



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKH390-O-2023-VÅR1-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-05-2023 14:00 CEST	Termin:	2023 VÅR1
Sluttdato:	01-06-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKH390 1 O 2023 VÅR1		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	225
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7979
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	5
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Depresjonsforebygging blant afasirammede
hjerneslagpasienter

Depression prevention among post-stroke aphasia
patients

Kandidatnummer: 225

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Kull 2020, HVL Haugesund

Innleveringsdato: 01.06.2023

Antall ord: 7979

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12

ABSTRAKT

BAKGRUNN: Det er estimert at rundt 70% av alle afasipasienter med hjerneslag utvikler en depressiv lidelse. Dette går ut over pasientens livskvalitet og rehabilitering. Det er og en pasientgruppe som vil øke i takt med den kommende eldrebølgen. Kunnskap om forebygging av depresjon hos denne pasientgruppen kan derfor være viktig.

PROBLEMSTILLING: Hvordan kan sykepleiere forebygge depresjon hos pasienter med afasi etter et hjerneslag, i en rehabiliteringsfase?

HENSIKT: Hensikten med oppgaven er å gi økt kunnskap, samt belyse hvordan en kan forebygge og oppdage depresjon hos afasi pasienter som har gjennomgått et hjerneslag.

METODE: Metoden som er anvendt er litteraturstudie. Den baserer seg på 4 kvalitative studier og 2 systematiske oversikter, samt annen relevant litteratur, forskning og pensum.

RESULTAT: Tap av vante kommunikasjonsferdigheter, manglende framgang i rehabilitering og store livsendringer framkommer som hovedårsaker til hvorfor hjerneslagpasienter med afasi utvikler depresjon. Forebyggende tiltak sykepleier kan igangsette er kartlegging av stemningsleie, inkludere pårørende og medpasienter, delta i rehabiliteringen, samt ta initiativ til å kommunisere med pasienten og tilrettelegge for personsentrert kommunikasjon.

KONKLUSJON: Siden store livsendringer og psykisk helse oppleves ulikt for den enkelte pasient, er det ikke gitt at tiltakene jeg har kommet frem til er allmenngyldige. Effekten av tiltakene som kom frem i drøftingen, vil sannsynligvis variere fra pasient til pasient. Det trengs derfor mer forskning for å komme frem til hvordan tiltakene kan tilpasses ulike pasienters behov, ut fra hittil ikke utforskede pasient-kriterier. Det trengs altså mer forskning for å fastslå mer detaljerte fellesnevner for hjerneslagrammede afasipasienter med depresjonssymptomer i sammenheng med hvilke tiltak, eller grad av tiltak, som vil passe best i ulike tilfeller.

NØKKEWORD: Afasi, Depresjon, Psykososial pleie, Hjerneslag

ABSTRACT

BACKGROUND: It is estimated that about 70% of all stroke patients with aphasia develop a depressive disorder. This inflicts the patient's quality of life and rehabilitation. This group of patients will increase during the coming years, as the world population is ageing. Knowledge about prevention of depression among post-stroke aphasia patients may be of high importance.

RESEARCH QUESTION: How do nurses prevent depression in patients suffering from post-stroke aphasia, during the rehabilitation phase?

AIM: The aim of this study is to increase knowledge and enlighten how to prevent and detect depression in post-stroke aphasia patients.

METHOD: The applied method is literature study. It is based on 4 qualitative studies and 2 systematic overviews, in addition to other relevant literature, research and curriculum.

RESULTS: Loss of well-known communication skills, lacking progress in rehabilitation and major life changes are known to be main causes of development of depression in post-stroke aphasia patients. Preventive measurements to be instigated by nurses may be screening, inclusion of family and peers, participating in rehabilitative activities, initiating conversations with the patient and in general facilitate person-centered communication.

