I tillegg hadde databasen Norart den Booleske søkeoperatøren NOT. Det var to databaser der det ikke var mulig å begrense søket til publikasjonsår. Dette gjaldt SweMed+ og ProQuest Nursing & Allied Health Source. Avansert søk ble benyttet i alle databaser unntatt Norart, der dette ikke var mulig. Flere søk ble kombinert i den samme databasen, unntatt i Norart og ProQuest Nursing & Allied Health Source.

### ***3.4 Steg 4- Gjennomføre litteratursøkningen og kvalitetsbedømme forskning***

Forskningsartikler ble først grovsortert ved å lese overskriftene og abstraktene. Videre ble de aktuelle artiklene skumlest for å vurdere relevansen i forhold til temaet for litteraturstudien. Begge forfatterne hadde alle artiklene, og leste gjennom disse for så å bli enige om hvilke som var relevante for temaet i litteraturstudien. Den relevante forskningen ble kvalitetsbedømt ved hjelp av Wilmans kvalitetsbedømmingsskjema for kvantitative artikler (Wilman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Forfatterne kvalitetsbedømte alle forskningsartiklene hver for seg i første omgang. Etter dette var gjennomført gikk de gjennom artiklene og kvalitetsbedømmingen sammen for å bli enige om den endelige bedømmingen for hver forskningsartikkel. Skjemaet var lett å bruke og forståelig for forfatterne. I alt ble 16 forskningartikler kvalitetsbedømt, hvorav 14 ble inkludert i litteraturstudien. Av disse hadde 11 bra kvalitet ifølge kvalitetsbedømmingen, mens de resterende 3 hadde middels kvalitet. Samtlige artikler var refreevurdert og ingen reviewartikler ble benyttet i litteraturstudien. Alle de 14 artiklene var på engelsk.

Tema, metode og hovedfunn ble skissert i et sammendrag av hver av artiklene. Forfatterne delte artiklene mellom seg og skrev sammendrag på hver sine artikler. Siden ble disse sammendragene gjennomgått i fellesskap. Sammendragene gav forfatterne en bedre oversikt over artiklene, noe som var svært nyttig i forhold til det videre arbeidet med litteraturstudien, særlig med tanke på utformingen av resultatkapittelet. Likheter og ulikheter i artiklene ble skissert i en tabell (Tabell 1), som også viste seg å være nyttig i det videre arbeidet. Tabellen ble utarbeidet i fellesskap, slik at begge forfatterne fikk god oversikt over funnene i litteraturstudien. Denne tabellen ble inkludert i metodebeskrivelsen fordi den viste seg å være et av de viktigste hjelpemidlene i arbeidet med litteraturstudien.

**Tabell 1: Oversikt over likheter og ulikheter i forskningsartiklene**

<b>Har erfart anfallsutløsende faktorer</b>	<b>Stress hyppig rapportert anfallsutløsende faktor</b>	<b>Søvnmangel hyppig rapportert anfallsutløsende faktor</b>	<b>Utmattelse hyppig rapportert anfallsutløsende faktor</b>
Lee og No 2005		Lee og No 2005	
Nakken et al. 2005	Nakken et al. 2005	Nakken et al. 2005	Nakken et al. 2005
Pinikahana og Dono 2009a	Pinikahana og Dono 2009a	Pinikahana og Dono 2009a	Pinikahana og Dono 2009a
Pinikahana og Dono 2009b	Pinikahana og Dono 2009b	Pinikahana og Dono 2009b	Pinikahana og Dono 2009b
Pinikahana og Dono 2009c	Pinikahana og Dono 2009c	Pinikahana og Dono 2009c	Pinikahana og Dono 2009c
	Sare et al. 2007	Sare et al. 2007	
Sousa et al. 2005	Sousa et al. 2005	Sousa et al. 2005	
Sperling et al. 2008	Sperling et al. 2008	Sperling et al. 2008	
Tan et al. 2005	Tan et al. 2005		

<b>Pasientene føler de har behov for kunnskap</b>	<b>Pasientene føler de ikke har behov for kunnskap</b>
DiIorio et al. 2006	
Helde et al. 2005	
Jones et al. 2006	
McAuley et al. 2008	
Paschal et al. 2007	
Sare et al. 2007	Sare et al. 2007
Tan et al. 2005	Tan et al. 2005

<b>Ønsker informasjon om sykdommen fra sykepleier</b>	<b>Ønsker informasjon fra annet helsepersonell enn sykepleier om sykdommen</b>
DiIorio et al. 2006	Sare et al. 2007
Helde et al. 2005	
McAuley et al. 2008	
Paschal et al. 2007	

### ***3.5 Steg 5- Tolke funn fra de individuelle studiene***

Funnene i litteraturstudien ble tolket ved hjelp av de nevnte sammendragene og tabellen over likheter og ulikheter. Tolkningen av funnene i litteraturstudien ble utført av begge forfatterne i fellesskap. Forfatterne samarbeidet også i arbeidet med utformingen av resultatkapitlet. I likhet med studiens hensikt, er resultatkapitlet todelt. Den første delen omfatter anfallsutløsende faktorer hos pasienter med epilepsi. Denne delen er igjen inndelt i tre deler etter de tre hyppigst rapporterte anfallsutløsende faktorene. Den andre delen av resultatkapitlet omhandler sykepleiers pedagogiske funksjon, som igjen er todelt. Først blir kunnskapsnivået til pasientene presentert, før sykepleiers rolle i forhold til å informere pasienter og fremme mestring belyses. Gjennom hele kapitlet presenteres like funn samtidig, samt eventuelle ulikheter. Hensikten med denne inndelingen er at funnene legges frem på en strukturert og oversiktlig måte.

### ***3.6 Steg 6 Sammenligne funnene i studien***

Tolkningen av funnene fra de individuelle studiene la et grunnlag for utformingen av resultatdiskusjonen. Her er funnene drøftet opp imot teoribakgrunn, annen relevant teori og forskning. Også i dette kapitlet blir likheter og eventuelle ulikheter presentert samtidig under hvert forskningsspørsmål. Videre blir svakheter og styrker ved de ulike artiklene og deres funn drøftet. Funnene i studien gav forfatterne et godt grunnlag for å besvare problemstillingen. Utformingen av resultatdiskusjonen ble utarbeidet i fellesskap.

### ***3.7 Steg 7 – Formulere anbefalinger for videre forskning***

Funnene fra litteraturstudien viste tydelig at det er nødvendig med mer forskning på enkelte områder. Anbefalingene for videre forskning blir presentert både i resultatdiskusjonen og siden oppsummert i studiens konklusjon.

### ***3.8 Ethiske overveielser***

Ethiske overveielser er sentrale i arbeidet med en litteraturstudie. Under presenteres aktuelle etiske vurderinger både i forhold til forskning generelt og forfatterens eget arbeid med studien. I arbeidet med forskning settes det etiske krav. Før man setter i gang med en litteraturstudie, er det viktig å gjøre etiske vurderinger. En bør vurdere om ny kunnskap om temaet kan benyttes i dagens praksis og om denne kunnskapen kan komme deltagerne i studien til gode. Deltagerne skal føle at det nytter å delta i forskningsstudier. For å beskytte deltagere i forskning benyttes Helsinkideklarasjonen, som blant annet danner grunnlag for en rekke etiske retningslinjer. Helsinkideklarasjonen nevner at forskningen skal ta hensyn til deltakernes integritet og helse (Dalland 2007).

Sju av forskningsartiklene som er inkludert i studien, nevner at de har fått etisk godkjenning fra ulike komitéer. Forfatterne vet ikke om de resterende studiene ikke er etisk godkjent eller om det bare ikke er omtalt i artiklene.

Når en bruker litteraturstudie som metode, er det viktig at innholdet i forskningen forstås og tolkes på riktig måte. Samtlige forskningsartikler som ble benyttet i litteraturstudien, var på engelsk. Under arbeidet med oversettelsen, ble det benyttet ordbøker for å sikre at innholdet ble forstått på riktig måte. Til tross for dette er det en mulighet for at noe av innholdet er blitt mistolket eller misforstått.

### **3.9 Kildekritikk**

Hensikten med kildekritikk er å finne litteratur som er relevant i forhold til litteraturstudiets problemstilling, belyse hvilken litteratur som er valgt, samt å begrunne hvorfor den er benyttet (Dalland 2007).

En av problemstillingene i litteraturstudiet omhandlet hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere anfallsfrekvensen hos voksne pasienter med epilepsi. For å kunne besvare denne problemstillingen, besluttet forfatterne at det var nødvendig å ha kunnskap om epilepsi generelt og om faktorer som kunne utløse epileptiske anfall. Her ble både pensumlitteratur og annen relevant teori benyttet.

Like viktig som å ha kunnskap om sykdommen, mente forfatterne at kunnskap om sykepleierens pedagogiske funksjon var viktig. Her ble pensumlitteratur, annet litteratur og rapporter benyttet. Siden mestring var et sentralt begrep i studiens hensikt, ble pensumlitteratur i psykologi og kommunikasjon anvendt. I arbeidet med utformingen av litteraturstudien benyttet forfatterne ulike bøker om forskningsarbeid og oppgaveskriving.

Litteraturen som ble benyttet, ble enten funnet via søk i BIBSYS på Høgskolens bibliotek eller funnet ved hjelp av ulike databaser. Ikke alle databasene var like oversiktlige å lette og bruke. Enkelte av databasene hadde ikke mulighet for å lage en søkehistorikk og kombinere søkeordene etter hvert som søkeordene ble brukt. Enkelte av databasene inneholdt svært få relevante forskningsartikler for litteraturstudien. Dette gjaldt særlig de nordiske databasene Norart og SveMed+. Litteratur av nyere dato var å foretrekke. Den eldste boka som ble benyttet er fra 2000. Siden noe av litteraturen som ble brukt i litteraturstudien er eldre enn fem år gammel, kan dette ha innvirkning på hvor relevant denne teorien er for dagens praksis. Arbeidet med å finne relevant teori har vist at det

finnes lite litteratur av nyere dato om anfallsutløsende faktorer og sykepleiers rolle i forhold til pasienter med epilepsi.



## **4.0 RESULTAT**

I dette kapitlet presenteres litteraturstudiens hovedfunn. Da hensikten med studien er todelt, presenteres også funnene i to deler. Den ene delen omhandler de hyppigst rapporterte anfallsutløsende faktorene, mens det i den andre delen presenteres funn i forhold til hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter som har epilepsi med å mestre sin sykdom.

### ***4.1 Anfallsutløsende faktorer***

For å kunne besvare litteraturstudiens problemstillinger, ble anfallsutløsende faktorer hos voksne pasienter med epilepsi kartlagt. Flertallet av pasientene med epilepsi hadde erfart og kunne identifisere minst én anfallsutløsende faktor (Sousa et al. 2005, Pinikahana og Dono 2009b, Tan et al. 2005, Pinikahana og Dono 2009a, Pinikahana og Dono 2009c, Sperling et al. 2008 og Nakken et al. 2005).

Litteraturstudien viser tydelig at tre anfallsutløsende faktorer skiller seg ut som de hyppigst rapporterte. Dette gjelder stress, søvnmangel og utmattelse.

#### **4.1.1 Stress som anfallsutløsende faktor**

Stress er den anfallsutløsende faktoren som blir rapportert hyppigst i forskningsartiklene som ble inkludert i litteraturstudien. I åtte av studiene rangerte deltagerne de ulike faktorene etter hyppighet. Samtlige studier viser at stress ble rangert som nummer tre eller høyere (Sousa et al. 2005, Sare et al. 2007, Sperling et al. 2008, Nakken et al. 2005, Tan et al. 2005, Pinikahana og Dono 2009a, Pinikahana og Dono 2009c og Pinikahana og Dono 2009b).

Sousa et al. (2005) sin studie viser at pasienter over 30 år rapporterte stress i høyere grad enn de som var yngre. Dette funnet samsvarer ikke med et annet funn i litteraturstudien. En studie av Pinikahana og Dono (2009a) viser nemlig at desto høyere alder deltagerne hadde, desto færre anfallsutløsende faktorer hadde de erfart.

Suosa et al. (2005) sin studie viser at de kvinnelige pasientene opplevde stress hyppigere enn de mannlige. I studien utført av Sare et al. (2007) er det kun mannlige deltagere. Likevel er stress den hyppigste anfallsutløsende faktoren (Sare et al. 2007).

Litteraturstudien viser at daglige vanskeligheter kan utløse stress. Slike vanskeligheter øker dermed faren for å få epileptiske anfall, mens positive erfaringer ikke gjør det. (Temkin og Davis i Nakken et al. 2005). Dette funnet bekreftes i Sare et al. (2007) sin studie, som omhandler voksne menn med epilepsi. Her fremgår det at en rekke bekymringer i hverdagen kan utløse stress. Mennene i denne studien rapporterte at de vanligste bekymringene deres var om de fikk lov å kjøre bil når de hadde epilepsi og hvilket lønnet arbeid de ville få (Sare et al. 2007). Mange pasienter forebygger epileptiske anfall ved å forsøke å unngå stressende situasjoner som har utløst anfall tidligere (Lee og No 2005).

