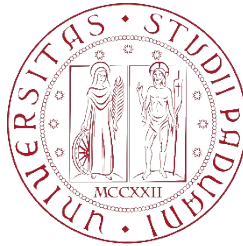


**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

*Corso di Laurea in Infermieristica*



**IMPATTO DELLA DEPRESSIONE SULLA QUALITÀ DI  
VITA DI UN PAZIENTE DOPO UNO STROKE: REVISIONE  
DELLA LETTERATURA.**

Relatore: Prof. Camuccio Carlo Alberto

Laureanda: Fiorin Veronica

Matricola n. 1221950

Anno Accademico 2021/2022

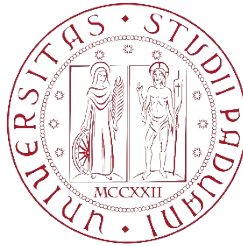


**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

*Corso di Laurea in Infermieristica*



**IMPATTO DELLA DEPRESSIONE SULLA QUALITÀ DI  
VITA DI UN PAZIENTE DOPO UNO STROKE: REVISIONE  
DELLA LETTERATURA.**

Relatore: Prof. Camuccio Carlo Alberto

Laureanda: Fiorin Veronica

Matricola n. 1221950

Anno Accademico 2021/2022



## ABSTRACT

**INTRODUZIONE.** L'ictus (*stroke*) rappresenta una grande problematica di salute pubblica, sia per la sua diffusione nella popolazione, sia per quanto riguarda la gravità delle conseguenze nel periodo successivo alla fase acuta. Circa, il 36% delle persone colpite ha riportato sintomi depressivi da lievi a gravi (Vermeer et al., 2017). Queste problematiche vanno ad influire sulla vita del paziente e, in particolare, sulla sua riabilitazione, rallentandone tutte le fasi.

**OBIETTIVO.** L'obiettivo di questa tesi è quello di analizzare come la depressione influisce sulla qualità di vita di un paziente durante il periodo riabilitativo post-stroke.

**METODI.** È stata redatta una revisione della letteratura mediante la consultazione dei database scientifici Pubmed, Cinahl, Scopus ed Embase, con un limite temporale di 5 anni.

**RISULTATI.** Sono stati selezionati, in base ai criteri di inclusione ed esclusione, 15 studi: 1 revisione sistematica, 4 studi trasversali, 2 studi retrospettivi, 1 studio prospettico, 3 trial clinici randomizzati, 3 studi longitudinale e 1 studio qualitativo.

**CONCLUSIONI.** Gli studi selezionati sostengono che la depressione post-ictus influisce negativamente sulla qualità di vita, ma anche che, i domini di quest'ultima compromessi dall'ictus, incrementano a loro volta la depressione. È necessario un supporto riabilitativo ed emotivo per migliorare gli *outcome* della riabilitazione.

**Key-words:** “*stroke*”, “*rehabilitation*”, “*depression*”, “*quality of life*”, “*nurse*”, “*anxiety*”, “*fatigue*”, “*pain*”.



# INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
CAPITOLO 1 – Quadro teorico	pag. 5
1.1 Ictus	pag. 5
1.2 La riabilitazione neurologica	pag. 7
1.2.1 Il ruolo dell’infermiere nella riabilitazione	pag. 8
CAPITOLO 2 – Complicanze dell’ictus	pag. 11
2.1 Le complicanze dell’ictus: ansia, dolore, <i>fatigue</i> e depressione	pag. 11
2.1.2 <i>Post-stroke Depression</i>	pag. 12
2.2 Qualità di vita	pag. 13
2.3 Scale di valutazione	pag. 14
CAPITOLO 3 – Materiali e metodi	pag. 17
3.1 Gruppo di ricerca	pag. 17
3.2 Obiettivo della tesi	pag. 17
3.3 Disegno di studio e banche dati consultate	pag. 17
3.4 Quesito di ricerca	pag. 18
3.5 Parole chiave e metodo PIO/PICO	pag. 18
3.6 Stringhe di ricerca	pag. 18
3.7 Limiti della ricerca	pag. 20
3.8 Criteri di selezione degli studi	pag. 20
CAPITOLO 4 – Risultati della ricerca	pag. 21
4.1 Descrizione degli studi selezionati	pag. 21
4.2 Presentazione degli studi selezionati	pag. 21
4.3 Sintesi dei risultati - <i>Main Findings</i>	pag. 22
CAPITOLO 5 – Discussione e conclusione	pag. 25
5.1 Che impatto ha la depressione sulla qualità di vita dei pazienti durante il periodo di riabilitazione?	pag. 25
5.2 In che modo l’infermiere può ridurre l’impatto della depressione?	pag. 27
5.3 Conclusione	pag. 28
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	





## INTRODUZIONE

L'argomento sul quale è stata condotta questa revisione della letteratura è l'impatto della depressione sulla qualità di vita di un paziente dopo uno *stroke*.

L'ictus (*stroke*) rappresenta una grande problematica di salute pubblica, sia per la sua diffusione nella popolazione, sia per quanto riguarda la gravità delle conseguenze nel periodo successivo alla fase acuta. Queste problematiche non coinvolgono solo l'assistito ma anche i suoi familiari e *caregivers*.

In Italia, nel 2019, sono stati registrati 86.360 ricoveri per ictus e i dati Istat, raccolti nel 2018, indicano che le malattie cerebrovascolari (tra le quali l'ictus rappresenta la manifestazione clinica più frequente) sono la seconda causa di morte dopo le malattie ischemiche del cuore. Anche secondo i dati raccolti dello *European Cardiovascular Disease Statistics*, l'ictus è la seconda causa di morte in Europa.

Sempre secondo dati Istat, circa il 75% dei pazienti che sopravvivono all'ictus presentano forme di disabilità che portano ad un peggioramento della qualità di vita e alla perdita, totale o parziale, dell'autosufficienza nelle attività di vita quotidiana (Ministero della Salute, 2021), e circa il 36% delle persone colpite ha riportato sintomi depressivi da lievi a gravi (Vermeer et al., 2017). Queste problematiche vanno ad influire sulla vita del paziente e, in particolare, sulla sua riabilitazione, rallentandone tutte le fasi.

L'idea di questa tesi nasce, in primo luogo, dalla mia esperienza di tirocinio vissuta presso l'Unità Operativa di Neurologia nella quale ho potuto assistere i pazienti affetti da ictus, in particolare ho osservato quanto questi non accettassero i cambiamenti improvvisi avvenuti a causa di questa patologia e come aumentassero le loro preoccupazioni per la vita futura.

In secondo luogo, durante lo svolgimento del terzo anno accademico, mi è stato proposto di partecipare ad un gruppo di ricerca per effettuare una revisione della letteratura nell'ambito della neuroriabilitazione *post-stroke*.

A partire da questi due input si è sviluppato l'interesse di analizzare come la depressione influenzi la riabilitazione e, di conseguenza, la qualità vita di queste persone e cosa può fare l'infermiere per ridurre questa problematica.

La tesi è suddivisa in 5 capitoli: quadro teorico, spiegazione del problema, materiali e metodi utilizzati, risultati ottenuti, discussione e conclusione finale.



# CAPITOLO 1 – Quadro teorico

## 1.1 Ictus

Ictus è un termine latino che significa “*colpo*”, in inglese “*stroke*”, ed è la manifestazione clinica più importante e devastante tra tutti i disturbi cerebrovascolari, in quanto insorge in maniera improvvisa. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo definisce come “una improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit delle funzioni cerebrali, localizzati o globali, di durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale”.

Le patologie cerebrovascolari sono varie e comprendono: ictus ischemico, ictus emorragico, attacco ischemico transitorio (TIA) e altri sottotipi eziologici (Sharma, 2017). L’ictus si manifesta quando si verifica un’interruzione dell’apporto di sangue ossigenato in un’area del cervello, causandone la morte delle cellule nervose e provocando una perdita delle funzioni neurologiche controllate dall’area stessa.

In base a come avviene il meccanismo patologico si può dividere in:

- Ictus ischemico. Questa tipologia di ictus è causata da un’ostruzione di un’arteria che irrorava l’encefalo e rappresenta circa il 70% delle vasculopatie cerebrali acute. Questa ostruzione può essere secondaria ad aterosclerosi dei vasi cerebrali (ictus trombotico) oppure può essere conseguenza di arteriti infettive o di emboli provenienti dal distretto carotideo (ictus trombo-embolico) (Ministero della salute, 2021).

In base alla durata dei segni e alle evidenze di imaging cerebrale tramite TC (tomografia computerizzata), si può distinguere in attacco ischemico transitorio (TIA) o ictus ischemico acuto (AIS). Il TIA è una disfunzione neurologica temporanea che non è associata a segni di infarto cerebrale alla TC e i sintomi durano al massimo 24 ore poi si ha un miglioramento grazie alla ripresa spontanea del circolo. L’AIS è un episodio di disfunzione neurologica causata da ischemia cerebrale con evidenti segni di infarto acuto alla TC. Si stima che dal 7,5% al 17,4% dei pazienti con TIA avrà un ictus nei successivi 3 mesi (Mendelson & Prabhakaran, 2021).

- Ictus emorragico. Può essere dovuto a: trombosi venosa cerebrale, rottura di malformazioni vascolari congenite, vasculopatia del sistema nervoso centrale o trasformazione emorragica dell'ictus ischemico. Il tasso di mortalità è significativamente più alto rispetto all'ictus ischemico di circa il 40% (Montaño et al., 2021).

I fattori di rischio noti per l'ictus sono: ipertensione, fibrillazione atriale, insufficienza cardiaca, fumo, alcol, scarsa attività fisica, sovrappeso e ipercolesterolemia (Zhang et al., 2019). Nelle donne, a causa della capacità riproduttiva, ci sono ulteriori fattori di rischio, che sono: l'età al menarca, la gravidanza, il diabete mellito gestazionale, la preeclampsia, i disturbi dello stato ormonale, l'uso di contraccettivi orali combinati e la terapia ormonale sostitutiva (Maksimova & Airapetova, 2019).

Secondo l'*American Stroke Association* i segnali di avvertimento possono essere riassunti nella parola FAST:

- *Face drooping*, “faccia cadente”, deviazione della rima buccale, incapacità di sorridere, deviazione dello sguardo;
- *Arm weakness*, “debolezza del braccio”, deficit della forza, riduzione della sensibilità, atassia (alterazione della coordinazione);
- *Speech difficulty*, “difficoltà della parola”, cioè compromissione del linguaggio, afasia, disartria;
- *Time*, “tempo”, lo *stroke* è tempo-dipendente, quindi prima si agisce migliore sarà il recupero.

Altri segni evidenti possono essere: intorpidimento degli arti, confusione, difficoltà visiva in uno o entrambi gli occhi, compromissione della marcia, vertigini, perdita di equilibrio. In particolare, nell'ictus emorragico, questi segni comuni possono essere associati ad aumento della pressione intracranica e, di conseguenza, nausea, vomito, mal di testa, ipertensione e diminuzione del livello di coscienza (Elijovich et al., 2008).

Nel mondo, ogni anno, l'ictus colpisce circa 150 milioni di persone e rappresenta la terza causa di morte, la prima di invalidità e la seconda di demenza. Nel 2001 ha provocato circa 5milioni e mezzo di morti, pari a poco meno del 10% dei morti totali. In Europa, l'ictus è la seconda causa di mortalità complessiva (OMS). In Italia, come in Europa, l'ictus è la seconda causa di morte dopo l'infarto miocardico ed è la prima causa di invalidità permanente.

Ogni anno si verificano circa 90'000 ricoveri dovuti a ictus, di cui solo il 20% sono recidive. Il 20-30% delle persone colpite muoiono entro il primo mese dall'evento, il 40-50% entro il primo anno, mentre il 75% della restante parte sopravvive con forme di disabilità, anche così gravi da perdere totalmente o parzialmente l'autosufficienza (Ministero della salute, 2021). Il tasso di ictus, in particolare di ictus ischemico e TIA, aumenta con l'età (Navis et al., 2019): dopo i 55 anni è molto più frequente e, ad ogni decade, la prevalenza raddoppia (nelle persone di età 65-84 anni la prevalenza è del 6.5%). Per cercare di recuperare l'autosufficienza è necessario un periodo di riabilitazione.

## **1.2 La riabilitazione neurologica**

Per riabilitazione si intende il “complesso delle misure intese a ripristinare l'efficienza e la capacità di movimento di chi ha subito un trauma fisico o psichico” (Treccani), quindi tutti quegli interventi atti a recuperare, in modo parziale o totale, le funzionalità perse in ambito fisico, sensoriale, intellettuale, psicologico e sociale. È un processo centrato sulla persona, con un trattamento adattato alle esigenze del singolo paziente e, soprattutto, con un monitoraggio personalizzato dei cambiamenti associati all'intervento. Infine, se necessario bisogna apportare modifiche agli obiettivi e alle azioni da svolgere (Wade, 2020).