To av forskningsartiklene i litteraturstudien omhandler pårørendes opplevelse av anfallsutløsende faktorer hos pasienter med epilepsi (Pinikahana og Dono 2009c og Pinikahana og Dono 2009b). Funnene i disse forskningsartiklene samsvarer med de øvrige funnene i litteraturstudien. Pårørende rapporterer at stress er en faktor som hyppig utløser epileptiske anfall (Pinikahana og Dono 2009c og Pinikahana og Dono 2009b).

Sperling et al. (2008) poengterer at stress kan påvirkes av andre anfallsutløsende faktorer, for eksempel søvnmangel. Det hevdes her at søvnmangel kan føre til stress og omvendt (Sperling et al. 2008). Dette funnet bekreftes i både Nakken et al. (2005) sin studie, studien til Sousa et al. (2005) og to studier av Pinikahana og Dono (2009a og 2009b). I disse studiene konstanteres det at korrelasjonen mellom stress og søvnmangel er høy (Nakken et al. 2005, Pinikahana og Dono 2009a og Pinikahana og Dono 2009b).

#### **4.1.2 Søvnmangel som anfallsutløsende faktor**

Samtlige inkluderte artikler i litteraturstudien som ba deltakerne om å rangere ulike anfallsutløsende faktorer rangerte søvnmangel på topp 3 av listen (Sperling et al. 2008, Nakken et al. 2005, Sousa et al. 2005, Pinikahana og Dono 2009a, Pinikahana og Dono 2009 b, Pinikahana og Dono 2009c og Sare et al. 2007 og Lee og No 2005).

To av studiene som er inkludert i litteraturstudien omhandler pårørendes oppfattelse av hvilke faktorer som utløser epileptiske anfall. Litteraturstudien viser at pårørende rapporterer søvnmangel som en viktig faktor i likhet med pasientene selv (Pinikahana og Dono 2009c og Pinikahana og Dono 2009b).

Forfatterne har funnet at yngre pasienter oftere oppgir søvnmangel som en anfallsutløsende faktor (Souosa et al. 2005). Dette bekreftes også i Pinikahana og Dono (2009a) sin studie. Her heter det at søvnmangel rapporteres hyppigere hos yngre pasienter enn eldre (Pinikahana og Dono 2009a).

#### **4.1.3 Utmattelse som anfallsutløsende faktor**

Utmattelse er en av faktorene som peker seg ut i litteraturstudien som en hyppig årsak til epileptiske anfall. Fire inkluderte artikler i studien rangerer utmattelse på toppen av listen over faktorer som kan utløse anfall (Pinikahana og Dono 2009a, Pinikahana og Dono 2009b, Pinikahana og Dono 2009c og Nakken et al. 2005).

Funnene viser at det er en sammenheng mellom søvnmangel og utmattelse. To av Pinikahana og Dono (2009a og 2009b) sine studier viser at korrelasjonen mellom disse to anfallsutløsende faktorene er høy.

Ingen av forskningsartiklene som nevner utmattelse som en hyppig anfallsutløsende faktor reflekterer over årsaker til at faktoren er så vanlig hos pasientene med epilepsi

## ***4.2 Mestringsfremmende sykepleie***

Hensikten med litteraturstudien var blant annet å undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter som har epilepsi med å mestre sin sykdom. I denne sammenhengen er sykepleierens pedagogiske funksjon sentral. Forfatterne ønsket å belyse hvordan sykepleiere kan gi pasienter med epilepsi den informasjonen de trenger for å kunne leve med sykdommen uten for mange begrensninger.

### **4.2.1 Kunnskapsnivå**

Sju av artiklene inkludert i litteraturstudien får fram at pasienter har manglende kunnskap om sin sykdom. De har derfor behov for mer informasjon for å mestre sin sykdom bedre (Tan et al. 2005, Sare et al. 2007, Jones et al. 2006, DiIorio et al. 2006, Helde et al. 2005, Paschal et al. 2007 og McAuley et al. 2008).

Litteraturstudien viser at behovet for informasjon om epilepsi er stort. I McAuley et al. (2008) sin studie konkluderes det med at pasientene har behov for mer kunnskap om andre faktorer enn medisiner når det gjelder epilepsi. Dette funnet bekreftes i Paschal et al. (2007) sin studie. Her rapporterte pasientene at de trengte mer informasjon om sykdommen sin (Paschal et al. 2007). Annen informasjon enn medisiner kan være med på å redusere anfall hos pasienter med epilepsi (Jones et al. 2006).

Tan et al. (2005) konkluderer også med at det er behov for mer kunnskap om epilepsi hos denne pasientgruppen. I denne studien oppga hele 67.5 % av deltagerne at de ikke greide å nevne ene eneste faktor som kan være anfallsutløsende (Tan et al. 2005). I litteraturstudien har forfatterne imidlertid motstridende funn. Sousa et al. (2005) kommer frem til at pasientene ikke mangler kunnskap om anfallsutløsende faktorer. I Sare et al. (2007) sin studie mente over halvparten av deltagerne at de hadde middels god kunnskap om epilepsi. Studien til Tan et al. (2005) avdekker at både informasjon og kunnskap om å mestre sin sykdom bør komme fra undervisning og veiledning.

### **4.2.2 Informasjon og mestring**

Det er viktig at pasienter med epilepsi får informasjon om sykdommen for å fremme mestring (Pinikahana og Dono 2009c og Paschal et al. 2007). Paschal et al. (2007) fant i sin studie at deltagerne kunne tenke seg å bli informert av sykepleier om hvordan de selv kunne mestre sykdommen sin. En annen studie (Sare et al. 2007) viser imidlertid at spesialistsykepleiere var de som kom på sisteplass på listen over personer pasientene ville henvende seg til for å få kunnskap om sin sykdom. Disse pasientene oppga at de aller helst ønsket å snakke med sin lege om sykdommen (Sare et al. 2007). Litteraturstudien viser

videre at pasienter som var fornøyde med legene sine hadde større evne til mestring (DiIorio et al. 2006).

For å forebygge epileptiske anfall er det viktig at pasientene får informasjon om anfallsutløsende faktorer (Tan et al. 2005). Ved at pasientene har kunnskap om anfallsutløsende faktorer, kan de få en bedre forståelse for hvordan anfall kan unngås (Sperling et al. 2008). Det er avgjørende for pasienter å føle en indre sammenheng for å kunne mestre. Denne sammenhengen kan oppnås ved at pasienten forstår den situasjonen han/hun er oppe i (Snoek og Engedal 2000).

Jones et al. (2006) viste at pasienter som hadde stort behov for mer kunnskap om sin sykdom hadde fler anfall enn de som hadde bedre kontroll på sykdommen. Jones et al. (2006) konkluderer med at disse pasientene trenger informasjon om sykdommen for å minske antall anfall. Sykepleieren har en viktig oppgave i forhold til å informere pasientene, slik at de kan mestre sin sykdom bedre (Sousa et al. 2005, Paschal et al. 2007 og Helde et al. 2005). Dette bekreftes i McAuley et al. (2008) sin studie. Her konkluderes det med at jevnlig samtaler eller diskusjoner om sykdommen er viktig (McAuley et al. 2008). Pasienten bør få være med på å bestemme hvilken informasjon som skal gis utifra hvilken informasjon de selv har behov for (Paschal et al. 2007).

Det å ha en følelse av kontroll over sykdommen, er viktig for å redusere antall anfall (Jones et al. 2006). Det viser seg at det ikke bare er mangel på kunnskap som fører til at pasienter med epilepsi har liten kontroll på sin egen sykdom. Mange av de som hadde tilstrekkelig kunnskap om anfallsutløsende faktorer, greide ikke å anvende denne kunnskapen i praksis slik at de kunne forebygge epileptiske anfall (Sousa et al. 2005). Pasienter som hadde dårlig kontroll på sykdommen hadde også mer angst enn pasienter med bedre kontroll. Denne angsten førte igjen til flere anfall hos disse pasientene (Jones et al. 2006 og Sperling et al. 2008). Pasienter som hadde god kontroll over anfallene var flinkere til å ta medisiner og unngå de anfallsutløsende faktorene (Paschal et al. 2007).

Pasientens tro på at den informasjonen han eller hun mottar, har betydning for om denne informasjonen blir anvendt i praksis. Det avdekkes at det bare er pasienter som har tro på at anfallsforebygging virker, som anvender denne informasjonen i praksis (Lee og No 2005).

Tro på sykepleieren viser seg også å være viktig. Pasienter med epilepsi som ikke hadde tro på at sykepleieren kunne hjelpe, rapporterte oftere om anfallsframkallende faktorer enn pasienter som hadde tro på sykepleieren (Sperling et al. 2008 og DiIorio et al. 2006).

En annen faktor som er viktig for å fremme mestring av epilepsi, er antiepileptiske medikamenter (McAuley et al. 2008). Mange pasienter har større tro på medikamentelle tiltak enn ikke- medikamentelle tiltak (Jones et al. 2006 og McAuley et al. 2008). Likevel viser det seg at mange pasienter ikke er så flinke til å ta medisinene sine (Jones et al. 2006). Manglende medisiner er også en faktor som kan utløse anfall hos pasienter med epilepsi ( Sare et al. 2007 og Tan et al. 2005). Det viser seg at enkelte pasienter oppgir at de er flinkere med å ta sine medisiner enn de faktisk er (McAuley et al. 2008). Dette viser at det er viktig både med informasjon om medikamentell og ikke- medikamentell forebygging (Lee og No 2005 og Sousa et al. 2005).

DiIorio et al. (2006) avdekker at det er viktig at sykepleieren skaper et godt miljø der pasienten føler seg fri til å diskutere temaer relatert til det å leve med epilepsi. Studien rapporterer videre at det er viktig at sykepleieren støtter pasienten og gir anerkjennelse for pasientens evne til mestring. Tillit mellom pasienten og sykepleieren er vesentlig for at pasientens læringsutbytte skal bli bra (DiIorio et al. 2006). Det er også viktig at pasienten føler seg trygg i situasjonen (McAuley et al. 2008). Litteraturstudien viser at pasienter som følte de hadde liten kontroll på sin sykdom kunne ha nytte av psykisk støtte (Jones et al. 2006). Studien til Helde et al. (2005) viser at kontinuerlig oppfølging, råd og undervisning har en positiv effekt på pasientenes evne til mestring av sin sykdom.

Studien viser at pasienters tidligere erfaringer har stor betydning for fremtidig mestring. Positive erfaringer kan føre til økt følelse av kontroll som igjen kan føre til økt tro på mestring hos pasienter med epilepsi (DiIorio et al. 2006).

Informasjon om sykdommen er viktig for å fremme mestring hos pasienter med epilepsi. Likevel kan informasjon ha en negativ innvirkning på pasientens anfallsfrekvens. Om pasienten mottar for mye informasjon på for kort tid, kan det føre til mer stress hos pasienten ( Pinikahana og Dono 2009b). Stress er en hyppig rapportert anfallsutløsende faktor (Sousa et al. 2005, Sare et al. 2007, Sperling et al. 2008, Nakken et al. 2005, Tan

et.al. 2005, Pinikahana og Dono 2009a, Pinikahana og Dono 2009c og Pinikahana og Dono 2009b).

## 5.0 DISKUSJON

Hensikten med diskusjonskapittelet er å vise hvordan funnene i litteraturstudien samsvarer med allerede eksisterende litteratur (Dalland 2007). Kapittelet er delt inn i en metodediskusjon og en resultatdiskusjon. I metodediskusjonen drøftes svakheter og styrker i forhold til fremgangsmåten av litteraturstudien. I resultatdiskusjonen drøftes svakheter og styrker ved funnene av studien. Funnene drøftes opp imot problemstillingene ved hjelp av teoribakgrunn og annen relevant teori og forskning. I tillegg belyses relevansen funnene har for sykepleieres yrkesutøvelse og anbefalinger for videre forskning presenteres.

### 5.1 Metodediskusjon

Forfatterne av litteraturstudien har selv ingen erfaringer fra praksis i forhold til voksne pasienter med epilepsi. Dette har både fordeler og ulemper. En fordel er at forfatterne har hatt få forutinntatte meninger om anfallsutløsende faktorer og pasienter med epilepsi sin evne til mestring av sykdommen. Forfatterne stilte seg på denne måten svært åpne for hvilke funn litteraturstudien ville gi. En ulempe er at forfatterne mister en viktig innfallsvinkel når de ikke har erfaringer knyttet til pasientgruppen litteraturstudien omhandler. En slik innfallsvinkel ville vært verdifull i resultatdiskusjonen.

Når det gjelder søkeprosessen, finnes enkelte svakheter. Da temaet for litteraturstudien ble endret så sent som i januar, måtte forfatterne starte hele søkeprosessen på nytt. Dette er tidkrevende og forfatterne hadde ikke like god tid til søkeprosessen som først beregnet. Faren ved dette er at prosessen bar preg av hastverk, noe som kan ha ført til at relevante forskningsartikler ikke ble oppdaget.

Temaet for studien er epilepsi hos voksne. I inklusjonskriteriene ble dette definert som personer over 18 år. To av de inkluderte forskningsartiklene i studien omhandler likevel personer under 18 år. Dette gjelder en studie der deltagerne er fra 13 - 54 år og en der deltagerne er fra 16-61 år. Grunnen til at forfatterne har valgt å inkludere artiklene tross dette, er både fordi majoriteten av deltagerne var over 18 år og at det viste seg vanskelig å finne forskning på temaet som var begrenset til en viss aldersgruppe. Dette er likevel en svakhet med studien fordi det kan være store forskjeller på 13 år gamle pasienter og voksne pasienter over 18 år.



Av de 14 forskningsartiklene som er inkludert i studien, er fire fra USA, tre fra Australia, to fra Storbritannia, en fra Korea, en fra Brasil, en fra Singapore og en fra Norge. I tillegg er en av studiene utført i både Norge, Danmark og USA. Det at studiene er utført i så mange forskjellige land, kan ses på både som en svakhet og en styrke. Siden funnene i de ulike landene viste seg å samsvare i høy grad, blir funnene i litteraturstudien slik sett mer valide. Dette kan ses på som en styrke fordi funnene i litteraturstudien på denne måten er relevante for sykepleiere i flere ulike land.

Det å inkludere studier fra så mange land kan også ses på som en svakhet med litteraturstudien. Om alle de 14 artiklene hadde vært utført i Norge, ville en fått et bedre bilde på hva som er relevant i forhold til norske sykepleieres yrkesutøvelse.

En av studiene ble som tidligere nevnt utført i tre forskjellige land. Dette kan ses på som en styrke fordi eventuelle likheter og ulikheter blant pasienter med epilepsi i de ulike landene blir synliggjort. To av forskningsstudiene er utført i Norge. Dette gjør funnene i litteraturstudien relevante for sykepleiere og voksne pasienter med epilepsi i Norge.

Samtlige forskningsartikler som er inkludert i litteraturstudien er kvantitative. Dette kan også være både en svakhet og en styrke. Svakheten er at disse kanskje ikke gir et godt nok bilde på pasientenes opplevelse av sykepleien som utøves. Styrken er at dette har medført at litteraturstudien lettere kan kartlegge hvilke anfallsutløsende faktorer som blir hyppigst rapportert. Om forfatterne hadde funnet kvalitative forskningsartikler i tillegg, kunne kanskje sykepleiers rolle i forhold til pasienter med epilepsi vært tydeligere belyst.

Det at forfatterens litteratursøk ikke resulterte i noen kvalitative forskningsartikler, kan skyldes at forfatterne er uerfarne når det gjelder søk i databaser. Det kan være at andre søkeord burde ha vært benyttet for å finne kvalitative forskningsartikler. Det er også muligheter for at databasene ikke ble brukt på riktig måte.

Forfatterne har benyttet Goodmans systemiseringsmetode i sju steg under arbeidet med studien. Fordelen med dette er at gjennomføringen av litteraturstudiet har blitt strukturert og oversiktlig. Forfatterne fikk bedre forståelse av hvordan arbeidet med litteraturstudien skulle utføres ved hjelp av disse sju stegene. I tillegg ble disse sju stegene benyttet for å strukturere studiens metodebeskrivelse (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006).

Siden de syv stegene er svenske, er det viktig å ta høyde for at forfatterne kan ha misforstått innholdet i systemiseringsmetoden og derfor brukt denne på feil måte.

Tre av forskningsartiklene i studien er skrevet av de samme to forfatterne. Dette kan ses på som en svakhet fordi disse forfatterne dermed kan ha forutinntatte meninger om hva resultatet av studiene vil kunne bli. Dette kan føre til at studien ikke belyser alle sidene ved problemstillingen som den kunne ha gjort om artiklene var skrevet av ulike forfattere. Det finnes også styrker ved at flere forskningsartikler er skrevet av samme forfattere.

Forfatterne av artiklene har sannsynligvis utviklet seg underveis, og vil derfor kunne sitte på verdifull kunnskap som er nyttig i videre forskning.

Forskningsartiklene som er inkludert i litteraturstudien er publisert i to forskjellige tidsskrifter. Åtte av artiklene er publisert i tidsskriftet *Epilepsy & Behavior*, mens de resterende seks artiklene er publisert i tidsskriftet *Seizure*. Risikoen med å bruke så få tidsskrifter, er at funnene i litteraturstudien kan bli noe ensidige. Hadde forfatterne funnet artikler fra flere ulike tidsskrifter, kunne funnene bli mer varierte og eventuelt mer valide. Styrken med at artiklene i studien er publisert i kun to forskjellige tidsskrifter, kan være at dette viser at tidsskriftet har mange relevante forskningsartikler. Dette kan styrke validiteten på funnene.

Et PICO- skjema ble benyttet i arbeidet med litteratursøkene. Dette strukturerte søkene og gav forfatterne god oversikt over søkeordene. PICO- skjemaet gjorde det også enklere å fortsette søkeprosessen på et senere tidspunkt. Bruken av skjemaet gjorde det også lettere for forfatterne å søke hver for seg. Det er imidlertid en mulighet for at forfatterne kan ha plassert søkeord i feil rubrikk i skjemaet.

Forfatterne har inkludert én tabell i metodebeskrivelsen. Denne tabellen viser likheter og ulikheter i funn av de ulike studiene. Tabellen har vært et viktig redskap i arbeidet med litteraturstudien. Forfatterne mener inklusjonen av tabellen i studien gjør det enklere for lesere å se hvordan utførelsen av studien er gjennomført.

Utarbeidelsen av eksklusjons- og inklusjonskriteriene lettet arbeidet mye i forhold til søkeprosessen. Søketreffene ble betydelig begrenset, noe som sparte forfatterne for unødig

arbeid. Fordelen med å bruke slike kriterier er også at det øker sannsynligheten for at man finner artikler som er relevante i forhold til studiens hensikt og problemstilling.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Hensikten med litteraturstudien var å kartlegge anfallsutløsende faktorer hos voksne pasienter med epilepsi og undersøke hvordan sykepleiere kan fremme mestring hos denne pasientgruppen. Ut ifra dette ble tre problemstillinger formulert. I resultatdiskusjonen drøftes funn fra litteraturstudien opp imot teoribakgrunnen og annen relevant forskning og teori forfatterne har benyttet.

### **5.2.1 Hyppig rapporterte anfallsutløsende faktorer**

Anfallsutløsende faktorer har en tendens til å bli nedprioritert i behandlingen av pasienter med epilepsi som et supplement til den tradisjonelle behandlingen (Nakken et al. 2003). Likevel viser det seg at kunnskap om anfallsutløsende faktorer er viktig for å kunne forebygge epileptiske anfall (Tan et al. 2005). Det viser seg at forebygging av epileptiske anfall kan føre til at en betydelig del av pasientene slipper å bruke medikamenter (Bjørndal 2008). Detaljert informasjon om både medikamentell og ikke- medikamentell forebygging er derfor svært verdifull i arbeidet med pasienter som har epilepsi (Lee og No 2005).

#### **Stress som anfallsutløsende faktor**

Kroniske sykdommer som epilepsi kan føre til stress. Det å skulle leve med denne sykdommen kan føre til psykiske vansker og emosjonelt stress (Souza et al. 2006). Litteraturstudien viser at stress var den hyppigst rapporterte anfallsutløsende faktoren i de inkluderte forskningsstudiene (Souza et al. 2005, Sare et al. 2007, Sperling et al. 2008, Nakken et al. 2005, Tan et al. 2005, Pinikahana og Dono 2009a, Pinikahana og Dono 2009c og Pinikahana og Dono 2009b). Dette funnet samsvarer med teoribakgrunnen. Her hevder Nakken (2003), Knutstad (2008) Jacobsen et al. (2001) og Haut et al. (2007) at stress er den faktoren som hyppigst fører til epileptiske anfall. Dette understreker viktigheten av å ha kunnskap om stress i forhold til pasienter med epilepsi.

Det er først og fremst stress over en viss periode som kan virke anfallsutløsende. Hverdagslige bekymringer kan være årsak til denne typen stress (Nakken 2003). Slike bekymringer kan føre til stress som i neste rekke øker risikoen for å få epileptiske anfall (Sare et al. 2007).

Mange pasienter med epilepsi unngår stressende situasjoner som aktivitet, folkemengder og anstrengelse for å forebygge anfall. Flere av disse pasientene forsøker også å unngå å bli sinte eller irriterte (Ianke og Eriksen 2006). Dette bekreftes i litteraturstudiens funn, som viser at mange pasienter forsøkte å unngå situasjoner som hadde utløst anfall tidligere. Slike teknikker for å unngå anfall vil kunne øke pasientens følelse av kontroll (Lee og No 2005). Dette viser at det er viktig for sykepleiere å bidra til å kartlegge hvilke situasjoner som utløser stress hos den enkelte pasienten med epilepsi. Her kan det være store individuelle forskjeller. Hensikten med en slik kartlegging vil være å sørge for at pasienten kan unngå situasjoner som oppleves som stressende, samtidig som pasienten får leve et så normalt liv som mulig.

For å kunne unngå anfallsutløsende faktorer, er det viktig at også de pårørende har kunnskap om hvilke faktorer som er mest sentrale. Forfatterens funn tilsier at de pårørende rapporterer om de samme faktorene som pasientene (Pinikahana og Dono 2009c og Pinikahana og Dono 2009b).

Litteraturstudien viser aldersforskjeller når det gjelder stress som en anfallsutløsende faktor. Her er det imidlertid motstridende funn. Sousa et al. (2005) konkluderer med at pasienter over 30 år opplever stress i større grad enn de yngre pasientene. Pinikahana og Dono (2009a) rapporterer derimot at de yngre deltagerne var mer utsatt for stress enn de eldre.

Kjønnsforskjeller kommer også til syne i litteraturstudien. Også her avviker funnene fra hverandre. En studie (Sousa et al. 2005) viser at kvinner i høyere grad enn menn rapporterer stress som en hyppig anfallsutløsende faktor. En studie (Sare et al. 2007) bestående av kun mannlige deltagere visere imidlertid at stress rapporteres hyppig også hos menn. Selv om det er gjort noe forskning på kjønns- og aldersforskjeller i forhold til anfallsutløsende faktorer, er det lite relevant teori å oppdrive om temaet. Dette kan tyde på at videre forskning på dette temaet er nødvendig.

For å kunne forebygge stress hos pasienter med epilepsi er det viktig å ta med i betraktningen at stress både påvirker og påvirkes av andre anfallsutløsende faktorer. I forskningsartiklene forfatterne har benyttet trekkes særlig korrelasjonen mellom stress og søvnmangel frem (Nakken et al. 2005, Pinikahana og Dono 2009a, Pinikahana og Dono 2009b og Sperling et al. 2008). Her hevdes det at stress kan føre til søvnmangel og omvendt (Nakken et al. 2005, Pinikahana og Dono 2009a, Pinikahana og Dono 2009b og Sperling et al. 2008). Larson (2003) belyser også denne sammenhengen.

Stress skiller seg ut i litteraturstudiet som en av de anfallsutløsende faktorene det er forsket mye på. Både forskning inkludert i litteraturstudien og annen relevant teori understreker at stress ofte utløser epileptiske anfall. Dette viser viktigheten av at både pasientene selv og sykepleiere har kunnskap om denne faktoren.

### **Søvnmangel som anfallsutløsende faktor**

Litteraturstudens funn viser at søvnmangel var den nest hyppigste årsaken til epileptiske anfall (Sperling et al. 2008, Nakken et al. 2005, Sousa et al. 2005, Pinikahana og Dono 2009a, Pinikahana og Dono 2009 b, Pinikahana og Dono 2009c og Sare et al. 2007). Denne faktoren trekkes også frem i teoribakgrunnen (Nakken 2003, Haut et al 2007, Knutstad 2008 og Heier og Wolland 2005).

En rapport av Ianke og Eriksen (2006) bekrefter at mange pasienter med epilepsi forsøker å forebygge søvnmangel ved å holde en jevn døgnrytme, legge seg tidlig og sørge for mye og nok søvn. Her trekkes det også frem at ro og forutsigbarhet er sentralt i forebyggingen (Ianke og Eriksen 2006). Søvnmangel kan føre til epileptiske anfall fordi krampeterskelen senkes betraktelig (Heier og Wolland 2005). Dette medfører at pasienten også blir mer utsatt for å få anfall utløst av andre faktorer. I praksis vil dette bety at sykepleiere har en viktig funksjon når det gjelder å informere pasienten om mulige konsekvenser av søvnmangel. For pasienter med epilepsi som lider av søvnmangel bør ikke fokuset kun ligge på å få nok søvn, men også på hvilke andre anfallsutløsende faktorer som bør unngås.