In particolare, la riabilitazione neurologica si occupa del recupero funzionale dei pazienti che hanno subito lesioni al Sistema Nervoso Centrale e/o Periferico a causa di malattie neurologiche o di traumi.

I problemi più comuni da affrontare durante il periodo riabilitativo sono: compromissione della marcia e dell'equilibrio (Selves et al., 2020), del movimento degli arti superiori (Laffont et al., 2020), del linguaggio (Engelter et al., 2006) e la perdita dell'indipendenza funzionale (Vincent-Onabajo et al., 2018).

Tutti i programmi riabilitativi sono multidisciplinari e pianificati in base al paziente, alla patologia riscontrata, alle sue abitudini e, in particolare, all'obiettivo da raggiungere, anch'esso discusso insieme alla persona coinvolta. L'obiettivo principale è quello di raggiungere il livello di autonomia più alto possibile e, successivamente, quello di mantenere e consolidare i risultati raggiunti per reinserirsi nella vita sociale.

### **1.2.1 Il ruolo dell'infermiere nella riabilitazione**

Le linee guida, basate sulle linee guida SPREAD – *Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion* (VIII Edizione, 2016), e riprese dall'Istituto Superiore di Sanità (EpiCentro, 2021), offrono delle raccomandazioni per quanto riguarda il ruolo dell'infermiere nell'immediato periodo ospedaliero post-ictus e nel periodo di riabilitazione in modo da garantire un recupero precoce e migliore.

Raccomandazioni:

1. Valutazione infermieristica del paziente: comprende la valutazione iniziale, la raccolta dei dati fondamentali per la pianificazione dei trattamenti e la valutazione degli stessi. Sono comprese la verifica della diagnosi di ictus, le manifestazioni neurologiche, il controllo di eventuali comorbilità e tutti i fattori che potrebbero interferire con il trattamento.
2. Mobilizzazione precoce e recupero del self-care: la mobilizzazione precoce aiuta sia a prevenire la Sindrome da immobilizzazione sia a favorire l'ambito psicologico. Va effettuata appena le condizioni cliniche del paziente lo consentono o comunque entro le 24/48 ore dall'evento. Anche le attività di self care andrebbero iniziate il prima possibile in modo da aiutare il paziente a riacquisire il controllo e la consapevolezza di sé stesso e dell'ambiente circostante. È importante insegnare a sopperire alla disabilità. Nella fase riabilitativa è importante mantenere le capacità acquisite.
3. Garanzia dell'integrità cutanea: bisogna adottare tutte quelle misure in grado di ridurre il rischio di lesioni da decubito.
4. Gestione della funzione vescicale e regolarizzazione dell'alvo: le cause di incontinenza vescicale possono essere i deficit neurologici che portano a ipertono/ipotono vescicale o i deficit cognitivi o di comunicazione che provocano l'incapacità di riconoscere lo stimolo o chiamare in tempo utile. Per evitare complicanze infettive bisogna gestire il catetere nel miglior modo possibile. Infine, bisogna attuare interventi opportuni per una corretta evacuazione.
5. Disfagia e prevenzione dell'aspirazione: va valutata la capacità di deglutizione per evitare l'aspirazione e la polmonite "*ab ingestis*" e, in particolare, bisogna garantire il giusto apporto di alimenti e acqua per una corretta alimentazione e idratazione.

6. Prevenzione delle tromboembolie venose con utilizzo di calze elastiche, mobilizzazione precoce e profilassi farmacologica con il farmaco più adeguato al paziente dopo prescrizione medica.
7. Prevenzione cadute: vanno valutati i fattori di rischio del paziente e quelli ambientali per poi mettere in atto tutte le misure preventive per evitare questa complicanza.





## CAPITOLO 2 – Complicanze dell'ictus

### 2.1 Le complicanze dell'ictus: ansia, dolore, *fatigue* e depressione

Dopo un ictus possono insorgere delle complicanze per quanto riguarda la sfera emotiva, come: ansia, depressione, labilità emotiva, decadimenti cognitivi (demenza post-ictus) e apatia. Queste complicanze possono fortemente condizionare la fase riabilitativa in quanto compromettono, in modo molto significativo, la partecipazione attiva del paziente e le sue capacità di apprendimento (Ezekiel et al., 2019, A.L.I.Ce. – Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale).

L'ansia è un disturbo molto generalizzato: in tutto il mondo colpisce pesantemente i pazienti e la società, rappresentando il 3,3% del carico globale di malattie (Penninx et al., 2021). In particolare, circa 1 soggetto su 3 con ictus sperimenta ansia durante il primo anno dopo l'evento (Rafsten et al., 2018). I sintomi sono: preoccupazione croniche e pervasive accompagnate da sintomi fisici e psicologici non specifici (irrequietezza, affaticamento, difficoltà di concentrazione, irritabilità, tensione muscolare o disturbi del sonno) (DeMartini et al., 2019).

Tra i fattori che insorgono dopo un ictus possiamo trovare anche dolore e *fatigue*.

Il dolore viene definito dall'OMS come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno". I dolori tipici nel periodo successivo all'ictus, che colpiscono circa il 70% delle persone (Klit et al., 2011), sono: dolore neuropatico, spasticità e contratture, dolore alla spalla e sindromi dolorose regionali complesse, nonché mal di testa e condrocalinosi. Questo contribuisce ad aumentare i sintomi depressivi e a peggiorare la qualità della vita (Delpont et al., 2018).

La *fatigue*, in italiano "*affaticamento*", è stata definita come "sensazione opprimente di esaurimento o stanchezza, che non è correlata allo sforzo e, in genere, non migliora con il riposo" (de Groot et al., 2003). La stanchezza cronica è un sintomo invalidante e persistente che colpisce molti sopravvissuti a un ictus ed è un predittore di morte. È uno degli esiti più comuni dell'ictus e la sua prevalenza varia dal 25% al 85% (Cumming et al., 2016).

Questi tre fattori, ansia, dolore e *fatigue*, sono spesso correlati alla depressione e alla difficoltà di svolgere il progetto riabilitativo pianificato.

### 2.1.2 Post-stroke Depression

La depressione maggiore è un disturbo dell'umore caratterizzato da una persistente sensazione di tristezza e/o dall'incapacità di provare piacere (McCarron et al., 2021). Nel 2008, l'OMS ha classificato la depressione maggiore come la terza causa del carico di malattie in tutto il mondo.

Il problema preso in considerazione per questa tesi è la depressione post-ictus (PSD: *post-stroke depression*) che colpisce circa il 55% degli individui con ictus (Ayerbe et al., 2013) ed è considerata la conseguenza neuropsichiatrica più importante che influisce negativamente sull'esito nei pazienti (Shi et al., 2017). La PSD è molto conosciuta ma è difficile da diagnosticare e non trattata adeguatamente (Robinson & Jorge, 2016).

A differenza della depressione maggiore, la PSD è un'esperienza comune per le persone sopravvissute ad un ictus perché è legata strettamente al danno vascolare (Loubinoux et al., 2012): può essere dovuta all'incapacità di provare emozioni positive a causa della lesione cerebrale stessa, oppure, può essere una normale reazione psicologica dovuta alla perdita delle funzioni fisiologiche (American Stroke Association, 2021). Si presenta con sintomi simili alla depressione maggiore (anedonia, apatia, tristezza, ricorrenti pensieri di morte, calo ponderale, astenia), ma l'unica differenza è che i sintomi si manifestano dopo l'insorgenza dell'ictus e sono più gravi (de Man-van Ginkel et al., 2015, Cumming et al., 2010). Lo sviluppo della PSD può avere un andamento non lineare, con sintomi che talvolta possono comparire anche a lunga distanza dall'evento e si mantengono per un periodo protratto nel tempo.

Viene definita, utilizzando il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), come “disturbo depressivo dovuto ad un'altra causa medica”, che in questo caso è l'ictus (Medeiros et al., 2020).

La diagnosi si basa su cinque criteri (APA, 2013):

- a) Presenza di umore depresso o anedonia (incapacità a provare piacere);
- b) I sintomi sono correlati all'ictus;
- c) I sintomi non sono meglio spiegati da altri disturbi psichiatrici;
- d) Il disturbo non si manifesta esclusivamente in presenza di delirio;
- e) I sintomi causano disagio o menomazioni significative.

Shi et al., 2017 hanno individuato i fattori di rischio più rilevanti per la PSD nella fase acuta e sub-acuta ( $\leq 3$  mesi), e sono: sesso femminile, età  $>70$ , storia pregressa e storia familiare di malattie mentali, gravità dell'ictus, livello di indipendenza e lesione all'emisfero sinistro. I fattori protettivi, invece, sono il supporto sociale e la formazione scolastica.

## 2.2 Qualità di vita

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la qualità di vita ("*quality of life*" - QoL) come "una percezione individuale della propria posizione all'interno della vita, del contesto sociale e culturale in base ai propri valori, obiettivi, aspettative e interessi" (OMS).

In associazione a questa definizione si può parlare di benessere, definito dall'OMS come "uno stato di completo benessere fisico, mentale, e sociale e non la mera assenza di malattia". Queste spiegazioni hanno portato alla luce l'esigenza di dover misurare la salute, non solo in termini di malattia, ma in modo olistico, andando a guardare tutti gli aspetti della vita di una persona.

La qualità di vita viene misurata attraverso la percezione, che è un indicatore soggettivo molto importante in quanto prende in considerazione fattori non oggettivabili, come: integrazione sociale, fattori fisiologici/psicologici e qualità delle strategie di coping in possesso (cioè il modo in cui le persone affrontano i problemi) (Idler & Kasl, 1995).

I fattori che possono influenzare la percezione dello stato di salute sono: l'età, il sesso, l'istruzione, il reddito e le caratteristiche psico-sociali; in particolare, le persone, quando valutano la propria qualità di vita, non fanno riferimento solo alla situazione attuale, ma alla direzione che sta prendendo la loro vita e la loro salute, declini o miglioramenti, il confronto con gli altri, e, a seconda dei casi, questo provoca una sensazione di preoccupazione o di sollievo (Idler & Benyamini, 1997). Gli aspetti della QoL o del benessere di una persona possono essere influenzati dalle sue condizioni di salute, assistenza sanitaria, interventi di salute pubblica, assistenza sociale e ruolo di assistenza informale (Mukuria et al., 2022).

Per quanto riguarda la qualità di vita a livello riabilitativo, Schalock et al., 2010 ha individuato otto domini di QoL, i quali permettono di prestare maggior attenzione al coinvolgimento, alla partecipazione e alla pianificazione degli obiettivi assistenziali, in modo da creare un piano riabilitativo incentrato sulla persona e sui suoi bisogni.

I domini sono:

- Autodeterminazione: autonomia personale, obiettivi e valori personali, scelte;
- Benessere emozionale: soddisfazione, piacere, assenza di stress e *fatigue*;

- Benessere fisico: attività della vita quotidiana, autonomia, mobilità, stato di salute, sonno;
- Relazioni interpersonali: interazione, relazioni, capacità di comunicare;
- Inclusione sociale: integrazione nella comunità, ruoli attivi esercitati in essa;
- Benessere materiale: status lavorativo, possedimenti;
- Sviluppo personale: livello di istruzione, competenza personale;
- Diritti: umani (rispetto, dignità, uguaglianza) e legali (cittadinanza, accesso).

Un'altra revisione sistematica della letteratura, Mukuria et al., 2022, ha individuato 7 grandi domini di QoL, paragonabili a quelli sopracitati: sentimenti ed emozioni, attività, propria identità, relazioni e connessioni sociali,  *coping*, autonomia e controllo, sensazioni fisiche e cognizione.

### 2.3 Scale di valutazione

Per misurare la depressione e la qualità di vita esistono diverse scale di valutazione.

Le scale di valutazione per la depressione sono:

- *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS): è la scala più usata e più conosciuta al mondo. La più nota è la versione con 24 item. I criteri di valutazione sono, per la maggior parte degli item, la risultante dell'integrazione tra l'osservazione obiettiva dei segni e l'esposizione soggettiva dei sintomi, anche se il criterio di gravità fa riferimento prevalentemente agli aspetti obiettivi. Non è utilizzata a scopi diagnostici (Davies et al., 2020).
- *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS): è un questionario diagnostico a dieci voci che gli psichiatri usano per misurare la gravità degli episodi depressivi nei pazienti con disturbi dell'umore (Paketcı, 2021).
- *Anxiety and Depression Scale Depression subscale* (HADS-D): scala utilizzata per lo screening della depressione maggiore tra le persone con problemi di salute fisica (Wu et al., 2021).
- *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9): è una breve scala specifica utilizzata per la diagnosi, il monitoraggio e la determinazione della gravità della depressione. Il PHQ-9 è adatto sia per lo screening che per il *case-finding* (Costantini et al., 2021).
- *Geriatric Depression Scale* (GDS-30): per rilevare la depressione nei pazienti geriatrici (Li et al., 2015).