Forskningen som er inkludert i litteraturstudien viser at søvnmangel er vanligere hos yngre pasienter med epilepsi enn hos eldre (Sousa et al. 2005, Pinikahana og Dono 2009c og Pinikahana og Dono 2009b). Årsaken til dette kan være at mange unge voksne kan ha en

annen døgnrytme enn eldre. Som sykepleier er det viktig å hjelpe pasienter med epilepsi til å kartlegge sin døgnrytme. Dette vil kunne redusere anfallsfrekvensen hos enkelte. Ved behov kan sykepleier hjelpe pasienter med å oppnå en mer hensiktsmessig døgnrytme.

Rapporten utført av Ianke og Eriksen (2006) undersøker livskvaliteten til pasienter med epilepsi. Her kommer det frem at deltagerne nevnte søvnmangel som en årsak til redusert livskvalitet (Ianke og Eriksen 2006). Dette tyder på at konsekvensene av søvnmangel kan være store. Forebygging av søvnmangel er derfor et viktig ledd i forhold til å redusere anfallsfrekvensen.

### **Utmattelse som anfallsutløsende faktor**

Utmattelse var den tredje mest rapporterte anfallsutløsende faktoren i litteraturstudien (Nakken et. al 2005, Pinikahana og Dono 2009a, Pinikahana og Dono 2009b og Pinikahana og Dono 2009c). I en studie utført av Nakken et al. (2005) fremgår det at utmattelse ble rapportert hos hver tiende norske pasient med epilepsi.

Det kan være flere årsaker til at mennesker har utmattelsesplager. Utmattelse kan skyldes overfølsomhet i nervesystemet som fører til at man reagerer sterkere på mindre fysiske og psykologiske stimuli. Pasienter med epilepsi kan ha denne overfølsomheten som en følge av sin diagnose. En annen årsak til at pasienter med epilepsi kan slite med utmattelsesplager, kan være at det å få en medisinsk diagnose er en stor påkjenning for kroppen. Denne påkjenningen kan føre til utmattelse, som i neste rekke kan føre til epileptiske anfall (Larson 2003).

Utmattelse kan også skyldes et samspill mellom ulike faktorer. Søvnmangel og stress er eksempler på slike faktorer. Flere av de inkluderte forskningsartiklene og relevant teori viser tydelig at søvnmangel, stress og utmattelse påvirker og påvirkes av hverandre (Pinikahana og Dono 2009a, Pinikahana og Dono 2009b, Larson 2003, Sousa et al. 2005, Nakken et al. 2005 og Sperling et al. 2008). Grunnen til at stress, søvnmangel og utmattelse havner øverst på rangeringslistene over de hyppigste anfallsutløsende faktorene, kan nettopp være samspillet mellom disse tre.

I en studie om epilepsi og livskvalitet oppgir deltagere at de har fått sin livskvalitet redusert som følge av sin sykdom (Ianke og Eriksen 2006). Larson (2003) konkluderer også med at utmattelse kan være en faktor ved sykdommen som svekker livskvaliteten.

I forebyggingen av utmattelse er det viktig med regelmessig hvile og avslapning. Det er viktig å lytte til kroppens signaler og ta hensyn til egne begrensninger (Larson 2003). Dette bekreftes også av Ianke og Eriksen (2006). Her oppgir deltagerne i en studie at de forebygger utmattelse ved å holde seg i ro og unngå å utsette seg selv for fysiske påkjenninger så langt det er mulig (Ianke og Eriksen 2006).

Larson (2003) påpeker at det er blitt gjort lite god forskning på utmattelse. Dette har forfatterne selv fått inntrykk av under arbeidet med litteraturstudien. Det er et paradoks at den tredje hyppigste anfallsutløsende faktoren er forsket så lite på. Ingen av forskningsartiklene som nevner utmattelse som en hyppig anfallsutløsende faktor, reflekterer over årsaker til at faktoren er så vanlig hos pasientene med epilepsi. Nyere forskning om dette temaet hadde vært nyttig i forhold til å redusere anfallsfrekvensen hos denne pasientgruppen.

### **5.2.2 Kunnskap om anfallsutløsende faktorer**

Mange av pasienter med epilepsi har behov for informasjon om sin sykdom (Skjetne 2008, Tan et al. 2005, Sare et al. 2007, Sousa et al. 2005, Jones et al. 2006, DiIorio et al. 2006, Helde et al. 2005, Paschal et al. 2007 og McAuley et al. 2008). En kartlegging av kunnskapsnivået kan være et nyttig verktøy for sykepleiere i arbeidet med å hjelpe pasientene med epilepsi med å mestre sin sykdom.

Under arbeidet med litteraturstudien fikk forfatterne inntrykk av at det var mye mer forskning å oppdrive om medikamentbruk i forhold til mengden forskning om andre faktorer ved epilepsi. Dette inntrykket fikk forfatterne også når det gjaldt annen relevant litteratur. Pasienter har mer kunnskap om medikamenter enn de har om andre faktorer (McAuley et al. 2008). Ikke-medikamentelle tiltak er derfor viktig i arbeidet med pasienter som har epilepsi (Ianke og Eriksen 2006). Studien viser at pasienter oppgir at de er flinkere til å ta medisinerne enn de egentlig er (McAuley et al. 2008). Samtidig oppgir de også at de har større tro på medikamentell behandling enn på annen anfallsforebygging (Jones et al.

2006 og McAuley et al. 2008). Det er et paradoks at pasientene har stor tro på medikamentell behandling, men likevel er noe ukritiske i forhold til å ta medisinene sine.

Informasjon er viktig for pasienter med epilepsi (Ianke og Eriksen 2006, Pinikahana og Dono 2009c og Paschal et al. 2007). Studien viser motstridende funn i forhold til hvilken kunnskap pasientene sitter inne med. 67,5 % av deltagerne i en studie oppga at de ikke kunne nevne en eneste anfallsutløsende faktor (Tan et al. 2005). Andre funn i litteraturstudien viser imidlertid at pasienter rapporterer at de har den informasjonen de trenger om sin sykdom (Sousa et al. 2005 og Sare et al. 2007). Dette bekreftes i Ianke og Eriksen (2006) sin rapport. Her fremgår det at enkelte pasienter som har fått tilbud om informasjon har takket nei. Grunnen til dette er at de enten mente de ikke hadde behov for informasjon, at de følte de hadde den informasjonen de trengte fra før eller at de ikke hadde så hyppige anfall og derfor hadde god kontroll på sykdommen sin (Ianke og Eriksen 2006). Det at forfatterne finner motstridende funn om pasientenes kunnskapsnivå i litteraturstudien, bekrefter at individuell informasjon er viktig i arbeidet med pasienter som har epilepsi.

Pasienter har rett på informasjon som er individuelt tilpasset eget kunnskapsnivå (Lov om pasientrettigheter 2009). Dette understreker at sykepleieren har en viktig rolle i forhold til å heve kunnskapsnivået hos voksne pasienter med epilepsi. Dette understrekes i en studie utført av Tan et al. (2005). Her konkluderes det med at informasjon og kunnskap om epilepsi bør gis i form av undervisning og veiledning (Tan et al. 2005).

### **5.2.3 Mestringsfremmende kunnskap**

For å kunne fremme mestring hos pasienter med epilepsi, er det viktig å gi dem informasjon om sykdommen (Pinikahana og Dono 2009c, Paschal et al. 2007, Knutstad 2008 og Eide og Eide 2007). Flere pasienter uttrykker at de ønsker informasjon om de anfallsutløsende faktorene og hvordan de kan mestre sin sykdom. Dessverre er det ikke slik at alle pasienter opplever å få den informasjonen de ønsker og har behov for. Det bekreftes i rapporten til Ianke og Eriksen (2006), der hele 30 % av deltagerne i en studie opplyser at de ikke hadde fått tilbud om epilepsirelatert informasjon. Dette strider mot pasientrettighetslovens paragraf 3-2, der det heter at pasienter har rett på informasjon om egen sykdom (Lov om pasientrettigheter 2009). Ianke og Eriksen (2006) viser til en studie



der kun halvparten av de inkluderte avdelingene hadde egne undervisningsopplegg med epilepsi som tema.

Jones et al. (2006) understreker viktigheten av informasjon om egen sykdom. Her kommer det frem at pasienter som hadde behov for mer informasjon om epilepsi hadde hyppigere anfall enn de som hadde mye kunnskap om sykdommen (Jones et al. 2006). Kunnskap om anfallsutløsende faktorer kan gi en bedre forståelse for hvordan anfall kan unngås (Sperling et al. 2008). I tillegg gir kunnskap økt opplevelse av trygghet hos pasientene (Skjetne 2008).

I rapporten til Ianke og Eriksen (2006) fremgår det at 85,7 % av pasientene som fikk tilbud om informasjon om sin sykdom takket ja til dette. Pasientene oppgir at de har mottatt informasjonen fra ulike kilder. Sykehus og poliklinikk har stått for mye av dette informasjonstilbudet. Helsesøstre og epilepsisykepleiere trekkes frem som sentrale informasjonskilder (Ianke og Eriksen 2006). Det viser seg at legen tar for seg de medisinske spørsmålene pasientene har, mens sykepleierens ansvarsområde blir å hjelpe pasienten med å mestre sykdommen (Skjetne 2008). En studie av Sare et al. (2007) viser imidlertid at deltagerne heller foretrakk å snakke med en lege om sykdommen enn med en epilepsisykepleier. Det reflekteres ikke over årsaken til dette i den nevnte studien (Sare et al. 2007).

Sykepleierens pedagogiske funksjon er sentral i arbeidet med pasienter som har epilepsi (Tveiten 2008). Dette gjelder særlig i forhold til å gi pasientene den kunnskapen de trenger for å kunne mestre sin sykdom (Sousa et al. 2005, Helde et al. 2005, Paschal et al. 2007 og Tveiten 2008).

Måten informasjonen blir presentert på kan også ha stor innvirkning på pasientens læringsutbytte. Et rolig og godt miljø rundt pasienten vil kunne fremme læring. Dette miljøet karakteriseres både i inkludert forskning og relevant teori som et miljø hvor pasientene fritt kan få snakke om sykdommen sin (Tveiten 2008 og DiIorio et al. 2006). Her er det viktig at pasienten selv får bestemme hva som skal tas opp og på denne måten deltar aktivt i læresituasjonen. (Paschal et al. 2007). Denne metoden kalles empowerment og kan føre til at pasientens opplevelse av kunnskap og mestring økes (Sandbæk i Bunkholdt 2005 og Eide og Eide 2007). Pasientens aktive deltagelse er en viktig

forutsetning for å kunne mestre. Samtidig trenger pasienter i krise hjelp for å kunne mestre sin sykdom. Balansen mellom å hjelpe pasienten og å la pasienten delta aktivt selv kan oppleves som en utfordring for sykepleieren (Eide og Eide 2007). Det er viktig at sykepleieren støtter pasienten gjennom læreprosessen og anerkjenner pasientens evne til mestring (DiIorio et al. 2006).

Forskning inkludert i litteraturstudien viser at det ikke bare er mangel på kunnskap hos pasientene som fører til at de har liten kontroll på sykdommen sin. Selv om pasientene hadde tilstrekkelig kunnskap om anfallsutløsende faktorer, var det kun et fåtall som greide å anvende denne kunnskapen for å forebygge epileptiske anfall (Sousa et al. 2005). Dette er et viktig funn i forhold til sykepleierens pedagogiske funksjon. Det er ikke nok kun å informere pasientene om de ulike anfallsutløsende faktorene, men like viktig er det å belyse hvordan denne kunnskapen kan anvendes for å redusere anfallsfrekvensen. Videre er det viktig at det føles meningsfullt for pasientene å sette løsninger ut i livet (Snoek og Engedal 2000).

En av forskningsartiklene viser at det kun er de pasientene som har tro på at anfallsforebygging fungerer som velger å anvende sin kunnskap om anfallsutløsende faktorer i praksis (Lee og No 2005). Sykepleieren bør i denne forbindelse forsøke å bidra til å øke pasientens tro både på egne ferdigheter og på at anfallsforebygging nytter. Det ligger i menneskets natur å prioritere de aktivitetene som gir en følelse av mestring (Bunkholdt 2005). Pasienter som har tro på egne ferdigheter i forhold til anfallsforebygging, vil møte utfordringene som følger med sykdommen med en positiv innstilling (Bunkholdt 2005). Det er viktig at pasienter har tro på at de skal klare å finne løsninger på situasjonen de er oppe i (Snoek og Engedal 2000).