Gli strumenti di valutazione disponibili per valutare la qualità di vita sono:

- *36-item Short Form health survey* (SF-36): è un questionario compilato dal paziente, che ha l'obiettivo di quantificare lo stato di salute e misurare la qualità della vita correlata alla salute (Lins & Carvalho, 2016).
- *EuroQol-5* (EQ-5D): è uno strumento standardizzato basato sulle preferenze progettato per fornire un'indicazione della qualità della vita correlata alla salute. L'EQ-5D si basa su un sistema descrittivo che comprende cinque dimensioni della salute: mobilità, cura di sé, attività abituali, dolore/disagio e ansia/depressione (Oliveira & Hayes, 2020).
- *Measuring Quality of Life* (WHOQOL): è una valutazione della qualità della vita applicabile a livello interculturale (OMS).
- *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SS-QoL): è una scala di valutazione incentrata sul paziente che misura della qualità della vita correlata alla salute specifica per i pazienti con ictus (Legris et al., 2018).



## **CAPITOLO 3 – Materiali e metodi**

### **3.1 Gruppo di ricerca**

Durante lo svolgimento del terzo anno accademico, è stato proposto alla laureanda di partecipare ad un progetto all'interno del Laboratorio di Ricerca di Infermieristica e Neuroriabilitazione presso l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) San Camillo di Lido (VE), accreditato dal Ministero della Salute italiano e specializzato nella disciplina di "Neuroriabilitazione motoria, della comunicazione e del comportamento". Il progetto consisteva nel partecipare alla stesura di una revisione sistematica della letteratura (registrata su Prospero) che indagasse sulla correlazione fra Depressione e Ansia con *Fatigue* e Dolore nel paziente con ictus in *setting* neuro-riabilitativo.

La laureanda ha partecipato a tutte le fasi di progettazione e attuazione della revisione fino alla fase di estrazione dei dati e di valutazione della qualità.

Da questo lavoro di revisione sistematica della letteratura, la laureanda ha approfondito in maniera peculiare e specifica la relazione fra depressione e qualità della vita; quindi modificando le stringhe di ricerca originali ed i criteri di inclusione ed esclusione. Di conseguenza estrapolando unicamente la letteratura che descriveva la relazione fra depressione e qualità di vita nel paziente con ictus in neuroriabilitazione, suo obiettivo di tesi.

### **3.2 Obiettivo della tesi**

L'obiettivo di questa tesi è quello di analizzare come la depressione influisce sulla qualità di vita di un paziente nel periodo riabilitativo post-stroke.

### **3.3 Disegno di studio e banche dati consultate**

È stata redatta una revisione della letteratura.

Il materiale per la ricerca è stato selezionato attraverso la consultazione di Banche dati elettroniche, quali Pubmed, Cinahl, Scopus ed Embase da Aprile 2022 a Giugno 2022, compreso.

### 3.4 Quesiti di ricerca

I quesiti di ricerca che sono stati posti per svolgere la tesi sono i seguenti:

1. Che impatto ha la depressione sulla qualità di vita dei pazienti durante il periodo di riabilitazione?
2. In che modo l'infermiere può ridurre l'impatto della depressione?

### 3.5 Parole chiave e metodo PIO/PICO

È stato utilizzato il metodo PIO/PICO per la formulazione delle parole chiave a partire dal quesito di ricerca.

Tabella I. PIO relativo al primo quesito.

<b>PIO</b>	<b>PAROLE CHIAVE</b>	<b>KEYWORDS</b>
<b>P</b>	Paziente con depressione post-stroke in riabilitazione.	<i>“stroke”, “depression”, “rehabilitation”</i>
<b>I</b>	Indagare come la depressione influisce sulla qualità di vita.	<i>“quality of life”</i>
<b>O</b>	Comprendere se la qualità di vita è influenzata o meno dalla depressione.	<i>“quality of life”</i>

Tabella II. PIO relativo al secondo quesito.

<b>PIO</b>	<b>PAROLE CHIAVE</b>	<b>KEYWORDS</b>
<b>P</b>	Paziente con depressione post-stroke, correlata ad ansia, <i>fatigue</i> e dolore.	<i>“stroke”, “depression”, “anxiety”, “fatigue” (“exhaustion”), “pain”</i>
<b>I</b>	Interventi infermieristici.	<i>“nurse”</i>
<b>O</b>	Miglioramento della sintomatologia depressiva.	<i>“ mood disorder”</i>

### 3.6 Stringhe di ricerca

Dopo aver individuato le parole chiave relative al quesito di ricerca sono state utilizzate in combinazione con l'operatore booleano “AND” e, quindi, sono state create le stringhe di ricerca utilizzate per ogni banca dati (Tabella III). L'ultima visualizzazione per tutte le stringhe di ricerca è stata effettuata il giorno 30 Giugno 2022, alle ore 17:00.

Le stringhe di ricerca sono state utilizzate per rispondere ad entrambi i quesiti.



Tabella III. Stringhe di ricerca su banche dati.

	<b>Database</b>	<b>Stringa</b>	<b>Risultati</b>
<b>1</b>	Scopus	stroke AND rehabilitation AND depression AND nurse	74
<b>2</b>	Scopus	stroke AND rehabilitation AND quality of life AND depression	75
<b>3</b>	Scopus	stroke AND rehabilitation AND quality of life AND nurse	1
<b>4</b>	Scopus	stroke AND rehabilitation AND depression AND fatigue	111
<b>5</b>	Scopus	stroke AND rehabilitation AND depression AND pain	108
<b>6</b>	Scopus	stroke AND rehabilitation AND depression AND exhaustion	1
<b>7</b>	Scopus	stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND fatigue	10
<b>8</b>	Scopus	stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND pain	10
<b>9</b>	Scopus	stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND exhaustion	0
<b>10</b>	Embase	stroke AND rehabilitation AND depression AND nurse	161
<b>11</b>	Embase	stroke AND rehabilitation AND quality of life AND depression	217
<b>12</b>	Embase	stroke AND rehabilitation AND quality of life AND nurse	2
<b>13</b>	Embase	stroke AND rehabilitation AND depression AND fatigue	271
<b>14</b>	Embase	stroke AND rehabilitation AND depression AND pain	25
<b>15</b>	Embase	stroke AND rehabilitation AND depression AND exhaustion	7
<b>16</b>	Embase	stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND fatigue	186
<b>17</b>	Embase	stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND pain	8
<b>18</b>	Embase	stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND exhaustion	0
<b>19</b>	Pubmed	((stroke) AND (rehabilitation)) AND (depression) AND (pain)	107
<b>20</b>	Pubmed	((stroke) AND (rehabilitation)) AND (depression) AND (fatigue)	112
<b>21</b>	Pubmed	((stroke) AND (rehabilitation)) AND (depression) AND (nurse)	66
<b>22</b>	Pubmed	((stroke) AND (rehabilitation)) AND (quality of life) AND (depression)	62
<b>23</b>	Pubmed	((stroke) AND (rehabilitation)) AND (mood disorder) AND (pain)	10
<b>24</b>	Pubmed	((stroke) AND (rehabilitation)) AND (mood disorder) AND (fatigue)	14
<b>25</b>	Pubmed	((stroke) AND (rehabilitation)) AND (quality of life) AND (nurse)	1
<b>26</b>	Pubmed	((stroke) AND (rehabilitation)) AND (exhaustion) AND (depression)	1
<b>27</b>	Pubmed	((stroke) AND (rehabilitation)) AND (exhaustion) AND (mood disorder)	0
<b>28</b>	Cinahl	Stroke AND rehabilitation AND depression AND pain	29

29	Cinahl	Stroke AND rehabilitation AND depression AND fatigue	42
30	Cinahl	Stroke AND rehabilitation AND depression AND nurse	28
31	Cinahl	Stroke AND rehabilitation AND quality of life AND depression	13
32	Cinahl	Stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND pain	0
33	Cinahl	Stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND fatigue	0
34	Cinahl	Stroke AND rehabilitation AND quality of life AND nurse	5
35	Cinahl	Stroke AND rehabilitation AND exhaustion AND depression	11
36	Cinahl	Stroke AND rehabilitation AND exhaustion AND mood disorder	0

### 3.7 Limiti della ricerca

Sono stati presi in considerazione gli studi pubblicati negli ultimi cinque anni, dal 2017 al 2022, pubblicati esclusivamente in lingua inglese. Sono stati esclusi i commenti o gli editoriali.

### 3.8 Criteri di inclusione ed esclusione

Per effettuare la ricerca degli articoli sono stati innanzitutto decisi i criteri di inclusione ed esclusione degli studi (Tabella IV). Sono state quindi usate le stringhe di ricerca create in precedenza e sono stati selezionati tutti gli studi per ognuna. Successivamente sono stati rimossi tutti quelli che erano presenti più volte tra i risultati delle stringhe, fornendo una lista totale di articoli possibilmente includibili secondo i criteri.

Infine, sono stati applicati i criteri di inclusione/esclusione e, attraverso una prima analisi di titolo e abstract, sono stati individuati gli studi potenzialmente rilevanti

Tabella IV. Criteri di inclusione ed esclusione degli studi.

Database	Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Scopus Embase Pubmed Cinahl	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setting neuro-riabilitativo;</li> <li>- Età compresa tra 18 e 85 anni;</li> <li>- Presente le parole chiave “<i>quality of life</i>” e “<i>depression</i>”.</li> <li>- Interventi per ridurre la depressione;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setting ambulatoriale o domestico;</li> <li>- Età &lt;18 o &gt;85 anni;</li> <li>- Comorbilità neurologiche o psichiatriche presenti prima dello stroke;</li> <li>- Non inerenti all’obiettivo di ricerca.</li> </ul>

## CAPITOLO 4 – Risultati della ricerca

### 4.1 Presentazione degli studi selezionati

La selezione ha portato ad un totale di 15 articoli. Il seguente flow-chart (figura 4.1) ne rappresenta sinteticamente il processo.

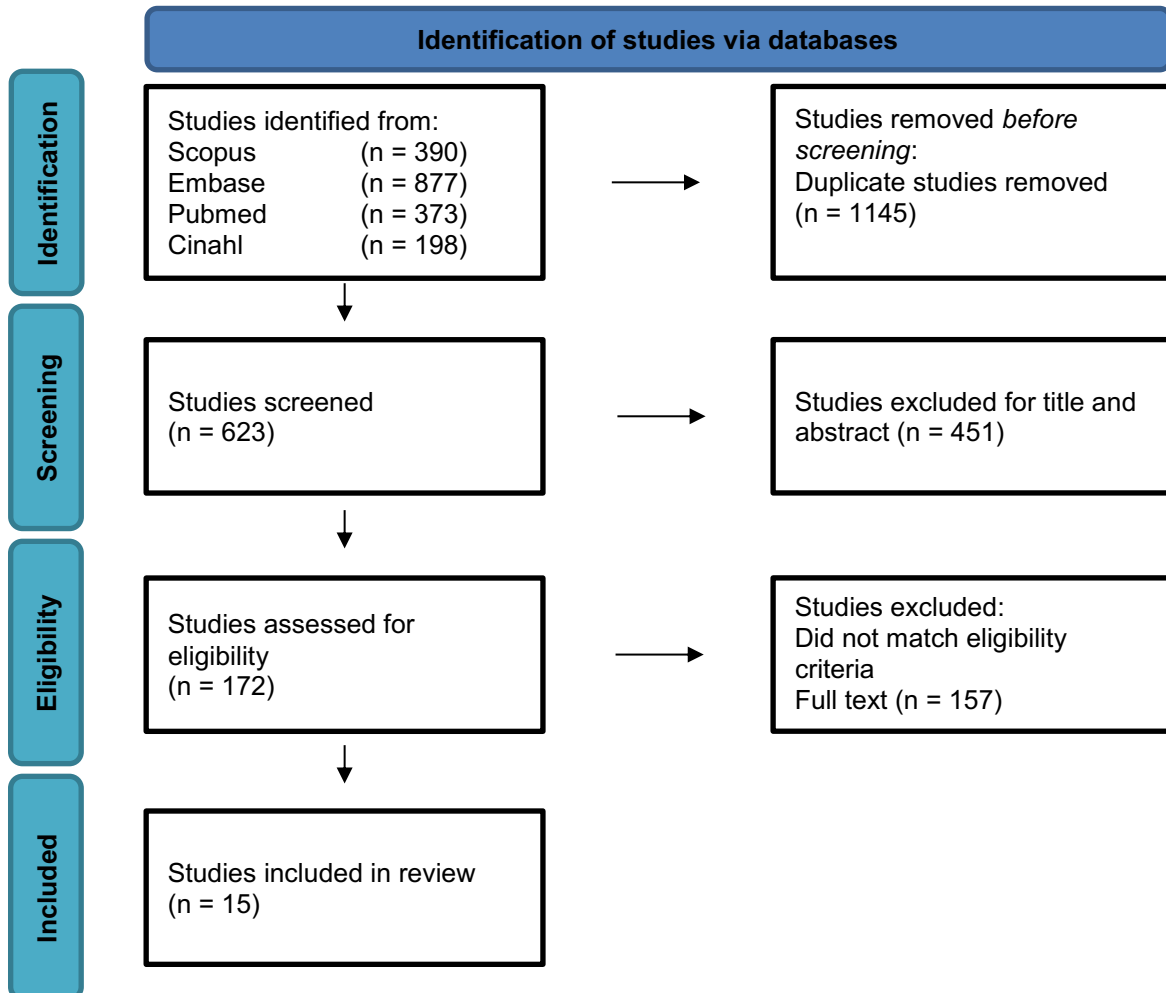


figura 4.1. PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases.