Litteraturstudien viser at pasienter som ikke hadde tro på at sykepleieren hadde innvirkning på deres helse, rapporterte hyppigere om anfallsfremkallende faktorer enn pasienter som trodde sykepleieren kunne hjelpe (Sperling et al. 2008). Sykepleieren har derfor en stor utfordring i forhold til å øke pasientens tillit til at sykepleieren innehar den kompetansen som er nødvendig for å kunne hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom. Tillit mellom pasienten og sykepleieren er en viktig forutsetning for at pasienten skal få et godt læringsbytte (Dilorio et al. 2006).

Pasienter med epilepsi kan oppnå økt kompetanse og kontroll over sykdommen ved at de har positive erfaringer med å forebygge epileptiske anfall. Med andre ord kan tidligere erfaringer være med på å avgjøre om informasjonen som blir gitt blir anvendt i praksis eller ikke (Bunkholdt 2005 og Souza og Salgado 2006). Pasientene kan oppnå kompetanse og kontroll ved at de har positive erfaringer i forhold til mestring. Kommer pasientene senere i lignende situasjoner, vil de være bedre rustet til å mestre disse på en god måte (Bunkholdt 2005 og DiIorio et al. 2006).

Selv om informasjon er en viktig faktor i forhold til å fremme mestring hos pasienter med epilepsi, er det viktig å ikke overhvelme pasientene med for mye informasjon på en gang (Tveiten 2008 og Pinikahana og Dono 2009b). Dette kan i verste fall føre til at pasientens opplevelse av stress øker samtidig som deres evne til mestring synker (Pinikahana og Dono 2009b). Ianke and Eriksen (2006) viser til en studie der deltagerne takket nei til tilbudet de fikk om epilepsirelatert informasjon fordi de ikke ønsket å prate om sykdommen sin. Dette er det viktig at sykepleieren respekterer og lar pasienten få snakke om sin epilepsi når vedkommende er klar for det.

Forskning inkludert i litteratursudien konstanterer at jevnlig samtaler og kontinuerlig oppfølging har en positiv effekt når det gjelder å fremme mestring hos voksne pasienter med epilepsi (McAuley et al. 2008 og Helde et al. 2005).

Studien viser at det er utført lite forskning som omhandler sykepleiers funksjon når det gjelder å hjelpe pasienter med epilepsi med å mestre sin sykdom. Storparten av forskningen belyser selve behandlingen av sykdommen, og da spesielt den medisinske delen av den. Forfatterne anbefaler videre forskning i forhold til hvilken informasjon pasientgruppen trenger og hvordan sykepleieren kan fremme mestring hos pasienter med epilepsi.

## 5.2.4 Konsekvenser for praksis

Litteraturstudiets funn understreker viktigheten av at sykepleiere gir pasienter med epilepsi den informasjonen de trenger for å kunne mestre sin sykdom (Pinikahana og Dono 2009c, Paschal et al. 2007, Knutstad 2008, Eide og Eide 2007, Lee og No 2005, Tveiten 2008, Helde et al. 2005 og Sousa et al. 2005).

Forfatterens funn viser videre at det er viktig at sykepleieren kartlegger ulike anfallsutløsende faktorer hos pasienter med epilepsi (Lee og No 2005 og Ianke og Eriksen 2006). På denne måten kan sykepleieren hjelpe pasienten med å unngå faktorer som kan utløse epileptiske anfall.

Videre viser litteraturstudien at en kartlegging av pasientenes kunnskapsnivå er svært viktig både for sykepleier og pasient. På denne måten kan sykepleieren bedre fremme mestring hos voksne pasienter med epilepsi. I tillegg til å informere pasienter om forebygging av epileptiske anfall, er det viktig å hjelpe pasientene med å anvende denne kunnskapen i praksis (Lee og No 2005).

Ikke-medikamentell forebygging viser seg å være nedprioritert i behandlingen av pasienter med epilepsi. Likevel viser studien at pasientene har behov for informasjon om både medikamentell- og ikke- medikamentell behandling (Lee og No 2005).

Studien viser at legen som regel tar seg av de medisinske spørsmålene pasientene har, mens sykepleieren bidrar til å hjelpe pasientene med å mestre sin sykdom på andre områder enn det rent medisinske (Skjetne 2008).

## 6.0 KONKLUSJON

Litteraturstudien viser at de hyppigst rapporterte anfallsutløsende faktorene er stress, søvnmangel og utmattelse. Det er en klar sammenheng mellom disse tre faktorene. Stress, søvnmangel og utmattelse kan både påvirke og påvirkes av hverandre. Pasienter kan reagere ulikt på de forskjellige faktorene. En kartlegging av individuelle forskjeller kan bidra til at pasientene unngår de faktorene som utløser anfall. Det er gjort mer forskning på medikamentell behandling enn de andre faktorene ved sykdommen. Pasienter med epilepsi har mer kunnskap om medisinerer enn andre forebyggende tiltak. På grunnlag av dette anbefaler vi ytterligere forskning på de anfallsutløsende faktorene, særlig utmattelse, som det er forsket lite på i forhold til denne pasientgruppen.

Blant pasienter med epilepsi er det generelt et stort behov for informasjon om sykdommen. Flere pasienter har behov for mer kunnskap om de anfallsfremkallende faktorene. Denne kunnskapen er viktig å for å kunne forebygge epileptiske anfall.

Pasienter oppgir i flere studier at de ønsker informasjon om sin sykdom. Likevel opplever mange at de ikke får tilbud om denne informasjonen. Det er derfor viktig for sykepleiere å hjelpe pasientene med å tilegne seg kunnskapen de trenger. Forskning inkludert i litteraturstudien viser at pasienter som har behov for mer kunnskap om epilepsi får flere anfall enn de som har mye kunnskap om sykdommen.

Sykepleieren kan fremme mestring hos pasientene ved å informere om de ulike anfallsfremkallende faktorene. Empowerment er en sentral metode i forhold til å fremme mestring hos pasienter med epilepsi.

Mange pasienter som har tilstrekkelig informasjon om sin sykdom klarer ikke å anvende kunnskapen i praksis. Det er ikke nok kun å informere pasientene om de ulike anfallsutløsende faktorene, men like viktig er det å belyse hvordan denne kunnskapen kan anvendes for å redusere anfallsfrekvensen.

Det er lite forskning som belyser sykepleierens rolle i det å kunne fremme mestring hos pasienter med epilepsi. Forfatterne anbefaler derfor mer forskning på hvordan sykepleiere kan hjelpe med å fremme mestring hos disse pasientene.

Studien viser også at det er gjort lite forskning på alders- og kjønnsforskjeller i forhold til anfallsutløsende faktorer hos voksne pasienter med epilepsi. Forfatterne anbefaler videre forskning på dette området.

## Litteraturliste

Bjørndal, Arild. 2008. Epilepsi- forebygging og behandling. *Medisinsk informasjon* 22(4): 14-17.

Bunkholdt, Vigdis. 2005. *Psykologi- en innføring for helse- og sosialarbeidere*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

DiIorio, Colleen, Patricia Osborne Shafer, Richard Letz, Thomas R. Henry, Donald L. Schomer, og Katherine Yeager. 2006. Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 9 (1): 158-163.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. 2. Utgave. *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen. 2008. *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. Utgave. Stockholm: Natur och Kultur.

Haut, Sheryl R., Charles B. Hall, Jonathan Masur og Richard B. 2007. Lipton. Seizure occurrence: precipitants and prediction. *Neurology* 69(20):1905-1910.

Heier, Mona Skard og Anne Marie Wolland. 2005. *Søvn og søvnforstyrrelser*. Oslo : Cappelen Akademisk forlag.

Helde, Grethe, Gunnar Bovim, Geir Bråthen og Eylert Brodtkorb. 2005. A structured, nurse-led intervention program improves quality of life in patients with epilepsy: A randomized, controlled trial. *Epilepsy and Behavior* 7(3): 451-457

Ianke, Pia og John Eriksen. 2006. *Å leve med epilepsi*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Jacobsen, Dag, Baard Ingvaldsen, , Sverre Erik Kjeldsen, Kaare Solheim og Kristin Lund. 2001. *Sykdomslære : indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo : Gyldendal Akademisk.

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Bruun og Olav Røise. 2009. *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jones, R.M., J.A. Butler, V.A. Thomas, R.C. Peveler og M. Prevett. 2006. Adherence to treatment in patients with epilepsy: Associations with seizure control and illness beliefs. *Seizure* 15(7): 504-508.

Knutstad, Unni. 2008. *Klinisk sykepleie*. Oslo: Akribes.

- Larson, Solveig Klingberg og Lisbeth Nilsen. 2003. *Stress og helse : stressutløst utmattelse og utbrenthet*. Oslo : Gyldendal Akademisk.
- Lee , Sang – Ahm og Young- Joo No. 2005. Perceived self- control of seizures in patients with uncontrolled partiel epilepsy. *Seizure* 14(2): 100-105.
- Lov om pasientrettigheter. 2009. *Lov av 2. Juli 1999 nr. 63 om rett til medvirkning og informasjon*  
[http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov\\*&&](http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&&) (Lest 15.03. 2010).
- McAuley, James W., Linsey S. McFadden, John O. Elliott og Bassel F. Shneker. 2008. An evaluation of self- management behaviors and medication adherence in patients with epilepsy. *Epilepsy and behavior* 13 (4): 637-641
- Nakken, Karl O. 2003. *Fokus på epilepsi* .Oslo: J.W. Cappelens Forlag.
- Nakken, Karl O., Marit H. Solaas, Marianne J. Kjeldsen, Mogens L. Friis, John M, Pellock og Linda A. Corey. 2005. Which seizure- precipitating factors do patients with epilepsy most frequently report? *Epilepsy and Behavior* 6 (1): 85-89.
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleieforbund.
- Paschal, Angelina M., Suzanne R. Hawley, Theresa St. Romain, Kore Liow, Craig A. Molgaard, Jamilya Sly og Toni L. Sadler. 2007. Epilepsy patients` perceptions about stigma, education, and awareness: Preliminary responses based on a community participatory approach. *Epilepsy and Behavior* 11(3): 229-237.
- Pinikahana, Jaya og Joanne Dono. 2009a. Age and gender differences in initial symptoms and precipitant factors of epileptic seizures: An Australian study. *Epilepsy & Behavior* 16 (2):231-239.
- Pinikahana, Jaya og Joanne Dono. 2009b. Initial symptoms, precipitant factors, and techniques to control epileptic seizures: The carer`s perspective. *Epilepsy & Behavior* 16 (3): 442-446.
- Pinikahana, Jaya og Joanne Dono. 2009c. The lived experience of initial symptoms of and factors triggering epileptic seizures. *Epilepsy & Behavior* 15 (4): 513-520.
- Sare, Gillian, Margaret Rawnsley, Amanda Stoneman og Susan Duncan. 2007. Men with epilepsy- The lost tribe? Results of a nationwide survey of men with epilepsy living in the UK. *Seizure* 16 (5): 384-396.
- Skjetne, Ingvild. 2008. Epilepsienheten ved Ullevål universitetssykehus. *Medisinsk informasjon* 22 (4):18-19.
- Snoek, Jannike Englestad og Knut Engedal. 2000. *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribe.



Sousa, Patricia da Silva, Katia Lin, Eliana Garzon, Américo C. Sakamoto og Elza Márcia T. Yacubian. 2005. Self- perception of factors that precipitate or inhibit seizures in juvenile myoclonic epilepsy. *Seizure* 14 (4):340-346.

Souza, Elisabete Abib Pedrosa og Camile Barioni Salgado. 2006. A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. *Epilepsy and Behavior* 8 (1): 232-238.

Sperling, Michael R., Courtney A. Schilling, David Glosser, Joseph I. Tracy og Ali A. Asadi-pooya. 2008. Self-perception of seizure precipitants and their relation to anxiety level, depression, and the health locus of control in epilepsy. *Seizure* 17(4): 302-207

Statistisk sentralbyrå. 2007. *Tema: Liste over de 20 viktigste kroniske sykdommer i allmennpraksis*, <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200703/05/tab-2007-06-19-04.html>. (Lest 15.03.2010).

Tan, Joo-Hui, Einar Wilder-Smith, Erle C.H. Lim og Benjamin K.C. Ong. 2005. Frequency of provocative factors in epileptic admitted for seizures: A prospective study in Singapore. *Seizure* 14(7): 464-469.

Tveiten, Sidsel. 2008. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. utgave. Bergen: fagbokforlaget.

Willman, Aina, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad : en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 2. Utgave. Lund : Studentlitteratur.