### 4.2 Descrizione degli studi selezionati

I 15 studi selezionati comprendono: 1 revisione sistematica, 4 studi trasversali, 2 studi retrospettivi, 1 studio prospettico, 3 trial clinici randomizzati, 3 studi longitudinale e 1 studio qualitativo.

Per ogni articolo sono state sintetizzate le informazioni riguardanti il titolo, l'autore, la data di pubblicazione, l'obiettivo, il disegno di studio, il setting, il campione (sesso, età, durata della malattia, comorbilità dichiarate, sede della lesione,) partecipanti (gruppi caso/controllo), interventi, scale di valutazione, significatività e conclusioni (Allegato 1).

### 4.3 Sintesi dei risultati – Main Findings

I 15 articoli presi in considerazione per la revisione sono omogenei per quanto riguarda il *setting* e per la popolazione presa in esame, con lo scopo di capire come la depressione influisce sulla qualità di vita in queste determinate situazioni e di capire cosa l'infermiere può fare per ridurre l'impatto di quest'ultima. Gli studi selezionati rispondono sia al primo sia al secondo quesito.

Per quanto riguarda l'area geografica sono stati selezionati studi provenienti da: Norvegia, Australia, Sud Africa, Canada, Polonia, Danimarca e Malesia con il rischio di avere percezioni e valutazioni diverse della PSD in base all'approccio culturale di ogni Paese.

Di seguito vengono descritti tutti i principali *outcome* dei vari articoli selezionati (Tabella V).

Tabella V. *Main findings*

Morsund et al. 2019	La prevalenza della depressione a 12 mesi dallo stroke è aumentata del 3% rispetto alla prevalenza a 3 mesi dall'insorgenza.
Ezekiel et al. 2019	Ci sono molteplici fattori che influiscono sulla partecipazione alle attività post-ictus, tra cui: età (anziani), gravità dell'ictus, presenza di menomazioni corporee, comorbidità, sintomi depressivi.
Bjartmar et al. 2017	Infermiere come membro chiave del team riabilitativo: le componenti essenziali della riabilitazione sono state definite ed integrate nell'assistenza infermieristica quotidiana. Depressione ha un impatto negativo sulla qualità di vita e aumenta il rischio di morte.
Unsworth et al. 2019	I fattori predittivi di depressione sono: giovane età, disoccupato a causa della malattia, dipendenza fisica, sesso femminile, gravità dell'ictus (che influenza la qualità di vita e di conseguenza aumenta la probabilità di depressione). Se non trattate, la depressione e l'ansia possono ostacolare il recupero fisico e portare a una cattiva qualità della vita correlata alla salute, tassi di mortalità più elevati e un maggiore onere per gli operatori sanitari.
Kanellopoulos et al. 2020	L'apatia è uno dei sintomi più rilevanti della PSD. Compromette in modo significativo l'apprendimento e la memoria. Sfocia in una disabilità progressiva compromettendo la qualità di vita.
Lin et al. 2019	Necessità di supporto informativo durante il periodo subito successivo all'evento e di supporto emotivo nelle fasi successive. La presenza di un caregiver diminuisce i sintomi depressivi. Il supporto sociale e l'educazione sanitaria sono associati ad una diminuzione della depressione e ad una soddisfazione generale.
Bullier et al. 2020	Disturbi dell'umore, gravità dell'afasia e limitazioni funzionali sono associati ad una scarsa qualità di vita.
Kim et al. 2020	Il sonno è fondamentale per il recupero funzionale post-ictus. La fototerapia permette di ridurre l'insonnia e la depressione ad essa associata, e quindi migliorare la salute psicologica e fisica.

Hartley et al. 2022	La riabilitazione ospedaliera determina un miglioramento funzionale significativo. È necessario un approccio a lungo termine per diagnosticare, monitorare e trattare i problemi di salute mentale in modo da poter migliorare la qualità di vita. È necessaria una riabilitazione comunitaria per non peggiorare ulteriormente ansia e depressione.
Vermeer et al. 2016	Circa il 36% della popolazione ha dimostrato un'aumentata sintomatologia depressiva post-ictus. I fattori demografici, la gravità dell'ictus e le attività di vita quotidiana influenzano la PSD. Tra i fattori modificabili per ridurre la PSD troviamo il fumo.
Neff et al. 2021	Depressione e fatigue sono associati negativamente alla soddisfazione sociale, in particolare la depressione aumenta la sfiducia verso le relazioni interpersonali. Questo studio mette in risalto che, migliorando le interazioni sociali, migliora l'umore depresso, l'ansia e la fatigue.
Kobylanska et al. 2018	La conoscenza dei fattori responsabili della scarsa efficacia della riabilitazione permette di individuare un piano assistenziale individuale. Se si inizia la riabilitazione entro 7 giorni si hanno dei risultati migliori a lungo termine. Le persone più a rischio di depressione sono i giovani in età lavorativa.
Ahmad et al. 2022	L'insonnia è associata ad ansia e disabilità. La terapia fisica e la psicoterapia migliorano l'umore e, di conseguenza, migliorano la qualità del sonno.
Wong et al. 2021	HRQoL ha diversi domini che vengono ostacolati dopo l'ictus: mobilità, cura di sé, attività abituali, dolore/disagio, ansia e depressione. L'attività fisica è associata a tutti i domini e se effettuata con rigore porta benefici sia alla salute fisica sia a quella mentale. Afasia e malnutrizione diminuiscono la <i>QoL</i> .
Hamre et al. 2021	Apatia, affaticamento, ansia e depressione sono inversamente proporzionali all'attività fisica.



## CAPITOLO 5 – Discussione e conclusione

### 5.1 Che impatto ha la depressione sulla qualità di vita dei pazienti durante il periodo di riabilitazione?

La PSD colpisce dal 30% al 55% degli individui con ictus (Ayerbe et al., 2013, Lin et al., 2019) e, secondo la letteratura, colpisce maggiormente gli assistiti più giovani socialmente e professionalmente attivi, coloro a cui hanno diagnosticato un ictus grave (secondo la scala NIHSS - scala per valutare la gravità dell'ictus del *National Institute of Health*), coloro che sono più dipendenti per le attività di vita quotidiana, coloro che presentano fin da subito sentimenti come ansia e preoccupazione, e il sesso femminile (Unsworth et al., 2019, Ezekiel et al., 2019, Kobylańska et al., 2019, Wong et al., 2021). Dall'analisi degli studi selezionati si può notare un accordo tra Morsund et al., 2019 e Ezekiel et al., 2019, i quali affermano che la prevalenza della PSD aumenta maggiormente a 12 mesi dall'accaduto rispetto al periodo immediatamente successivo (<3 mesi). Ezekiel et al., 2019 spiega, in modo più dettagliato, che la maggior parte dei miglioramenti del tono dell'umore si ha circa a 6 mesi dopo l'ictus in quanto, grazie alla riabilitazione, si ha un recupero parziale delle funzioni corporee e questo porta ad una diminuzione dei sintomi depressivi. Successivamente, però, a causa della lunghezza e della difficoltà del periodo riabilitativo, tutti questi miglioramenti lasciano spazio a sintomi depressivi più profondi rispetto ai precedenti, andando a compromettere tutto il percorso riabilitativo e la qualità di vita.

Andando ad analizzare i domini della *QoL* descritti da Schalock et al., 2010, si può notare come questi comprendano tutti gli aspetti più importanti nella vita di una persona: dal benessere fisico, psicologico e materiale fino ad arrivare alle relazioni interpersonali, l'inclusione sociale e i diritti che ogni persona ha. Dalla letteratura emerge che, dopo l'insorgenza improvvisa dell'ictus molti di questi domini vengono compromessi andando, ovviamente, ad inficiare il tono dell'umore e la qualità di vita dei sopravvissuti. In particolare, ci sono due macro argomenti che influiscono in modo molto negativo, e sono l'afasia e l'insonnia (Unsworth et al., 2019, Bullier et al., 2020, Kim et al., 2022, Ahmad et al., 2022, Wong et al., 2021).

Afasia è la perdita, parziale o completa, della capacità di esprimersi mediante la parola/scrittura, o di comprendere il significato delle parole dette/scritte da altri, dovuta ad alterazione dei centri del linguaggio (OMS). Le persone possono avere difficoltà a leggere,

a scrivere, a parlare, a capire o a ripetere il linguaggio. L'afasia è un fattore molto rilevante nei pazienti colpiti da ictus e incrementa in modo significativo la depressione (Bullier et al., 2020). È strettamente collegata alla qualità di vita (Unsworth et al., 2019) in quanto impedisce di svolgere tutte quelle azioni in cui è necessaria la comunicazione: impedisce di esprimere i propri bisogni di cura, le proprie preferenze per la gestione del piano riabilitativo, il dolore e il disagio provocato dalla condizione stessa. È un vero e proprio ostacolo alla comunicazione con gli altri e, di conseguenza, va a compromettere tutte quelle che sono le relazioni interpersonali (Wong et al., 2021). Questo provoca un grande stress emotivo sia per il paziente sia per i caregivers (Bullier et al., 2020), in quanto il paziente non riesce ad esprimersi e il caregivers non è in grado di capire i bisogni dell'assistito. Secondo l'analisi retrospettiva eseguita da Bullier et al., (2020), la scarsa qualità della vita valutata dal *Sickness Impact Profile* (SIP-65, scala per valutare i pazienti con afasia) era significativamente associata ad un aumento della gravità dell'afasia (p value = 0,008).

Il sonno, secondo Kim et al., 2022, è fondamentale per il recupero funzionale post-ictus in quanto permette di supportare la funzione motoria grazie a processi di riorganizzazione del cervello e, in particolare, permette di migliorare i processi di apprendimento. A causa dell'ictus però, la prevalenza dell'insonnia va dal 30% al 48% (Kim et al., 2022). L'insonnia è definita come “esperienza indesiderata di difficoltà a dormire” (Sutton, 2021) e può essere acuta, intermittente o cronica. Può essere il sintomo di presentazione di diversi disturbi del sonno, ma spesso si verifica anche in comorbidità con condizioni di salute fisica e mentale. È associata a depressione, ideazione suicidaria e affaticamento, tutti sintomi che dopo l'ictus aumentano in modo esponenziale. Questo, quindi, permette di affermare che l'insonnia ha un impatto negativo sulla riabilitazione neurologica perché aumenta la sonnolenza diurna, aumenta l'affaticamento e di conseguenza anche apatia e depressione, tutti fattori che rallentano il recupero funzionale (Hamre et al., 2021).

Oltre ad afasia e insonnia troviamo anche altri fattori secondari che influiscono sulla qualità di vita, che sono l'ansia e l'apatia. L'ansia è strettamente collegata alla depressione (Hartley et al., 2022) e insieme aumentano la fobia sociale (Kanellopoulos et al., 2020), riducono la produttività e la partecipazione (Ezekiel et al., 2019), rallentano il ritorno alle attività abituali (Hartley et al., 2022) e aumentano il rischio di malnutrizione, in quanto influenzano l'assunzione di un apporto calorico adeguato alla persona (Wong et al., 2021). L'apatia, cioè



incapacità prolungata o abituale di partecipazione o di interesse, sul piano affettivo o anche intellettuale (OMS), sintomo cardine della PSD, compromette l'apprendimento, la memoria e provoca una disabilità progressiva andando, quindi, ad inficiare la qualità di vita (Kanellopoulos et al., 2020).