Wyller, Vegard Bruun. 2006. *Det friske og det syke mennesket*. Oslo:Akribe

**Vedlegg 1**

**PICO- skjema**

<b>PATIENT/ PROBLEM/ POPULATION</b>	<b>INTERVENTION</b>	<b>COMPARISON</b>	<b>OUTCOME</b>

## Vedlegg 2

### Søkehistorikk

Søkedato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
13.01.10		<b>Ovid Medline</b>				
	Manag\$ Limit 2005- 2010		186245	0	0	0
	Tolerat\$ Limit 2005- 2010		0	0	0	0
	Tolerate\$ Limit 2005- 2010		25695	0	0	0
	Manag\$ or tolerate\$ Limit 2005- 2010		215048	0	0	0
	”Live with” Limit 2005- 2010		507	0	0	0
	Manag\$ or tolerate\$ or ”live with” Limit 2005- 2010		216815	0	0	0
	Nurs\$ Limit 2005- 2010		59335	0	0	0
	Nurs\$ and manag\$ or tolerate\$ or ”live with” Limit 2005- 2010		15103	0	0	0
	”Chronic illness\$” Limit 2005- 2010		2352	0	0	0

	”Chronic disease\$” Limit 2005-2010		42378	0	0	0
	”Chronic illness\$” or ”chronic disease\$” Limit 2005-2010		43730	0	0	0
	Communicat\$ Limit 2005-2010		55122	0	0	0
	Nurs\$ and manag\$ or tolerate\$ or ”live with” and ”chronic illness\$” or ”chronic disease\$” and communicat\$ Limit 2005-2010		79	6	0	0
<b>13.01.10</b>		<b>Ovid Medline</b>				
	Educat\$ Limit 2005-2010		115059	0	0	0
	Teach\$ Limit 2005-2010		27424	0	0	0
	Educat\$ or teach\$ Limit 2005-2010		135248	0	0	0
	Learn\$ Limit 2005-2010		63281	0	0	0

	Educate\$ or teach\$ or learn\$ Limit 2005- 2010		176965	0	0	0
	Disease\$ Limit 2005- 2010		811691	0	0	0
	Illness\$ Limit 2005- 2010		98876	0	0	0
	Disease\$ or illness\$ Limit 2005- 2010		865271	0	0	0
	Hospital\$ Limit 2005- 2010		189416	0	0	0
	Disease\$ or illness\$ and hospital\$ Limit 2005- 2010		66102	0	0	0
	Empowerment\$ Limit 2005- 2010		1440	0	0	0
	Educate\$ or teach\$ or learn\$ and disease\$ or illness\$ and hospital\$ and empowerment\$ Limit 2005- 2010		18	5	0	0
<b>14.01.10</b>		<b>Ovid Medline</b>				
	Epilepsy\$ Limit 2005- 2010		19519	0	0	0

	Seizure\$ Limit 2005- 2010		16948	0	0	0
	Epilep\$ and seizure\$ Limit 2005- 2010		3747	0	0	0
	"Self-manag\$" Limit 2005- 2010		2299	0	0	0
	Epilep\$ and seizure\$ and "self-manag\$" Limit 2005- 2010		7	5	2	1

<b>15.01.10</b>	Epilep\$ Limit 2005-2010	<b>Ovid Medline</b>	19522	0	0	0
	Precipitant\$ Limit 2005-2010		566	0	0	0
	Epilep\$ and precipitant\$ Limit 2005-2010		25	0	0	0
	Stress\$ Limit 2005-2010		140026	0	0	0
	Epilep\$ and precipitant\$ and stress\$		1	1	1	1
<b>15.01.10</b>	Epilep\$ Limit 2005-2010	<b>NorArt</b>	42	0	0	0
	Sykepleie\$ Limit 2005-2010		801	0	0	0
	Epilep\$ and sykepleie\$ Limit 2005-2010		0	0	0	0
<b>15.01.10</b>	Epilep\$ Limit 2005-2010	<b>NorArt</b>	42	0	0	0
	Undervis\$ Limit 2005-2010		496	0	0	0
<b>15.01.10</b>	Epilep\$ Limit 2005-2010	<b>Norart</b>	42	0	0	0
	Opplær\$ Limit 2005-2010		569	0	0	0
	Epilep\$ and opplær\$ Limit 2005-2010		0	0	0	0
<b>15.01.10</b>	Sykepleie\$ Limit 2005-2010	<b>NorArt</b>	801	0	0	0

	Undervis\$ Limit 2005-2010		496	0	0	0
	Sykepleie\$ and undervis\$ Limit 2005-2010		12	0	0	0
<b>15.01.10</b>	Undervis\$ Limit 2005-2010	<b>NorArt</b>	496	0	0	0
	Empowerment\$ Limit 2005-2010		15	0	0	0
	Undervis\$ and empowerment\$ Limit 2005-2010		0	0	0	0
<b>15.01.10</b>	Epilep\$ Limit 2005-2010	<b>NorArt</b>	42	0	0	0
	Anfall\$ Limit 2005-2010		11	2	1	0
	Epilep\$ and anfall\$ Limit 2005-2010		7	0	0	0
<b>15.01.10</b>	Epilep\$ Limit 2005-2010	<b>NorArt</b>	42	0	0	0
	Livsstil\$ Limit 2005-2010		120	0	0	0
	Epilep\$ and livsstil\$ Limit 2005-2010		0	0	0	0
<b>15.01.10</b>	Epilep\$ Limit 2005-2010	<b>NorArt</b>	42	0	0	0
	Stress\$ Limit 2005-2010		178	0	0	0
	Epilep\$ and stress\$ Limit 2005-2010		0	0	0	0



<b>15.01.10</b>	Anfall\$ Limit 2005-2010	<b>NorArt</b>	11	0	0	0
	Begrens\$ Limit 2005-2010		60	0	0	0
	Anfall\$ and begrens\$ Limit 2005-2010		0	0	0	0
<b>15.01.10</b>	Pasient\$ Limit 2005-2010	<b>NorArt</b>	859	0	0	0
	Undervis\$ Limit 2005-2010		496	0	0	0
	Pasient\$ and undervis\$ Limit 2005-2010		6	1	0	0
<b>18.01.10</b>	Epilep\$ Limit 2005-2010	<b>Ovid Medline</b>	19523	0	0	0
	Precipitant\$ Limit 2005-2010		571	0	0	0
	Epilep\$ and precipitant\$ Limit 2005-2010		26	0	0	0
	Seizure\$ Limit 2005-2010		16954	0	0	0
	Epilep\$ and precipitant\$ and seizure\$		7	4	2	2
<b>20.01.10</b>	Epilep\$	<b>SweMed+</b>	443	0	0	0
	Vård\$		18799	0	0	0
	Epilep\$ and vård\$		55	3	0	0
<b>20.01.10</b>	Epilep\$	<b>SweMed+</b>	443	0	0	0
	Livsstil\$		1588	0	0	0

	Epilep\$ and livsstil\$		0	0	0	0
<b>20.01.10</b>	Epilep\$	<b>SweMed+</b>	443	0	0	0
	Anfall\$		66	0	0	0
	Epilep\$ and anfall\$		35	2	1	0
	Begrens\$		33	0	0	0
	Epilep\$ and anfall\$ and begrens\$		0	0	0	0
<b>21.01.10</b>	Epilep\$ Limit 2005-2010	<b>Ovid Medline</b>	19526	0	0	0
	Precipitant\$ Limit 2005-2010		572	0	0	0
	Epilep\$ and precipitant\$ Limit 2005-2010		26	6	1	0
	Stress\$ Limit 2005-2010		140041	0	0	0
	Epilep\$ and precipitant\$ and stress\$ Limit 2005-2010		10	5	1	0
<b>22.01.10</b>	”Initial symptom\$” Limit 2005-2010	<b>EMBASE</b>	860	0	0	0
	Seizure\$ Limit 2005-2010		26281	0	0	0
	”Initial symptoms\$” and seizure\$ Limit 2005-2010		11	2	1	1
<b>25.01.10</b>	Epilep\$ Limit 2005-2010	<b>Ovid Medline</b>	19579	0	0	0

	Patient\$ Limit 2005-2010		922657	0	0	0
	Epilep\$ and patient\$ Limit 2005-2010		9574	0	0	0
	Learn\$ Limit 2005-2010		63296	0	0	0
	Educat\$ Limit 2005-2010		115064	0	0	0
	Learn\$ or educat\$ Limit 2005-2010		165781	0	0	0
	Teach\$ Limit 2005-2010		27432	0	0	0
	Learn\$ or educat\$ or teach\$ Limit 2005-2010		177054	0	0	0
	Epilep\$ and patient\$ and learn\$ or educat\$ or teach\$ Limit 2005-2010		73	15	3	1
<b>28.01.10</b>		<b>Proquest Nursing &amp; Allied Health Source</b>				
	Epilep*		14778	0	0	0
	Sleep*		112876	0	0	0
	Epilep* and sleep*		398	0	0	0
	”Sleep-pattern*”		801	0	0	0
	Sleep* or ”sleep- pattern*”		112876	0	0	0
	Rest*		1632215	0	0	0
	Sleep* or ”sleep- pattern*” or rest*		1760216	0	0	0

	Epilep* and sleep* or "sleep-pattern*" or rest*		869	0	0	0
	Seizure*		30421	0	0	0
	Epilep* and sleep* or "sleep-pattern*" or rest* and seizure*		374	0	0	0
	Trigg*		115380	0	0	0
	Epilep* and sleep* or "sleep-pattern*" or rest* and seizure* and trigg*		9	1	0	0
<b>29.01.10</b>		<b>Ovid Medline</b>				
	Epilep\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		4695	0	0	0
	Patient\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		331291	0	0	0
	Epilep\$ and patient\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		3005	0	0	0
	Nurs\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		59603	0	0	0
	Epilep\$ and patient\$ and nurs\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		69	0	0	0

	Learn\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		21799	0	0	0
	Educat\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		68183	0	0	0
	Learn\$ or educat\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		82078	0	0	0
	Teach\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		14951	0	0	0
	Learn\$ or educat\$ or teach\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		90050	0	0	0
	Epilep\$ and patient\$ and nurs\$ and learn\$ or educat\$ or teach\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		28	12	3	1
<b>01.02.10</b>		<b>Ovid Medline</b>				
	Epilep\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		4697	0	0	0
	Patient\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		332047	0	0	0

	Epilep\$ and patient\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		3012	0	0	0
	Learn\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		22014	0	0	0
	Educat\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		68189	0	0	0
	Learn\$ or educat\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		82092	0	0	0
	Teach\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		15022	0	0	0
	Learn\$ or educat\$ or teach\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		90061	0	0	0
	Epilep\$ and patient\$ and learn\$ or educat\$ or teach\$ Limit 2005-2010 + Kvalitativ studie		60	12	3	1
<b>01.02.10</b>		<b>Ovid Medline</b>				
	Epilep\$ Limit 2005-2010		19602	0	0	0
	Trigg\$ Limit 2005-2010		41220	0	0	0
	Epilep\$ and trigg\$ Limit 2005-2010		438	0	0	0

	Factor\$ Limit 2005-2010		800172	0	0	0
	Epilep\$ and trigg\$ and factor\$ Limit 2005-2010		57	13	3	1
<b>04.02.10</b>		<b>Proquest Nursing &amp; Allied Heath Source</b>				
	Epilep*		14812	0	0	0
	Alcohol*		152977	0	0	0
	Epilep* and alcohol*		174	0	0	0
	Drink*		211548	0	0	0
	Alcohol* or drink*		330450	0	0	0
	Epilep* and alcohol* or drink*		219	0	0	0
	Trigg*		115385	0	0	0
	Epilep* and alcohol* or drink* and trigg*		2	0	0	0
<b>04.02.10</b>		<b>Proquest Nursing &amp; Allied Health Source</b>				
	Diet*		196728	0	0	0
	Nutrition*		168892	0	0	0
	Diet* or nutrition*		300529	0	0	0
	Epilep*		14812	0	0	0

	Epilep* and diet* or nutrition*		346	0	0	0
	Trigg*		115385	0	0	0
	Epilep* and diet* or nutrition* and trigg*		2	0	2	2
<b>04.02.10</b>		<b>Proquest Nursing &amp; Allied Health Source</b>				
	Epilep*		14812	0	0	0
	Anxiety*		53887	0	0	0
	Epilep* and anxiety*		379	0	0	0
	Trigg*		115385	0	0	0
	Epilep* and anxiety* and trigg*		5	0	0	0
<b>05.02.10</b>		<b>Ovid Medline</b>				
	Epilep\$		93102	0	0	0
	Treat\$		2961008	0	0	0
	Epilep\$ and treat\$		24309	0	0	0
	Adherence\$		55102	0	0	0
	Epilep\$ and treat\$ and adherence\$		85	15	2	1
<b>07.02.10</b>		<b>British Nursing Index</b>				
	”Reduce seizure\$” Limit 2005-2010		0	0	0	0
	”Few seizure\$” Limit 2005-2010		0	0	0	0