In base a queste considerazioni, si può affermare che la depressione influisce negativamente sulla qualità di vita dei pazienti con ictus durante il periodo riabilitativo (Bjartmarz et al., 2017, Kobylańska et al., 2019) in quanto compromette tutti i domini della *QoL*: diminuisce la partecipazione alle attività, diminuisce il recupero funzionale, diminuisce l'autoefficacia, diminuisce le interazioni personali, aumenta l'insonnia, l'apatia, la *fatigue*, il rischio di malnutrizione e aumenta anche il rischio di morte.

## **5.2 In che modo l'infermiere può ridurre l'impatto della depressione?**

Secondo l'Articolo 1 comma 2 del Profilo Professionale dell'infermiere (DM 739/94), l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa.

L'infermiere è considerato il membro chiave del team riabilitativo (Bjartmarz et al., 2017) e, per quanto riguarda l'assistenza nei pazienti dopo un ictus, Lin et al., 2019 individua due tipi di supporto che possono essere messi in atto dall'infermiere stesso in modo da ridurre i sintomi depressivi, e sono: il supporto informativo e il supporto emotivo.

Il supporto informativo, cioè tecnico/educativo, è inteso come aiuto relativo alla riabilitazione, quindi consiste in: fornire consulenze, consigli, educare a determinati trattamenti (posizionamento a letto, posizionamento dell'arto emiplegico, prevenzione delle cadute) e, infine, cercare di risolvere i problemi andando a sopperire a tutte quelle mancanze causate dall'ictus. Questa fase di supporto pratico è consigliata nel primo periodo post-ictus in quanto l'assistito necessita di conoscenze tecniche per affrontare la sua nuova condizione (Lin et al., 2019).

Il supporto emotivo, relazionale e sociale, invece, è inerente alla cura, all'incoraggiamento nell'effettuare determinate attività, all'empatia, a consigli su come affrontare l'ansia e la fobia sociale. Va iniziato dal momento in cui la persona inizia il periodo riabilitativo e intensificato nelle settimane successive, in quanto la depressione tende ad aumentare (Ezekiel et al., 2019).

La letteratura specifica che, l'insieme del supporto sociale e dell'educazione sanitaria portano ad una diminuzione dei sintomi depressivi con un miglioramento dei punteggi delle scale di valutazione della depressione dalla prima all'ottava settimana post-ictus (Lin et al., 2019). Si può quindi affermare che le interazioni sociali alleviano i sintomi depressivi: aumentano la fiducia nel prossimo, diminuiscono la fobia sociale, aumentano i livelli di partecipazione alle attività e migliorano l'umore depresso e l'ansia (Ezekiel et al., 2019, Neff et al., 2021). Si nota, infatti, che i pazienti con un caregiver, e quindi con la presenza costante di una persona a loro vicina, presentano meno sintomi depressivi rispetto a quelli da soli (Lin et al., 2019).

L'infermiere ha un altro ruolo fondamentale nel periodo riabilitativo, quello di collaboratore. Deve cooperare con le altre figure sanitarie, come il fisioterapista, in modo da continuare tutti quegli interventi non farmacologici che il paziente non riesce ad eseguire in autonomia, come, ad esempio, l'attività fisica. L'attività fisica è un fattore determinante nella riduzione della sintomatologia depressiva (Bjartmarz et al., 2017, Kobylańska et al., 2019) perché è strettamente collegata a tutte le dimensioni fisiche della *QoL* (Wong et al., 2021) e permette di migliorare la mobilità, le attività di vita quotidiana, aumentare la resistenza alla fatica e migliorare l'autoefficacia. Hamre et al., 2021 considera l'attività fisica come prevenzione e trattamento dei sintomi depressivi.

Tra gli interventi non farmacologici utili per migliorare la PSD troviamo anche la fototerapia (Kim et al., 2022), cioè l'esposizione a luce intensa, ogni giorno, per aumentare i livelli di serotonina e diminuire quelli di melatonina. Questo trattamento permette di migliorare i ritmi circadiani, la qualità del sonno, ridurre l'insonnia e, di conseguenza, ridurre la depressione.

### **5.3 Conclusione**

Questa revisione della letteratura ha permesso di porre l'attenzione su un problema molto conosciuto ma difficile da diagnosticare e non trattato adeguatamente (Robinson & Jorge, 2016), la *Post Stroke Depression*. Nonostante gli studi selezionati provengano da Paesi diversi, con culture diverse e, quindi, con una percezione della vita diversa, si può notare come tutti arrivino alla stessa conclusione: tutti i domini della qualità di vita vengono compromessi dalla depressione, andando a diminuire tutte quelle attività utili a favorire un buon recupero funzionale. Però, si nota anche come le dimensioni della *QoL*, compromesse

dall'ictus stesso, vadano ad incrementare a loro volta la depressione, in quanto creano disabilità fisiche al paziente e cambiano radicalmente la vita in senso negativo.

È un circolo vizioso che, se non fermato, diminuisce notevolmente le possibilità di tornare alla vita precedente all'ictus e aumenta il rischio di morte. Può essere fermato intraprendendo un percorso riabilitativo multidisciplinare, dall'assistenza infermieristica e fisioterapica alla logopedia, nel quale gli interventi devono essere studiati e pianificati in base ai bisogni e alle problematiche di ogni singolo paziente.

Gli interventi devono fornire vantaggi e consigli per sopperire alle menomazioni e devono essere protratti per un periodo di tempo in modo tale da avere un buon recupero funzionale ed evitare ricadute, fisiche ed emotive.

Per quanto riguarda la depressione, studi come quelli di Bjartmarz et al., 2017, Unsworth et al., 2019, Kim et al., 2022, consigliano di effettuare degli screening precoci per la depressione (ad esempio con la scala PHQ-9) ai pazienti colpiti da ictus, in particolare a coloro che, secondo la letteratura, sono particolarmente a rischio, come: sesso femminile, giovani in età lavorativa e pazienti che fin da subito hanno sentimenti di ansia e preoccupazione.

In conclusione, depressione e qualità di vita sono strettamente collegate nei pazienti colpiti da ictus e l'unico modo per evitare che queste si influenzino a vicenda è identificare e trattare precocemente la depressione, iniziare il prima possibile il processo riabilitativo personalizzato e avere un supporto sociale molto forte.

L'infermiere, quindi, non deve sottovalutare questa problematica e deve iniziare precocemente tutti quegli interventi, tecnici e relazionali, in modo da aiutare il paziente nella sua riabilitazione.



## BIBLIOGRAFIA

- Ahmad, H. I., Rafique, H., Mushtaq, M., Asghar, H. M. U., Maqbool, S., & Mushtaq, Q. (2022). Prevalence of Insomnia in patients suffering from Stroke. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 16(2), 164–166.
- ALICE (Associazione per la Lotta contro l'Ictus Cerebrale)
- AMERICAN STROKE ASSOCIATION <https://www.stroke.org/en/>
- Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C. D., & Rudd, A. G. (2013). Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 14-21.
- Bjartmarz, I., Jónsdóttir, H., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2017). Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: A mixed methods study. *BMC Nursing*, 16(1), 72.
- Bullier, B., Cassoudealle, H., Villain, M., Cogné, M., Mollo, C., De Gabory, I., Dehail, P., Joseph, P.-A., Sibon, I., & Glize, B. (2020). New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 63(1), 33–37.
- Costantini, L., Pasquarella, C., Odone, A., Colucci, M. E., Costanza, A., Serafini, G., Aguglia, A., Belvederi Murri, M., Brakoulias, V., Amore, M., Ghaemi, S. N., & Amerio, A. (2021). Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. *Journal of affective disorders*, 279, 473–483.
- Cumming, T. B., Churilov, L., Skoog, I., Blomstrand, C., & Linden, T. (2010). Little evidence for different phenomenology in poststroke depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(6), 424-430.
- Cumming, T. B., Packer, M., Kramer, S. F., & English, C. (2016). The prevalence of fatigue after stroke: A systematic review and meta-analysis. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, 11(9), 968–977.
- Davies, T., Garman, E. C., Lund, C., & Schneider, M. (2020). Adaptation and validation of a structured version of the Hamilton Depression Rating Scale for use by non-clinicians in South Africa (AFFIRM-HDRS). *Journal of evaluation in clinical practice*, 26(5), 1425–1435.
- De Groot, M. H., Phillips, S. J., & Eskes, G. A. (2003). Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions: Implications for stroke rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 84(11), 1714–1720.

- de Man-van Ginkel, J. M., Hafsteinsdottir, T. B., Lindeman, E., Geerlings, M. I., Grobbee, D. E., & Schuurmans, M. J. (2015). Clinical manifestation of depression after stroke: Is it different from depression in other patient populations?. *PLoS One*, 10(12), e0144450.
- Delpont, B., Blanc, C., Osseby, G. V., Hervieu-Bègue, M., Giroud, M., & Béjot, Y. (2018). Pain after stroke: A review. *Revue neurologique*, 174(10), 671–674.
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized Anxiety Disorder. *Annals of internal medicine*, 170(7), ITC49–ITC64.
- Engelter, S. T., Gostynski, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., ... & Lyrer, P. A. (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke*, 37(6), 1379-1384.
- Elijovich, L., Patel, P. V., & Hemphill, J. C. (2008, November). Intracerebral hemorrhage. In *Seminars in neurology* (Vol. 28, No. 05, pp. 657-667). © Thieme Medical Publishers.
- Ezekiel, L., Collett, J., Mayo, N. E., Pang, L., Field, L., & Dawes, H. (2019). Factors associated with participation in life situations for adults with stroke: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(5), 945–955.
- Hamre, C., Fure, B., Helbostad, J. L., Wyller, T. B., Ihle-Hansen, H., Vlachos, G., Ursin, M. H., & Tangen, G. G. (2021). Factors associated with level of physical activity after minor stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 30(4), 105628.
- Hartley, T., Burger, M., & Inglis-Jasiem, G. (2022). Post stroke health-related quality of life, stroke severity and function: A longitudinal cohort study. *African Journal of Disability*, 11.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 38(1), 21–37.
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability?. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 50(6), S344–S353.
- Kanellopoulos, D., Wilkins, V., Avari, J., Oberlin, L., Arader, L., Chaplin, M., Banerjee, S., & Alexopoulos, G. S. (2020). Dimensions of poststroke depression and neuropsychological deficits in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(7), 764–771.

- Kim, W.-H., Joa, K.-L., Kim, C.-B., Lee, H.-S., Kang, S.-G., Jung, H.-Y., & Bae, J. N. (2022). The effect of bright light therapy on sleep and quality of life in patients with poststroke insomnia. *Psychosomatic Medicine*, 84(1), 123–130.
- Klit, H., Finnerup, N. B., Andersen, G., & Jensen, T. S. (2011). Central poststroke pain: a population-based study. *Pain*, 152(4), 818–824.
- Kobylańska, M., Kowalska, J., Neustein, J., Mazurek, J., Wójcik, B., Bełza, M., Cichosz, M., & Szczepańska-Gieracha, J. (2019). The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke. *Work*, 61(4), 523–535.
- Laffont, I., Froger, J., Jourdan, C., Bakhti, K., van Dokkum, L., Gouaich, A., Bonnin, H. Y., Armingaud, P., Jaussent, A., Picot, M. C., Le Bars, E., Dupeyron, A., Arquizan, C., Gelis, A., & Mottet, D. (2020). Rehabilitation of the upper arm early after stroke: Video games versus conventional rehabilitation. A randomized controlled trial. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 63(3), 173–180.
- Legris, N., Devilliers, H., Daumas, A., Carnet, D., Charpy, J. P., Bastable, P., Giroud, M., & Béjot, Y. (2018). French validation of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL). *NeuroRehabilitation*, 42(1), 17–27.
- Li, Z., Jeon, Y.-H., Low, L.-F., Chenoweth, L., O'Connor, D. W., Beattie, E., & Brodaty, H. (2015). Validity of the geriatric depression scale and the collateral source version of the geriatric depression scale in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 27(9), 1495–1504.
- Lin, F.-H., Yih, D. N., Shih, F.-M., & Chu, C.-M. (2019). Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients. *Medicine*, 98(44), e17667.
- Lins, L., & Carvalho, F. M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE open medicine*, 4, 2050312116671725.
- Loubinoux, I., Kronenberg, G., Endres, M., Schumann-Bard, P., Freret, T., Filipkowski, R. K., Kaczmarek, L., & Popa-Wagner, A. (2012). Post-stroke depression: Mechanisms, translation and therapy. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 16(9), 1961–1969.
- Maksimova, M. Y., & Airapetova, A. S. (2019). Gendernye osobennosti otdel'nykh faktorov riska razvitiia narusheniï mozgovogo krovoobrashcheniia [Gender differences in stroke risk factors]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*, 119(12. Vyp. 2), 58–64.

- Mendelson, S. J., & Prabhakaran, S. (2021). Diagnosis and management of transient ischemic attack and acute ischemic stroke: a review. *Jama*, 325(11), 1088-1098.
- McCarron, R. M., Shapiro, B., Rawles, J., & Luo, J. (2021). Depression. *Annals of internal medicine*, 174(5), ITC65–ITC80.
- Medeiros, G. C., Roy, D., Kontos, N., & Beach, S. R. (2020). Post-stroke depression: A 2020 updated review. *General Hospital Psychiatry*, 66, 70–80.
- Ministero della salute:  
[https://www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_5.jsp?lingua=italiano&id=28&area=Malattie\\_cardiovascolari](https://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=28&area=Malattie_cardiovascolari)
- Montaña, A., Hanley, D. F., & Hemphill, J. C. (2021). Hemorrhagic stroke. In *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 176, pagg. 229–248). Elsevier.
- Morsund, Å. H., Ellekjær, H., Gramstad, A., Reiestad, M. T., Midgard, R., Sando, S. B., Jonsbu, E., & Næss, H. (2019). The development of cognitive and emotional impairment after a minor stroke: A longitudinal study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 140(4), 281–289.
- Navis, A., Garcia-Santibanez, R., & Skliut, M. (2019). Epidemiology and outcomes of ischemic stroke and transient ischemic attack in the adult and geriatric population. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(1), 84-89.
- Neff, A. J., Lee, Y., Metts, C. L., & Wong, A. W. K. (2021). Ecological momentary assessment of social interactions: Associations with depression, anxiety, pain, and fatigue in individuals with mild stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(3), 395–405.
- Nietzel, M. T., & Wakefield, J. C. (2013). American psychiatric association diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Contemporary psychology*, 41, 642-651.
- Oliveira, J. S., & Hayes, A. (2020). Clinimetrics: The EuroQol-5 Dimension (EQ-5D). *Journal of physiotherapy*, 66(2), 133.
- Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *Lancet* (London, England), 397(10277), 914–927.
- Paketci S. (2021). Interpretation of the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 219(5).
- Rafsten, L., Danielsson, A., & Sunnerhagen, K. S. (2018). Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of rehabilitation medicine*, 50(9), 769–778.



- Robinson, R. G., & Jorge, R. E. (2016). Post-Stroke Depression: A Review. *The American journal of psychiatry*, 173(3), 221–231.
- Selves, C., Stoquart, G., & Lejeune, T. (2020). Gait rehabilitation after stroke: review of the evidence of predictors, clinical outcomes and timing for interventions. *Acta neurologica Belgica*, 120(4), 783–790.
- Sharma, V. K. (2017). Cerebrovascular disease. In *International Encyclopedia of Public Health* (pagg. 455–470). Elsevier.
- Shi, Y., Yang, D., Zeng, Y., & Wu, W. (2017). Risk factors for post-stroke depression: a meta-analysis. *Frontiers in aging neuroscience*, 9, 218.
- Sutton E. L. (2021). Insomnia. *Annals of internal medicine*, 174(3), ITC33–ITC48.
- SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion
- Unsworth, D. J., Mathias, J. L., & Dorstyn, D. S. (2019). Preliminary screening recommendations for patients at risk of depression and/or anxiety more than 1 year poststroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(6), 1519–1528.
- Vermeer, J., Rice, D., McIntyre, A., Viana, R., Macaluso, S., & Teasell, R. (2017). Correlates of depressive symptoms in individuals attending outpatient stroke clinics. *Disability and Rehabilitation*, 39(1), 43–49.
- Vincent-Onabajo, G., Joseph, E., & Musa, H. Y. (2018). Impact of balance on functional independence after stroke: A cross-sectional study at rehabilitation settings in Nigeria. *NeuroRehabilitation*, 42(4), 499–504.
- Wade D. T. (2020). What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clinical rehabilitation*, 34(5), 571–583.
- Wong, H. J., Lua, P. L., Harith, S., & Ibrahim, K. A. (2021). Health-related quality of life profiles and their dimension-specific associated factors among Malaysian stroke survivors: A cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 210.
- Wu, Y., Levis, B., Sun, Y., He, C., Krishnan, A., Neupane, D., Bhandari, P. M., Negeri, Z., Benedetti, A., Thombs, B. D., & DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) HADS Group (2021). Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale Depression subscale (HADS-D) to screen for major depression: systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 373, n972.
- Zhang, S., Zhang, W., & Zhou, G. (2019). Extended Risk Factors for Stroke Prevention. *Journal of the National Medical Association*, 111(4), 447–456.

## ALLEGATO 1

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> The development of cognitive and emotional impairment after a minor stroke: A longitudinal study</p> <p><b>Autori e anno:</b> Morsund et al. 2019</p> <p><b>Disegno di studio:</b> Cross-sectional study.</p> <p><b>Obiettivo:</b> To study the development of cognitive and emotional symptoms between 3 and 12 months after a minor stroke.</p>	<p><b>Sesso:</b> male and female</p> <p><b>Età:</b> between 18 and 70 years.</p> <p><b>Durata della malattia:</b> 3-12 months.</p> <p><b>Sede della lesione:</b> N.A.</p> <p><b>Comorbidità:</b> Hypertension; Diabetes mellitus; Atrial Fibrillation; BMI &gt;25; Hypercholesterolemia; Smoking.</p> <p><b>Gruppi caso/controllo:</b> N.A.</p> <p><b>Intervento:</b> They were treated according to Norwegian guidelines for ischemic stroke. Administered a selection of cognitive tests, and the patients completed a questionnaire 3 and 12 months post-stroke.</p>	<p>Hospital and Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to assess anxiety (HADS-A) and depression (HADS-D). Fatigue Severity Scale (FSS). Mini-Mental State Examination. Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD).</p>	<p>The prevalence of depression was significant higher with 12% at 12 months in contrast to 9% at 3 months. Early identification and treatment of depression is important as it may reduce the cognitive symptoms. Patients with persisting cognitive symptoms and fatigue with negative impact on daily life activities may be more prone to develop a depression over time.</p>	<p>The prevalence of mild cognitive impairment was still high at 12 months. The most important risk factors for persistent cognitive impairment were hypertension and smoking. The prevalence of depression increased from 3 to 12 months. The findings in our study emphasize the importance of a longer term follow-up of patients with minor stroke. This is not done routinely today. For the future, we suggest a follow-up with a test battery testing memory and executive functions because these are functions of great importance in the daily living.</p>

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> Factors Associated With Participation in Life Situations for Adults With Stroke: A Systematic Review  <b>Autori e anno:</b> Leisle Ezekiel et al.2019  <b>Disegno di studio:</b> Systematic Review  <b>Obiettivo:</b> To identify biopsychosocial factors associated with participation outcomes for adults with stroke and to investigate factors associated with participation at different.</p>	<p><b>Campione:</b> 92 studies  <b>Sesso:</b> male and female  <b>Età:</b> &gt;18 years  <b>Durata della malattia:</b> ranging from 3 months to 6 years poststroke.  <b>Sede della lesione:</b> N.A.  <b>Comorbidità:</b> N.A.  <b>Gruppi caso/controllo:</b> N.A.  <b>Intervento:</b> Data were extracted on any statistically determined association between biopsychosocial factors and participation outcomes.</p>	<p>Variables investigated were grouped according to the ICF classification (The International Classification of Functioning, Disability and Health). The exact binomial test was used to determine the probability that the proportion of studies reporting significant associations was due to chance alone.</p>	<p>Older age was associated with worse participation outcomes. Women being at greater risk of poor participation outcomes than men. Four studies found positive associations between social support and participation. Stroke severity and increased number of comorbidities were consistently and moderately associated with worse participation outcomes. Most studies investigating depressive symptoms found significant associations with participation outcomes. Total of 9 of 10 studies reported significant associations between aphasia and participation outcomes. Fatigue and pain were consistently significantly associated with poorer participation outcomes.</p>	<p>Although depressive symptoms, cognitive functioning, and mobility were found to have the strongest associations with participation, we found that other frequently occurring factors (such as fatigue and environmental factors) were less extensively considered. The diversity of outcome measures encountered within the review highlight the need for a consensus on a core set of outcome measures to evaluate long-term participation in life situations poststroke.</p>

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study</p> <p><b>Autori e anno:</b> Bjartmar et al. 2017</p> <p><b>Disegno di studio:</b> mixed method design: retrospective and prospective.</p> <p><b>Obiettivo:</b> The aim of this study was to determine the implementation and feasibility of the SNG in terms of changes in documentation and use of the guideline in the care of stroke patients on Neurological and Rehabilitation wards, barriers and facilitators, and nurses' and auxiliary nurses' view of the implementation.</p>	<p><b>Campione:</b> 78 patients and 33 nursing staff including nurses and auxiliary nurses.</p> <p><b>Sesso:</b> male and female</p> <p><b>Età:</b> &gt;18 years</p> <p><b>Durata della malattia:</b> till 12 months.</p> <p><b>Sede della lesione:</b> N.A.</p> <p><b>Comorbidità:</b> N.A.</p> <p><b>Gruppi caso/controllo:</b> N.A.</p> <p><b>Intervento:</b> including pre-test post-test measures and focus group interviews.</p>	<p>For the quantitative part retrospective electronic record data of nursing care was collected from 78 patients and prospective measures with Barriers and Facilitators Assessment Instrument (BFAI) and Quality Indicator Tool (QIT) from 33 nursing staff including nurses and auxiliary nurses. In the qualitative part focus groups interviews were conducted with nursing staff on usefulness of the SNG and experiences with implementation.</p>	<p>Improved nursing documentation was found for 23 items (N = 37), which was significant for nine items focusing mobility (p = 0.002, p = 0.024, p = 0.012), pain (p = 0.012), patient teaching (p = 0.001, p = 0.000) and discharge planning (p = 0.000, p = 0.002, p = 0.004). Improved guideline use was found for 20 QIT-items (N = 30), with significant improvement on six items focusing on mobility (p = 0.023), depression (p = 0.033, p = 0.025, p = 0.046, p = 0.046), discharge planning (p = 0.012). The findings of the focus group interviews showed the SNG to be useful, improving and providing consistency in care. The implementation process was found to be successful as essential components of nursing rehabilitation were defined and integrated into daily care.</p>	<p>Nursing staff found the SNG feasible and implementation successful. The SNG improved nursing care, with increased consistency and more rigorous functional exercises than before.</p> <p>The SNG provides nurses and auxiliary nurses with an important means for evidence based care for patients with stroke. Several challenges of implementing this complex nursing intervention surfaced which mandates ongoing attention.</p>

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> Preliminary Screening Recommendations for Patients at Risk of Depression and/or Anxiety more than 1 year Poststroke <b>Autori e anno:</b> Unsworth et al. 2019 <b>Disegno di studio:</b> Cross-sectional study <b>Obiettivo:</b> The current study identified which patients were at increased risk of developing either disorder more than 1 year poststroke to assist in targeted screening.</p>	<p><b>Campione:</b> 147 adults <b>Sesso:</b> male and female <b>Età:</b> ≥18 years <b>Durata della malattia:</b> diagnosis of stroke at least 1 year prior <b>Sede della lesione:</b> frontal, subcortical and limbic networks. <b>Comorbidità:</b> N.A. <b>Gruppi caso/controllo:</b> N.A. <b>Intervento:</b> Screening with scale.</p>	<p>Participants completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and reported whether they had emotional problems as a stroke inpatient (single item: yes/no). Standardized self-report measures evaluated medical (physical independence, health-related quality of life), cognitive (memory, executive functioning), and psychological (social support) variables. Demographic and stroke-related (stroke type, year) information were also recorded.</p>	<p>Between 53% and 80% of respondents (n = 117) screened positive for depressed mood and/or anxiety (HADS subscale cut-offs: 8 or 4). Logistic regression analyses indicated that stroke survivors who reported having emotional problems as inpatients (odds ratio [OR]: 0.23), were female (OR: 3.42), and had poor health related quality of life (OR: 0.45-0.53) and cognitive problems (OR: 0.68-0.74), were more likely to screen positive for either disorder. Models based on these variables predicted screening outcomes with 91% accuracy.</p>	<p>Community-based stroke survivors who reported experiencing emotional problems as inpatients, were female, or had poor health-related quality of life (chronic pain, disturbed sleep, communication difficulties) and/or cognitive issues were at greater risk of being depressed/anxious. Targeted screening of these patients may help to identify those who are most in need of more comprehensive clinical assessments and evidence-based interventions.</p>