	Reduce\$ Limit 2005-2010		2641	0	0	0
	Seizure\$ Limit 2005-2010		84	0	0	0
	Reduce\$ and seizure\$ Limit 2005-2010		0	0	0	0
	Control\$ Limit 2005-2010		4058	0	0	0
	Control\$ and seizure\$ Limit 2005-2010		11	2	0	0
	Epilep\$ Limit 2005-2010		160	0	0	0
	Control\$ and seizure\$ and epilep\$ Limit 2005-2010		8	0	0	0
<b>07.02.10</b>		<b>British Nursing Index</b>				
	"Epileptic disease\$" Limit 2005-2010		0	0	0	0
	"Epileptic seizure\$" Limit 2005-2010		14	5	2	0
	Prevent\$ Limit 2005-2010		5279	0	0	0
	"Epileptic seizure\$" and prevent\$ Limit 2005-2010		1	1	1	0
<b>09.02.10</b>		<b>EMBASE</b>				
	Epilep\$ Limit 2005-2010		26200	0	0	0
	Hospital\$ Limit 2005-2010		220826	0	0	0

	Epilep\$ and hospital\$ Limit 2005-2010		2122	0	0	0
	Prevent\$ Limit 2005-2010		213579	0	0	0
	Epilep\$ and hospital\$ and prevent\$ Limit 2005-2010		123	0	0	0
	Lifestyle\$ Limit 2005-2010		24895	0	0	0
	Epilep\$ and hospital\$ and prevent\$ and lifestyle\$ Limit 2005-2010		2	0	0	0
<b>09.02.10</b>		<b>EMBASE</b>				
	Epilep\$ Limit 2005-2010		26200	0	0	0
	Seizure\$ Limit 2005-2010		26291	0	0	0
	Epilep\$ and seizure\$ Limit 2005-2010		13221	0	0	0
	Prevent\$ Limit 2005-2010		213579	0	0	0
	Epilep\$ and seizure\$ and prevent\$ Limit 2005-2010		813	0	0	0
	Technique\$ Limit 2005-2010		261409	0	0	0
	Epilep\$ and seizure\$ and prevent\$ and technique\$ Limit 2005-2010		38	7	1	0

<b>10.02.10</b>	Epilep\$ Limit 2005-2010	<b>Ovid Medline</b>	19663	0	0	0
	Factor\$ Limit 2005-2010		807199	0	0	0
	Epilep\$ and factor\$ Limit 2005-2010		4402	0	0	0
	Adult\$ Limit 2005-2010		766827	0	0	0
	Epilep\$ and factor\$ and adult\$ Limit 2005-2010		1736	0	0	0
	Behavior\$ Limit 2005-2010		187560	0	0	0
	Epilep\$ and factor\$ and adult\$ and behavior\$ Limit 2005-2010		79	18	3	1
<b>11.02.10</b>	”Self-control\$” Limit 2005-2010	<b>Ovid Medline</b>	770	0	0	0
	Seizure\$ Limit 2005-2010		16585	0	0	0
	”Self-control\$” and seizure\$ Limit 2005-2010		4	1	1	1
<b>12.02.10</b>	Manage\$ Limit 2005-2010	<b>EMBASE</b>	211298	0	0	0
	Tolerate\$ Limit 2005-2010		27903	0	0	0
	Manage\$ or tolerate\$ Limit 2005-2010		236301	0	0	0

	"Live with" Limit 2005-2010		415	0	0	0
	Manage\$ or tolerate\$ or "live with" Limit 2005-2010		236633	0	0	0
	Nurs\$ Limit 2005-2010		31446	0	0	0
	Manage\$ or tolerate\$ or "live with" and nurs\$ Limit 2005-2010		8053	0	0	0
	"Chronic illness\$" Limit 2005-2010		2175	0	0	0
	"Chronic disease" Limit 2005-2010		23481	0	0	0
	"Chronic illness\$" or chronic disease\$" Limit 2005-2010		24473	0	0	0
	Communicat\$ Limit 2005-2010		49482	0	0	0
	Manage\$ or tolerate\$ or "live with" and nurs\$ and communicat\$ Limit 2005-2010		38	5	1	0
<b>15.02.10</b>		<b>EMBASE</b>				
	Educat\$ Limit 2005-2010		119509	0	0	0
	Teach\$ Limit 2005-2010		24313	0	0	0

Educate\$ or teach\$ Limit 2005-2010	132401	0	0	0
Learn\$ Limit 2005-2010	52192	0	0	0
Educate\$ or teach\$ or learn\$ Limit 2005-2010	172100	0	0	0
Disease\$ Limit 2005-2010	970800	0	0	0
Illness\$ Limit 2005-2010	42411	0	0	0
Disease\$ or illness\$ Limit 2005-2010	985178	0	0	0
Hospital\$ Limit 2005-2010	220974	0	0	0
Disease\$ or illness\$ and hospital\$ Limit 2005-2010	99017	0	0	0
Empowerment\$ Limit 2005-2010	1412	0	0	0
Disease\$ or illness\$ and hospital\$ and empowerment\$ Limit 2005-2010	41	0	0	0
Educate\$ or teach\$ or learn\$ and disease\$ or illness\$ and hospital\$ and empowerment\$ Limit 2005-2010	18	3	0	0

<b>15.02.10</b>	Epilep\$ Limit 2005-2010	<b>EMBASE</b>	26197	0	0	0
	Precipitant\$ Limit 2005-2010		399	0	0	0
	Epilep\$ and precipitant\$ Limit 2005-2010		32	0	0	0
	Stress\$ Limit 2005-2010		148719	0	0	0
	Epilep\$ and precipitant\$ and stress\$ Limit 2005-2010		10	1	0	0
<b>15.02.10</b>	Epilep\$ Limit 2005-2010	<b>EMBASE</b>	261187	0	0	0
	Hospital\$ Limit 2005-2010		220949	0	0	0
	Epilep\$ and hospital\$ Limit 2005-2010		2107	0	0	0
	Prevent\$ Limit 2005-2010		213560	0	0	0
	Epilep\$ and hospital\$ and prevent\$ Limit 2005-2010		114	0	0	0
	Lifestyle\$ Limit 2005-2010		24849	0	0	0
	Epilep\$ and hospital\$ and prevent\$ and lifestyle\$ Limit 2005-2010		2	0	0	0

<b>21.02.10</b>		<b>British Nursing Index</b>				
	Manage\$ Limit 2005-2010		11346	0	0	0
	Tolerate\$ Limit 2005-2010		7	0	0	0
	Manage\$ or tolerate\$ Limit 2005-2010		11356	0	0	0
	"Live with" Limit 2005-2010		34	0	0	0
	Manage\$ or tolerate\$ or "live with" Limit 2005-2010		11410	0	0	0
	Nurs\$ Limit 2005-2010		26189	0	0	0
	Manage\$ or tolerate\$ or "live with" and nurs\$ Limit 2005-2010		5051	0	0	0
	"Chronic illness" Limit 2005-2010		589	0	0	0
	"Chronic disease" Limit 2005-2010		138	0	0	0
	"Chronic illness" or chronic disease" Limit 2005-2010		650	0	0	0
	Communicat\$ Limit 2005-2010		2547	0	0	0
	Manage\$ or tolerate\$ or "live with" and nurs\$ and communicat\$ Limit 2005-2010		3	2	0	0

<b>21.02.10</b>		<b>British Nursing Index</b>				
	Educat\$ Limit 2005-2010		9955	0	0	0
	Teach\$ Limit 2005-2010		1632	0	0	0
	Educat\$ or teach\$ Limit 2005-2010		10370	0	0	0
	Learn\$ Limit 2005-2010		4480	0	0	0
	Educat\$ or teach\$ or learn\$ Limit 2005-2010		12951	0	0	0
	Disease\$ Limit 2005-2010		3833	0	0	0
	Illness\$ Limit 2005-2010		1895	0	0	0
	Disease\$ or illness\$ Limit 2005-2010		5481	0	0	0
	Hospital\$ Limit 2005-2010		5510	0	0	0
	Disease\$ or illness\$ and hospital\$ Limit 2005-2010		334	0	0	0
	Empowerment\$ Limit 2005-2010		1599	0	0	0
	Disease\$ or illness\$ and hospital\$ and empowerment\$ Limit 2005-2010		7	1	0	0



	Educate\$ or teach\$ or learn\$ and disease\$ or illness\$ and hospital\$ and empowerment\$ Limit 2005-2010		1	0	0	0
<b>25.02.10</b>		<b>British Nursing Index</b>				
	Epilepsy\$ Limit 2005-2010		163	0	0	0
	Precipitant\$ Limit 2005-2010		2	0	0	0
	Epilepsy\$ and precipitant\$ Limit 2005-2010		0	1	0	0
	Stress\$ Limit 2005-2010		1921	0	0	0
	Epilepsy\$ and precipitant\$ and stress\$ Limit 2005-2010		0	0	0	0
<b>29.02.10</b>		<b>British Nursing Index</b>				
	Epilepsy\$ Limit 2005-2010		163	0	0	0
	Hospital\$ Limit 2005-2010		5510	0	0	0
	Epilepsy\$ and hospital\$ Limit 2005-2010		4	1	0	0
	Prevent\$ Limit 2005-2010		5319	0	0	0
	Epilepsy\$ and hospital\$ and prevent\$ Limit 2005-2010		1	0	0	0

	Lifestyle\$ Limit 2005-2010		627	0	0	0
	Epilep\$ and hospital\$ and prevent\$ and lifestyle\$ Limit 2005-2010		0	0	0	0
<b>02.03.10</b>		<b>Ovid Medline</b>				
	Epilep\$ Limit 2005-2010		19703	0	0	0
	Precipitant\$ Limit 2005-2010		591	0	0	0
	Epilep\$ and precipitant\$ Limit 2005-2010		30	0	0	0
	Seizure\$ Limit 2005-2010		16835	0	0	0
	Epilep\$ and precipitant\$ and seizure\$ Limit 2005-2010		31	15	2	2

**Vedlegg 3**  
**Oversikt over forskningsartikler**

<b>Forfattere</b>	Bianca H. Brum Batista og Magda Lahougue Nunes
<b>År</b>	2007
<b>Land</b>	Brasil
<b>Tidsskrift</b>	Epilepsy and Behavior
<b>Tittel</b>	Evaluation of sleep habits in children with epilepsy
<b>Hensikt</b>	Å evaluere søvnvaner hos barn med epilepsi.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Tverrsnittstudie Spørreskjema
<b>Deltagere / Frafall</b>	121 deltagere Ikke frafall
<b>Hovedfunn</b>	Barn med epilepsi har større søvnvansker enn friske barn.
<b>Kvalitet</b>	Bra

\* Inkluderte artikler

<b>Forfattere</b>	Sandra Cushman-Weinstein, Kasandra Dassoluas, Lay A. Salpekar, Sarah E. Henderson, Phillip L. Pearl, William D. Gallard og Steven L. Weinstein
<b>År</b>	2008
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Epilepsy and Behavior
<b>Tittel</b>	Parenting stress and childhood epilepsy: The impact of depression, learning, and seizure-related factors
<b>Hensikt</b>	Å evaluere stress hos foreldre til pasienter med epilepsi og undersøke påvirkningen av depresjon i barndommen, lærervansker og anfalls-utløsende faktorer.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Tverrsnittstudie Spørreskjema
<b>Deltagere / Frafall</b>	65 deltagere Ikke frafall
<b>Hovedfunn</b>	Mange foreldre rapporterte stress. Depresjon hos barna økte opplevelsen av stress hos foreldrene. Lærervansker økte opplevelsen av stress.
<b>Kvalitet</b>	Middels

\* Inkluderte artikler

<b>Forfattere</b>	Colleen Diforio, Patricia Osborne Shafer, Richard Letz, Thomas R. Henry, Donald L. Schomer og Kathrine Yeager
<b>År</b>	2006
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Epilepsy and Behavior
<b>Tittel</b>	Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy
<b>Hensikt</b>	Å avdekke hvilke faktorer som styrker pasienter med epilepsi sin evne til og følelse av mestring
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Spørreskjema
<b>Deltagere / Frafall</b>	320 deltagere Av disse var det 48 frafall.
<b>Hovedfunn</b>	Tidligere erfaringer med mestring, sosial støtte og kommunika-sjon med helse-personell påvirket deltagerne følelse av mestring. Positive erfaringer i forhold til mestrings-strategier styrket pasientenes mestring i fremtiden. 30 % slet med depresjon. Deltagere som oppga at de var fornøyde med legene sine hadde større evne til mestring.
<b>Kvalitet</b>	* Bra

\* Inkluderte artikler

<b>Forfattere</b>	Grethe Helde, Gunnar Bovim, Geir Bråthen og Eylert Brodtkorb
<b>År</b>	2005
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	Epilepsy and Behavior
<b>Tittel</b>	A structured, nurse-led intervention program improves quality of life in patients with epilepsy: A randomized, controlled trial
<b>Hensikt</b>	Å undersøke om strukturert sykepleie til pasienter med epilepsi øker livs-kvaliteten blant pasientene.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ RCT
<b>Deltagere / Frafall</b>	114 deltagere Av disse var det 3 frafall
<b>Hovedfunn</b>	Kontinuerlig oppfølging, råd og undervisning økte pasientenes mestrings-evne og livskvalitet. Pasientene hadde behov for informasjon om sin sykdom.
<b>Kvalitet</b>	* Bra