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> Dimensions of Poststroke Depression and Neuropsychological Deficits in Older Adults</p> <p><b>Autori e anno:</b> Kanellopoulos et al. 2020</p> <p><b>Disegno di studio:</b> Cross-sectional study</p> <p><b>Obiettivo:</b> This study aimed to identify distinct dimensions of depressive symptoms in older adults with PSD and to evaluate their relationship to cognitive functioning.</p>	<p><b>Campione:</b> 135</p> <p><b>Sesso:</b> 59% female</p> <p><b>Età:</b> &gt;50 years</p> <p><b>Durata della malattia:</b></p> <p><b>Sede della lesione:</b> history of ischemic, embolic, or hemorrhagic stroke established by medical record review.</p> <p><b>Comorbidità:</b> N.A.</p> <p><b>Gruppi caso/controllo:</b> N.A.</p> <p><b>Intervento:</b> N.A.</p>	<p>MADRS was used to quantify depression severity at study entry. Neuropsychological assessment at the time of study entry consisted of measures of Global Cognition, Attention, Executive Function, Processing Speed, Immediate Memory, Delayed Memory, and Language.</p>	<p>The severity of their depression (MADRS) was in the moderate to moderately severe range (MADRS Total range: 18–35). Exploratory factor analysis of MADRS items resulted in a three-factor solution explaining 46.2% of the variance. We labeled each factor based on item content and prior literature as: 1) Sadness (apparent sadness, reported sadness, pessimistic thoughts, suicidal thoughts; 17.5% variance explained); 2) Distress (inner tension concentration difficulties, and reduced appetite; 15.9% variance explained); and 3) Apathy (lassitude, inability to feel; 12.8% variance explained). Correlations between factors were as follows: sadness and distress <math>r = 0.04</math>, sadness and apathy <math>r = 0.05</math>, distress and apathy <math>r = 0.02</math>. Apathy was associated with greater executive dysfunction.</p>	<p>PSD consists of three correlated dimensions of depressive symptoms. Apathy symptoms are associated with cognitive impairment across several neuropsychological domains. PSD patients with prominent apathy may benefit from careful attention to cognitive functions and by interventions that address both psychopathology and behavioral deficits resulting from cognitive impairment.</p>

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients  <b>Autori e anno:</b> Fu-Huang Lin et al. 2019  <b>Disegno di studio:</b> RCT  <b>Obiettivo:</b> The objective of this study was to explore the effect of social support on depression in chronic stroke patients and the relationship between demographic and disease characteristics.</p>	<p><b>Campione:</b> 62 patients  <b>Sesso:</b> 44 males and 18 females  <b>Età:</b> 63±13.8 years  <b>Durata della malattia:</b> 6 months  <b>Sede/tipo della lesione:</b> 22 patients had infarcted stroke and 9 patients had hemorrhagic stroke in either group.  <b>Comorbidità:</b> N.A.  <b>Gruppi caso/controllo:</b> intervention group (n= 31) and a control group (n=31)  <b>Intervento:</b> (1) emotional support, (2) informational support such as required knowledge and advice; (3) instrumental support and (4) friendship and social interaction. In the intervention group, routine rehabilitation activities were provided twice a week, 50minutes at a time, plus 10minutes of social support and health education at a time. In the control group, only routine rehabilitation activities were provided twice a week.</p>	<p>Structured questionnaire. Demographic data include gender, age, education, economic status, living conditions, caregivers, and leisure satisfaction; stroke disease data include stroke duration, daily life function, type of stroke, number of stroke, dominant side, pain, and cognitive score. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). A depression scale was used which included ten questions from the “Taiwan Longitudinal Study on Aging” by the Health Promotion Administration. Functional status was measured by the Barthel Index.</p>	<p>In the intervention group that received social support and health education, there was a statistically significant difference in mean depression score measured at the 1st and 2nd weeks; the difference was also significant between the 4th week (6.03± 4.61), 8th week (5.29±4.33), 12th week (6.00±5.05), and pre test score (7.41±6.88), (all P&lt;.05). After 4 weeks of social support and health education, the intervention group exhibited a significant difference in depression scores, while the control group exhibited no statistically significant changes. From the start of the study to the 8th week, the difference between the 1st and 2nd weeks and the difference between the 1st and 4th week were not statistically significant in the intervention group and the control group. After 8 weeks of continuous intervention, the two groups exhibited a statistically significant difference between the 1st and 8th weeks.</p>	<p>Our findings suggest that remission of PSD needs at least 8 weeks of social support.</p>

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> New factors that affect quality of life in patients with aphasia</p> <p><b>Autori e anno:</b> Bullier et al. (2020)</p> <p><b>Disegno di studio:</b> Retrospective analysis</p> <p><b>Obiettivo:</b> To investigate whether several relevant factors, including fatigue, are associated with QoL of patients with post-stroke aphasia.</p>	<p><b>Campione:</b> 32 individuals</p> <p><b>Sesso:</b> 22 men; 10 women</p> <p><b>Età:</b> mean age 60.7 [SD 16.6] years, range 23–94</p> <p><b>Durata della malattia:</b> N.A.</p> <p><b>Sede della lesione:</b> left hemisphere</p> <p><b>Comorbidità:</b> N.A.</p> <p><b>Gruppi caso/controllo:</b> N.A.</p> <p><b>Intervento:</b> during a face-to-face interview</p>	<p>QoL was assessed at follow-up by Sickness Impact Profile (SIP-65); the Goodglass and Kaplan's Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) and its severity subscore, the Aphasia Severity Rating Scale (ASRS); Verbal Communication Scale of Bordeaux (VCSB); Fatigue Severity Scale (FSS); Barthel index; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [18], with 2 subscores assessing depression (HADS-D) and anxiety (HADS-A).</p>	<p>Poor QoL as assessed by the SIP-65 was significantly associated (Pearson correlations) with increased severity of aphasia initially (<math>P = 0.008</math>) and at follow-up (<math>P = 0.01</math>); increased fatigue at follow-up (<math>P = 0.001</math>); and increased depression symptoms at follow-up (<math>P = 0.001</math>).</p>	<p>On multivariable analysis, QoL was associated with communication activity limitations, limitations on activities of daily life, fatigue and depression, explaining more than 75% of the variance (linear regression <math>R^2 = 0.756</math>, <math>P &lt; 0.001</math>). The relative importance in predicting the variance was 32% for limitations on activities of daily life, 21% fatigue, 23% depression and 24% communication activity limitations. Special attention should be paid to patients with aphasia, who are known to have more anxiety and depression symptoms. We found no significant correlation between fatigue and other variables in the multivariable models, which suggest an independent effect of fatigue on QoL.</p>



Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> The Effect of Bright Light Therapy on Sleep and Quality of Life in Patients With Poststroke Insomnia</p> <p><b>Autori e anno:</b> Kim et al. 2022</p> <p><b>Disegno di studio:</b> Clinical trial double-blind, placebo-controlled study.</p> <p><b>Obiettivo:</b> To investigate if bright light therapy would be more effective than placebo in patients with mild-to-moderate stroke who had poststroke insomnia.</p>	<p><b>Campione:</b> 56 <b>Sesso:</b> case group: male 16, female 11; control group: male 16, female 13.</p> <p><b>Età:</b> case group 42.37 (12.82); control group: 39.76 (10.58)</p> <p><b>Durata della malattia:</b> N.A.</p> <p><b>Sede/tipo della lesione:</b> nontraumatic subarachnoid/intracerebral hemorrhage.</p> <p><b>Comorbidità:</b> N.A.</p> <p><b>Gruppi caso/controllo:</b> 27 to bright light therapy and 29 to placebo therapy</p> <p><b>Intervento:</b> For 2 weeks after the eighth day, each group received bright light therapy or placebo therapy. Treatment consisted of daily exposure to a high brightness LED (10.000 lux) light box for 30 minutes as soon as possible after awakening. The placebo group was given treatment with filters that reduced lamp output .</p>	<p>Actiwatch Spectrum Pro was used to collect objective sleep parameters; The Insomnia Severity Index (ISI); The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI); The Epworth Sleepiness Scale (ESS) ; The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depression; The generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7); The Fatigue Severity Scale (FSS); The World Health Organization Quality of Life Scale Abbreviated Version (WHOQOL-BREF).</p>	<p>The interaction between treatment and time was significant (<math>F(1,55) = 4.793, p = .033</math>), because bright light therapy improved sleep latency over placebo therapy. The bright light therapy group improved sleep latency from 58.76 (41.54) minutes at pretreatment to 38.92 (28.19) minutes at posttreatment. The placebo therapy did not improve sleep latency. The study shows that subjective insomnia, mental health, and quality of life were improved by bright light therapy but not by placebo therapy. Table 3 also shows pre-post differences in the five domains of the WHOQOL-BREF score. Among the five domains of quality of life, overall health (<math>p = .034</math>), physical health (<math>p = .006</math>), and psychological health (<math>p = .014</math>) were significantly increased by bright light therapy but not by placebo therapy.</p>	<p>Bright light therapy is a useful, nonpharmacological treatment of poststroke insomnia in patients with early, mild-to-moderate stroke. In addition, bright light therapy may be efficacious to treat daytime sleepiness, mood, fatigue, and quality of life in patients with poststroke insomnia. Furthermore, bright light therapy is well tolerated in a rehabilitation setting. Further studies exploring mediators and moderators of response with more participants will be needed.</p>

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> Post stroke health-related quality of life, stroke severity and function: A longitudinal cohort study</p> <p><b>Autori e anno:</b> Tasneem Hartley et al. 2022</p> <p><b>Disegno di studio:</b> Prospective longitudinal cohort study</p> <p><b>Obiettivo:</b> This study aimed to correlate self reported HRQoL with activities of daily living (ADL) and stroke severity.</p>	<p><b>Campione:</b> 54 potential participants, 49 met inclusion criteria and 41 completed reassessments</p> <p><b>Sesso:</b> Male and female</p> <p><b>Età:</b> <math>\geq 18</math> years old</p> <p><b>Durata della malattia:</b> median (IQR)=20 days</p> <p><b>Sede della lesione:</b> N.A.</p> <p><b>Comorbidità:</b> Hypertension, Diabetes, Cholesterol, Smoking, Substance abuse, Opportunistic infections, HIV-1 infection</p> <p><b>Gruppi caso/controllo:</b> N.A.</p> <p><b>Intervento:</b> Stroke inpatients were sampled over 6 months, the questionnaires were completed.</p>	<p>Euro-QoL Five Dimensions instrument (EQ5D-3L), Barthel Index (BI), and modified Rankin Scale (mRS).</p>	<p>The BI and mRS scores improved significantly (<math>p &lt; 0.001</math>) with very strong correlation between scores (<math>r_s = -0.874</math>, <math>p &lt; 0.001</math>); The EQ5D Visual Analog Scale (VAS) scores (<math>p &lt; 0.001</math>) and domains mobility, self-care, usual activities (<math>p &lt; 0.001</math>) and pain/discomfort (<math>p = 0.034</math>) improved significantly. A weak negative significant correlation existed between EQ5D VAS and mRS scores (<math>r_s = -0.362</math>; <math>p = 0.02</math>); indicating a trend that HRQoL was not improving to the degree stroke severity decreased. A weak positive significant correlation was seen between EQ5D VAS and BI scores (<math>r_s = 0.329</math>; <math>p = 0.036</math>).</p>	<p>Although an improvement was noted in HRQoL, EQ5D VAS scores tended not to improve as strongly, despite significant improvements in function and stroke severity. These findings demonstrate the need for psychological support and pain management interventions for adjustment post-stroke.</p>

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> Correlates of depressive symptoms in individuals attending outpatient stroke clinics</p> <p><b>Autori e anno:</b> Vermeer et al. 2016</p> <p><b>Disegno di studio:</b> retrospective chart review</p> <p><b>Obiettivo:</b> The article examined stroke deficits and lifestyle factors that are independent predictors for depressive symptomology</p>	<p><b>Campione:</b> case considered=202</p> <p><b>Sesso:</b> male (53%) and female</p> <p><b>Età:</b> from 22 to 98 years old</p> <p><b>Durata della malattia:</b> 14.6 ± 20.1 months post-stroke (median = 6.6 months)</p> <p><b>Sede della lesione:</b> left-hemisphere stroke (51%)</p> <p><b>Comorbidità:</b> N.A.</p> <p><b>Gruppi caso/controllo:</b> N.A.</p> <p><b>Intervento:</b> Follow-up visit</p>	<p>Standardized Stroke Form, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Montreal Cognitive Assessment (MoCA).</p>	<p>About 36% of patients (mean ¼ 5.17 ± 5.96) reported mild to severe depressive symptoms (PHQ-9 5). Cognitive impairment (CI), smoking, pain and therapy enrollment (p50.01) were significantly associated with depressive symptoms. The strongest predictor for presenting with depressive symptoms was current CI such that outpatients who reported CI as a current deficit were over 4 times more likely to report mild-severe depressive symptoms than those who did not report CI, while controlling for all other factors in the model. The levels of depression and anxiety were relatively low (mean HADS-D = 5.1 ± 3.8 and mean HADS-A = 4.7 ± 3.9), and the mean perceived stress (PSS-4) score was 5.0 ± 2.7. The mean fatigue (FAS) score was 24.7 ± 6.8.</p>	<p>Our findings suggest that a number of factors that impact depressive symptoms in the acute phase of stroke are also shown to be significant in the latter phases of stroke recovery. While stroke deficits are often considered in isolation from other factors, our study provides a holistic perspective of stroke deficits and lifestyle factors that influence depressive symptoms. Being cognizant of factors significantly associated with PSD can identify high-risk patients. Interventions proven to be effective in improving mood, when implemented. in the chronic phase of stroke, can positively influence the rehabilitative process and decrease symptoms of depression. Nonetheless, mood concerns and associated factors need to be promptly recognized and addressed by a health care professional.</p>

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> Ecological Momentary Assessment of Social Interactions: Associations With Depression</p> <p><b>Autori e anno:</b> Neff et al. 2021</p> <p><b>Disegno di studio:</b> Prospective observational study</p> <p><b>Obiettivo:</b> The purpose of this study was to use EMA to examine real-time relationships between social interactions and poststroke symptoms of pain, fatigue, anxious mood, and depressed mood to lay the groundwork for developing interventions that effectively address social isolation or sequelae after stroke.</p>	<p><b>Campione:</b> 60</p> <p><b>Sesso:</b> male (58,3%) and female</p> <p><b>Età:</b> &gt;=18 years old</p> <p><b>Durata della malattia:</b> 3 months</p> <p><b>Sede della lesione:</b> N.A.</p> <p><b>Comorbidità:</b> N.A.</p> <p><b>Gruppi caso/controllo:</b> N.A.</p> <p><b>Intervento:</b> Patients used smartphone 5 times a day for 2 weeks.</p>	<p>EMA survey</p>	<p>For the question, “Who is with you right now?” 69.9% of responses were a response other than “alone” or “pet.” For social interactions, the average scores were 6.23±1.33 for social satisfaction, 6.30±1.26 for confidence, and 6.23±1.30 for success. For somatic symptoms, pain averaged 1.65±1.80 and fatigue averaged 1.78±1.02. For mood symptoms, the average scores were 1.28±0.58 for anxious mood and 1.23±0.56 for depressed mood.</p>	<p>In concurrent associations, increased depressed mood was associated with reduced ratings of all aspects of social interactions. Fatigue was associated with reduced ratings of social satisfaction and success. In lagged associations, increased anxious mood preceded increased subsequent social confidence. Higher average social satisfaction, confidence, and success were related to lower momentary fatigue, anxious mood, and depressed mood at the next time point. Regarding clinicodemographic factors, being employed was concurrently related to increased social interactions. An increased number of comorbidities predicted higher somatic, but not mood, symptoms at the next time point.</p>

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke</p> <p><b>Autori e anno:</b> Kobylańska M et al. 2018</p> <p><b>Disegno di studio:</b> Experimental study</p> <p><b>Obiettivo:</b> The aim of the study was to assess the efficacy of post-stroke rehabilitation, evaluated within the biopsychosocial aspect.</p>	<p><b>Campione:</b> 120 patients <b>Sesso:</b> 48 women, 72 men</p> <p><b>Età:</b> Mean (SD) 58.0 (8.6); Range 36–77</p> <p><b>Durata della malattia:</b> 2-70 days</p> <p><b>Sede della lesione:</b> Right hemispheric stroke 75 (62); Left hemispheric stroke 45 (38)</p> <p><b>Comorbidità:</b> N.A.</p> <p><b>Gruppi caso/controllo:</b> N.A.</p> <p><b>Intervento:</b> physiotherapy programme + occupational therapy + psychological assistance</p>	<p>The Mini-Mental State Examination, the Geriatric Depression Scale, the Generalized Self-Efficacy Scale, the Acceptance of Illness Scale, the Visual Analogue Scale, the Barthel Index, the Instrumental Activity of Daily Living and the Rivermead Mobility Index were used.</p>	<p>Characteristics most strongly associated with poor efficacy of post-stroke rehabilitation: under 55, hemorrhagic stroke, over 16 weeks since stroke, single. Negative correlation was observed between the time since stroke and the commencement of rehabilitation (BI, RMI and IADL results - <math>p=0.0003</math>, <math>p=0.0019</math> and <math>p&lt;0.0001</math>, respectively). The number of comorbidities was significantly correlated with the change in GDS and VAS values after physiotherapy (<math>p=0.0435</math> and <math>p=0.0292</math>). A greater improvement in functional state was recorded in patients admitted to the rehabilitation ward directly from the hospital (<math>p=0.017</math>). Patients with primary and vocational education demonstrated a significantly greater improvement in mood (reduction of depression) compared to patients with secondary and higher education (<math>p=0.004</math>).</p>	<p>Comprehensive neurological rehabilitation, taking into account mental challenges and socio-economic circumstances of individuals with a stroke is essential in order to achieve high efficacy of physiotherapy. Important external factors may play a pivotal role in returning to work as well and should be taken into account during rehabilitation. Of interest should be to assess more biopsychological factors, such as acceptance of illness and a sense of self-efficacy referred to as barriers to return to work.</p>

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> Health-related quality of life profiles and their dimension-specific associated factors among Malaysian stroke survivors: a cross sectional study <b>Autori e anno:</b> Hui Jie Wong et al. 2021</p> <p><b>Disegno di studio:</b> cross sectional study</p> <p><b>Obiettivo:</b> To assess the HRQoL profiles and explore the dimension-specific associated factors of HRQoL among stroke survivors.</p>	<p><b>Campione:</b> 366 patients</p> <p><b>Sesso:</b> 56% males, 44% females.</p> <p><b>Età:</b> 59 ± 11 years</p> <p><b>Durata della malattia:</b> &lt; 12 months 51%, ≥ 12 months 49%</p> <p><b>Sede della lesione:</b> Left 49%, Right 36%, Unspecified 14%, Bilateral 1%.</p> <p><b>Comorbidità:</b> Number of comorbidities: 0-2 43%, 3-4 51%, ≥ 5 6%</p> <p><b>Gruppi caso/controllo:</b> N.A.</p> <p><b>Intervento:</b> All participants received the questionnaire.</p>	<p>The HRQoL was assessed by EuroQol-5 dimension-5 levels. Data on socio-demographic, clinical profiles, malnutrition risk, and physical activity level were collected through an interviewer-administered survey.</p>	<p>Negative emotions and depression might affect food intake, which might interact with the nutritional status. Given the high prevalence of malnutrition risk and its significance with HRQoL, it is important to monitor the stroke survivor's nutritional status routinely even after discharge from the ward. Stroke survivors with aphasia or language deficits were at higher risk of having problems in the self-care dimension. Stroke survivors who ambulate using wheelchair were more likely to have problems in the physical dimensions of HRQoL such as self-care and usual activities. Other significant factors associated with HRQoL were non-modifiable factors such as age (anxiety/depression), unemployment (mobility), and use of proxy (anxiety/depression), with each affecting different dimension of HRQoL respectively. We found that anxiety/depression was more commonly found in younger stroke survivors.</p>	<p>Malnutrition risk (mobility, usual activities, and self-care), wheelchair users (self-care and usual activities), speech impairment (usual activities and pain/discomfort), number of stroke episodes (self-care and pain/discomfort), body mass index, physical activity level and types of strokes (usual activities), age and use of a proxy (anxiety/depression), working and smoking status (mobility), were factors associated with either single or multiple dimensions of HRQoL. Depression is not significantly correlated to pain.</p>

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> Prevalence of Insomnia in patients suffering from Stroke <b>Autori e anno:</b> Hafitz Iftikhar Ahmad et al. 2022</p> <p><b>Disegno di studio:</b> cross-sectional study</p> <p><b>Obiettivo:</b> To establish the Prevalence of insomnia in patients suffering from stroke.</p>	<p><b>Campione:</b> 90 patients <b>Sesso:</b> 56 males and 34 females</p> <p><b>Età:</b> 53.68 years <math>\pm</math>8.33</p> <p><b>Durata della malattia:</b></p> <p><b>Sede della lesione:</b> N.A.</p> <p><b>Comorbidità:</b> N.A.</p> <p><b>Gruppi caso/controllo:</b> N.A.</p> <p><b>Intervento:</b> self-administered questionnaire</p>	<p>We used a self-administered questionnaire (a modified Sleep Centre Interview): included questions about sleep pattern, day time effects of sleep, impact of sleep disturbance on their lives, lifetime history of sleep. Some questions:</p> <p>1) Does it affect your mood? YES: 24(88.9%), NO: 2(7.4%);</p> <p>2) Does it affect your energy/feeling tired? YES: 23(85.2%), NO: 4(14.8%);</p> <p>3) Have you experienced fatigue since the stroke? YES: 17(63%), NO: 10(37%)</p>	<p>27 patients had sleep disturbance of them 16 were male and 11 were female, the prevalence of insomnia was found to be 30%. There was no significant association among genders and occurrence of sleep problems as p value was 0.704. In About 29.6% patients sleep disturbances affected their ability to do rehabilitations as language therapy, occupational therapy while majority of patients were not affected by this. 63% patients experienced fatigue since stroke.</p>	<p>Assessment of insomnia is purely based upon the clinical features which include difficulty in getting asleep or sustaining it, early arousals, excessive diurnal fatigue and poor quality of sleep. A significant proportion of the patients 27 reported insomnia symptoms. The prevalence rate of patients with disturbed sleeps remained high (25.3%). The study concluded that sleep disturbances as insomnia and hyper insomnia are common among stroke fighters. Insomnia was associated with increased level of anxiety and disability after stroke. Insomnia could be made better by early screening, psychological intervention and physiotherapy. It will improve patient's level of cognition, energy level, and mood and give them better sleep.</p>

Titolo, Autori, Anno, Disegno di studio, Obiettivo	Campione e Intervento	Strumenti di valutazione (scale, questionari, interviste, esami strumentali,...)	Significatività (riportare misura dell'effetto dei gruppi, % di accordo, categorie di analisi,...)	Conclusioni
<p><b>Titolo:</b> Factors Associated with Level of Physical Activity After Minor Stroke</p> <p><b>Autori e anno:</b> Charlotta Hamre et al. 2021</p> <p><b>Disegno di studio:</b> longitudinal cohort study</p> <p><b>Obiettivo:</b> To explore factors from the acute phase, and after three and 12 months, associated with level of self-reported physical activity 12 months after a minor ischemic stroke.</p>	<p><b>Campione:</b> 101 patients <b>Sesso:</b> 79.2% males, 20.8% females.</p> <p><b>Età:</b> 55.5 (11.4) years</p> <p><b>Durata della malattia:</b> Patients were evaluated in the acute phase, after three months and after 12 months</p> <p><b>Sede della lesione:</b> N.A.</p> <p><b>Comorbidità:</b> Hypertension (44.6%, 42.6%, 42.6%); Hyperlipidemia (73.3%, 67.3%, 62.4%), Prior myocardial infarction or angina pectoris (7.9%, 5.9%, 5.0%), atrial fibrillation (12.9%, 10.9%, 11.9%), diabetes (12.9%, 16.8%, 19.8%)</p> <p><b>Intervento:</b> three sets of questions dressing the average number of frequency (times exercising each week), the average intensity, and duration, and a sum score was constructed.</p>	<p>It was used a questionnaire with three questions addressing physical activity during an average week regarding frequency, intensity, and duration of exercise. The comprehensive Balance Evaluation Systems Test (BESTest). The Trail Making Test part B (TMT-B) was used to assess cognitive status at the three assessment time points post-stroke. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). To measure apathy, we used the Apathy Evaluation Scale – Self Report (AES-S). Fatigue (FSS).</p>	<p>The explained variance varied between 17.5% for the model with anxiety/depression and 22.0% for the model with apathy. The adjusted explained variance (R<sup>2</sup>) of the model from the acute phase was 0.11; from three months 0.06; and at 12 months, the R<sup>2</sup> for the model with FSS was 0.16, for HADS 0.18 and for AES-S 0.22.)</p>	<p>The neuropsychiatric symptoms of fatigue, apathy, anxiety, and depression were highly correlated. A higher level of each of these symptoms was associated with being less physically active; however, the explained variance varied between 17.5% for the model with anxiety/depression and 22.0% for the model with apathy.</p>