\* Inkluderte artikler

<b>Forfattere</b>	R.M Jones, J.A Butler, V.A Thomas, R.C Peveler og M. Prevett
<b>År</b>	2006
<b>Land</b>	Storbritania
<b>Tidsskrift</b>	Seizure
<b>Tittel</b>	Adherence to treatment in patients with epilepsy: Associations with seizure control and illness beliefs
<b>Hensikt</b>	Avdekke pasienters mestringsevne og opplevelse av sykdom. Dette ses i sammenheng med deres medikamentelle behandling.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Tversnittstudie Spørreskjema
<b>Deltagere / Frafall</b>	54 deltagere Ikke frafall Ikke frafall
<b>Hovedfunn</b>	Pasienter med dårlig regulert epilepsi hadde større tro på medika-mentell behandling. De hadde også flere anfall enn de som var godt regulert. I tillegg hadde de flere bekymringer i forhold til medisiner Pasienter med dårlig regulert epilepsi trodde også at deres epilepsi ville vare lenger og disse pasientene rapporterte at de sløt med angst.
<b>Kvalitet</b>	* Bra

\* Inkluderte artikler

<b>Forfattere</b>	Sang - Ahm Lee og Young- Joo No
<b>År</b>	2005
<b>Land</b>	Korea
<b>Tidsskrift</b>	Seizure
<b>Tittel</b>	Perceived self- control of seizures in patients with uncontrolled partial epilepsy
<b>Hensikt</b>	Kartlegge ulike forvarsel på epileptiske anfall og kartlegge hvordan pasientene kunne hindre eller forebygge epileptiske anfall.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Personlig semistrukturert intervju
<b>Deltagere / Frafall</b>	174 deltagere Ikke frafall
<b>Hovedfunn</b>	Storparten av pasientene kunne kontrollere sine anfall ved hjelp av ulike teknikker. De mest brukte teknikkene var intens konsen-trasjon og aktiviteter som avledet oppmerksomhet over på noe annet enn selve anfaller.
<b>Kvalitet</b>	* Bra

\* Inkluderte artikler



<b>Forfattere</b>	James W. McAuley, Linsey S. McFadden, John O. Elliot og Bassel F. Shmeke
<b>År</b>	2008
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Epilepsy and Behavior
<b>Tittel</b>	An evaluation of self-management behaviors and medication adherence in patients with epilepsy.
<b>Hensikt</b>	Å kartlegge pasientens evne til mestring og om denne hadde sammenheng med graden av anfalls-kontroll.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Tverrsnittstudie
<b>Deltagere / Frafall</b>	54 deltagere Av disse var det 4 frafall.
<b>Hovedfunn</b>	Pasienter med epilepsi mestrer bedre medikamenter enn andre aspekter ved sykdommen som sikkerhet, anfall og livsstil.
<b>Kvalitet</b>	* Middels

\* Inkluderte artikler

<b>Forfattere</b>	Karl O. Nakken, Marit H. Solaas, Marianne J. Kjeldsen, Mogens L. Friis, John M. Pellock og Linda A. Corey
<b>År</b>	2005
<b>Land</b>	Norge, Danmark og USA
<b>Tidsskrift</b>	Epilepsy & Behavior
<b>Tittel</b>	Which seizure- precipitating factors do patients with epilepsy most frequently report?
<b>Hensikt</b>	Undersøke tilfeller av anfallsutløsende faktorer i en større populasjon med epilepsi og undersøke hvilke anfallsutløsende faktorer som ble hyppigst rapportert.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Personlig intervju og spørreskjema
<b>Deltagere / Frafall</b>	1677 deltagere Ikke frafall
<b>Hovedfunn</b>	53 % rapporterte om minst én anfallsutløsende faktor.  Stress, søvnmangel og utmattelse var de hyppigst rapporterte faktorer i både Norge, Danmark og USA.
<b>Kvalitet</b>	* Bra

\* Inkluderte artikler

<b>Forfattere</b>	Angelina M. Paschal, Suzanne R. Hawley, Theresa St. Romain, Kore Liow, Craig A. Molgaard, Jamilia Sly og Toni L. Sadler
<b>År</b>	2007
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Epilepsy & Behavior
<b>Tittel</b>	Epilepsy patients` perceptions about stigma, education, and awareness: Preliminary responses based on a community participatory approach
<b>Hensikt</b>	Å kartlegge pasientens oppfatninger om kunnskap og stigma knyttet til deres tilstand, samt kartlegge effektive metoder for å undervise pasienter og allmenheten om sykdommen.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Skriftlig spørreundersøkelse
<b>Deltagere / Frafall</b>	165 deltagere Ikke frafall
<b>Hovedfunn</b>	88 % mente at det var behov for informasjon blant allmenheten om epilepsi. 85 % av pasientene med epilepsi mente at de hadde god kunnskap om sin egen sykdom. 88 % indikerte at det var behov for kunnskap om sykdommen blant pasienter med epilepsi.
<b>Kvalitet</b>	* Bra

\* Inkluderte artikler

<b>Forfattere</b>	Jaya Pinikahana og Joanne Dono
<b>År</b>	2009 a
<b>Land</b>	Australia
<b>Tidsskrift</b>	Epilepsy and Behavior
<b>Tittel</b>	Age and genders differences in initial symptoms and precipitant factors of epileptic seizures: An Australian study
<b>Hensikt</b>	Å dokumentere varsel signaler, symptomer, anfallsutløsende faktorer og teknikker for å unngå epileptiske anfall.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Spørreundersøkelse
<b>Deltagere / Frafall</b>	225 deltagere
<b>Hovedfunn</b>	89,8 % opplevde minst én anfallsutløsende faktor.  Utmattelse, stress og søvnmangel var de mest rapporterte faktorene.  Yngre rapporterte om flere anfallsutløsende faktorer enn eldre.  69,8 % hadde forsøkt minst én teknikk for å hindre epileptiske anfall. Informasjonen i studien kan bli brukt til å informere helsearbeidere om den subjektive erfaringen av anfall.
<b>Kvalitet</b>	* Bra

\* Inkluderte artikler

<b>Forfattere</b>	Jaya Pinikahana og Joanne Dono
<b>År</b>	2009 b
<b>Land</b>	Australia
<b>Tidsskrift</b>	Epilepsy and Behavior
<b>Tittel</b>	Initial symptoms, precipitant factors, and techniques to control epileptic seizures: The carer`s perspective
<b>Hensikt</b>	Undersøke pårørendes kunnskap om pasienter med epilepsi sin aktivitet før anfall og undersøke om de klarer å forutse anfall hos disse pasientene
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Spørreundersøkelse
<b>Deltagere / Frafall</b>	78 deltagere Ikke frafall
<b>Hovedfunn</b>	74,4 % rapporterte at pasienten opplevde minst ett symptom før anfall 88,5 % rapporterte at pasienten opplevde minst ett anfall som følge av en spesifikk hendelse eller faktor. De mest rapporterte faktorene var utmattelse, søvnmangel og stress.
<b>Kvalitet</b>	56,4 % rapporterte at pasienten hadde prøvd minst én teknikk for å hindre et anfall. * Middels

\* Inkluderte artikler

<b>Forfattere</b>	Jaya Pinikahana og Joanne Dono
<b>År</b>	2009 c
<b>Land</b>	Australia
<b>Tidsskrift</b>	Epilepsy and Behavior
<b>Tittel</b>	The lived experience of initial symptoms of and factors triggering epileptic seizures
<b>Hensikt</b>	Å undersøke pasienters erfaringer med symptomer og faktorer som utløser anfall.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Spørreundersøkelse
<b>Delagere / Frafall</b>	309 delagere, 72,8 % var pasienter med epilepsi og 27,2 % var pårørende Ikke frafall
<b>Hovedfunn</b>	De mest rapporterte faktorene var utmattelse, søvnmangel og stress. 63,6 % av de pårørende rapporterte at pasienten kunne kjenne når et anfall ville komme. 51,3% av pasientene rapporterte det samme. 28,7 % av pårørende rapporterte at pasientene kunne hindre et anfall. 15,4 % av pasientene svarte det samme.
<b>Kvalitet</b>	De mest vanlige teknikkene for å hindre anfall var hvile, medisiner og avslapning. * Bra

\* Inkluderte artikler

<b>Forfattere</b>	Gillian Sare, Margaret Rawnsley, Amanda Stoneman og Susan Duncan
<b>År</b>	2007
<b>Land</b>	Storbritania
<b>Tidsskrift</b>	Seizure
<b>Tittel</b>	Men with epilepsy- The lost tribe? Results of a nationwide survey of men with epilepsy living in the UK
<b>Hensikt</b>	Å kartlegge hvordan sykdommen påvirker livet til mannlige pasienter med epilepsi.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Spørreskjema
<b>Delagere / Frafall</b>	391 delagere Av disse var det 18 frafall.
<b>Hovedfunn</b>	Stress, manglende medisiner og søvnmangel var de mest rapporterte anfallsutløsende faktorer. Hyppig rapporterte bekymringer hos mennene var om de kunne kjøre bil og hvilket arbeid de ville få.
	Mennene rapporterte at allmenlegen var den de først ville oppsøke for å få informasjon om sin sykdom, mens spesialsykepleiere ville bli kontaktet sist.
<b>Kvalitet</b>	* Bra

\* Inkluderte artikler

<b>Forfattere</b>	Patricia da Silva Sousa, Katia Lin, Eliana Garzon, Américo C. Sakamoto og Elza Márcia T. Yacubian
<b>År</b>	2005
<b>Land</b>	Brasil
<b>Tidsskrift</b>	Seizure
<b>Tittel</b>	Self- perception of factors that precipitate or inhibit seizures in juvenile myoclonic epilepsy
<b>Hensikt</b>	Å undersøke pasienters opplevelse av faktorer som utløser eller forhindrer epileptiske anfall i tillegg til å evaluere om blant annet angst og depresjon påvirket pasientenes opplevelse av anfallsutløsende faktorer.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ. Standardisert spørreskjema som ble besvart gjennom personlig intervju
<b>Delagere / Frfall</b>	75 delagere Ikke fratfal
<b>Hovedfunn</b>	92 % rapporterte om minst én anfallsutløsende faktor Stress og søvnmangel var de vanligste anfallsutløsende faktorer. Stress ble hyppigst rapportert blant pasienter som var yngre enn 30 år. Sterk sammenheng mellom stress og søvnmangel.
<b>Kvalitet</b>	77 % rapporterte at de ikke visste om noe de kunne gjøre for å hindre anfall * Middels

\* Inkluderte artikler



<b>Forfattere</b>	Michael R. Sperling, Courtney A. Schilling, David Glosser, Joseph I. Tracy og Ali A. Asadi-Pooya
<b>År</b>	2007
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Seizure
<b>Tittel</b>	Self-perception of seizure precipitants and their relation to anxiety level, depression, and health locus of control in epilepsy
<b>Hensikt</b>	Å undersøke pasientenes opplevelse av anfallsutløsende faktorer og evaluere om denne opplevelsen påvirkes av angst, depresjon og evne til mestring.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Anonym tverrsnittstudie Spørreskjema
<b>Deltagere / Frafall</b>	200 deltagere Ikke frafall
<b>Hovedfunn</b>	65 % av pasientene rapporterte om minst én anfallsutløsende faktor. De vanligste anfallsutløsende faktorene var stress og søvnmangel. Pasienter som ikke hadde tro på at andre kunne kontrollere helsen deres, hadde flere anfall. Pasienter med angst rapporterte om flere anfallsutløsende faktorer.
<b>Kvalitet</b>	* Bra

\* Inkluderte artikler

<b>Forfattere</b>	Joo-Hui Tan, Einar Wilder- Smit, Eric C.H.Lim og Benjamin K. C ong
<b>År</b>	2005
<b>Land</b>	Singapore
<b>Tidsskrift</b>	Seizure
<b>Tittel</b>	Frequency of provocative factors in epileptic admitted for seizures: A prospective study in Singapore
<b>Hensikt</b>	Å avdekke anfallsfrekvens og anfallsutløsende faktorer. I tillegg ville studien foreslå metoder for å begrense anfallsfrekvens og antall sykehusinnleggelseser.
<b>Metode / Instrument</b>	Kvantitativ Strukturert intervju basert på spørreskjema og laboratoriske undersøkelser
<b>Delagere / Frafall</b>	40 delagere Ikke frafall
<b>Hovedfunn</b>	3/4 av anfallene ble sett i sammenheng med anfallsutløsende faktorer 26 % rapporterte under-medisinerig som en årsak til anfall 9 % slet med søvnmangel
<b>Kvalitet</b>	* Bra

\* Inkluderte artikler