CONCLUSION: As major life changes and mental health is experienced differently for each patient; it is not given that the measures I have explored are generally valid. The effect of the discussed measures will probably vary between patients. This is why more research is needed to conclude in how the different measures can be adapted to the different patient's needs, depending on currently not explored patient criteria. More research is also needed to ascertain detailed common delimiters for depression symptoms in stroke-induced aphasia patients in connection with which measures, or amount of measure, will have best fit in different occasions.

KEY WORD: Aphasia, Depression, Psychosocial care, stroke

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 HJERNESLAG	5
1.2 HVA ER AFASI	6
1.3 DEPRESJON ETTER HJERNESLAG	7
1.4 REHABILITERING	8
1.5 KOMMUNIKASJON MED AFASIRAMMEDE	8
1.6 TEORETISK PERSPEKTIV	9
1.7 SYKEPLEIER SIN FUNKSJON	10
1.8 OPPGAVENS FORMÅL OG AVGRENSNING	10
2.0 METODE	11
2.1 SØKESTRATEGI	12
2.2 METODEKRITIKK	16
2.3 KILDEKRITIKK	17
2.4 FORSKNINGSETISKE HENSYN	18
3.0 ANALYSE	19
4.0 RESULTAT	20
4.1 INKLUDERTE ARTIKLER	20
4.2 TEMA ETTER ANALYSEPROSESSEN	22
4.2.1 PERSONSENTRERT KOMMUNIKASJON	22
4.2.2 HUMØR SCREENING	23
4.2.3 REHABILITERING	23
4.2.4 SOSIAL STØTTE	24
5.0 DISKUSJON	24
5.1 KOMMUNIKASJON MED AFASIRAMMEDE	25
5.2 INFORMASJONSBEHOV	26
5.3 SYKEPLEIERS ROLLE I REHABILITERINGEN	28
5.4 KARTLEGGING AV STEMNINGSLEIE	30
5.5 SOSIAL STØTTE	31
6.0 KONKLUSJON	33
6.1 BEHOV FOR MER FORSKNING	34
7.0 KILDER	34
8.0 VEDLEGG	41
8.1 UTDRAK FRA ANALYSE PROSESSEN	41
8.2 SJEKKLISTE KVALITATIV FORSKNING	52
8.3 SJEKKLISTE SYSTEMATISK OVERSIKT	54

1.0 INNLEDNING

Hvert år rammes ca. 12 000 personer av hjerneslag (Mathisen et al., 2021). Opptil 40% av hjerneslagpasientene pådrar seg Afasi i varierende grad (Sunnaas sykehus HF, 2022). Når hjernens språksenter skades vil dette manifesteres som kommunikasjonsvansker der en i varierende grad er i stand til å uttrykke seg muntlig og skriftlig. Også evnen til å prosessere det en hører eller leser blir påvirket (Sunnaas sykehus HF, 2022). Forekomst av hjerneslag øker med alderen. Det forventes derfor at antallet hjerneslagpasienter vil øke i takt med eldrebølgen (Bertelsen, 2016, s. 326). Dette betyr at antallet afasi-rammede slagpasienter også øker.

Tap av vante kommunikasjonsferdigheter er en stor omveltning og kan føre til depresjon. Depresjon blant pasienter rammet av hjerneslag er dessverre et oversett helseproblem (Helsedirektoratet, 2017a, kap.4.7). Jeg ønsker derfor å rette fokuset hit. Depresjon forekommer hos 20% - 40% av alle slagpasienter (Helsedirektoratet, 2017a, kap.4.7) og forekomsten er 20% større hos de med afasi (Worall et al., 2016).

Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for hjerneslag skal sikre at helsepersonell utfører enhetlige håndtering av pasientgruppen. (Helsedirektoratet, 2017a). Tidligere forskning viser at helsepersonell har manglende kunnskap i å ivareta afasirammedes psykososiale problemer etter et hjerneslag. Dette kunne skyldes manglende kunnskap om kommunikasjon med den afasirammede, samt hvordan depresjon og nedstemthet kommer til uttrykk hos afasirammede etter et hjerneslag (Strong & Randolph, 2021 & Nash et al., 2022). Fordi jeg skal jobbe med denne pasientgruppa ønsker jeg økt kompetanse i å avdekke, forebygge og ivareta nedstemte afasirammede med påfølgende depresjon, etter et hjerneslag.

1.1 HJERNESLAG

Hjerneslag er en plutselig inntreffende skade på et av områdene i hjernen, som følge av manglende blodtilførsel og dertil celledød. Disse skadene kan være forårsaket av en emboli eller en blødning i en eller flere av hjernens blodkar (Bertelsen, 2016, s.326). Dersom

blodkaret tettes av en emboli eller punkteres vil området som forsynes av oksygenrikt blod fra denne åren, miste tilførsel av næring og oksygen og ta varig vevsskade. Konsekvensene vil være tap av kroppsfunksjoner alt etter hvor i hjernen skaden oppstår, hjerneslagets variant og hvor raskt det igangsettes behandling (Mathisen et al., 2021). Dersom det forekommer en skade på språksenteret i venstre hjernehalvdel kan den rammede pasienten oppleve språklige funksjonsvansker i form av afasi (Sunnaas sykehus HF, 2022). Ved hjerneslag forstyrres ikke bare de funksjonene som er mest fremtredende i det skadede området. Hele samspillet kan blir berørt. Pasienter med afasi kan derfor ha andre kroppslige funksjonsvansker i tillegg til afasien. F.eks Lammelser redusert hukommelse og emosjonelle forstyrrelser som initiativløshet, angst og depresjon (Wergeland et al., 2016, s.305 - 306).

1.2 HVA ER AFASI

I dag lever det til enhver tid 15000 mennesker med afasi i Norge. Afasi vil i større eller mindre grad ha innvirkning på pasientenes videre sykdomsforløp og hverdagshåndtering (Sunnaas sykehus HF, 2022). Hovedsakelig skilles afasi mellom to ulike typer: motorisk og sensorisk (Wergeland et al., 2016, s.309). Motorisk afasi forekommer dersom det er det fremre språkområdet som er rammet. Pasienten vil da ha lite spontan tale, samt at talen er stakkato med mye ordletingsvansker og endret setningsmelodi. Sensorisk afasi er derimot preget av at pasienten har en frasefylt tale, store benevningsvansker og ord- og lydforvekslinger. Setningsmelodien er ofte bevart, mens taleforståelsen er betydelig redusert (Sunnaas sykehus HF, 2022). De færreste har en ren afasi-type. Som regel har pasienten en kombinasjon (Wergeland et al., 2016, s.309).

Mange afasi-rammede slagpasienter føler at å miste evnen til å kommunisere med andre er verre enn å bli lammet. Flere opplever mindreverdighetsfølelse og flauhet i sosiale situasjoner. Å føre en samtale kan være en stor utfordring. Selv om pasientene ikke ønsker å isolere seg, kan de likevel bli sosialt isolert som følge av egne språkvansker (Wergeland et al., 2016, s.309). På bakgrunn av dette kan vi si at afasi påvirker pasientens livskvalitet, evne til aktivitet og sosial deltakelse. Dette medfører påfølgende ensomhetsfølelse og psykisk påkjenning (Sunnaas sykehus HF, 2022).

1.3 DEPRESJON ETTER HJERNESLAG

Depresjonen kan enten være forårsaket av biokjemiske endringer i hjernens følelsesentre eller være en normal psykologisk reaksjon på de tapene en opplever etter et hjerneslag (American Heart Association, 2023). Symptomdebuten på depresjon kan være varierende, men det estimeres at rundt 30 prosent av alle hjerneslagpasienter lever med depresjon til enhver tid de første fem årene etter et hjerneslag (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Likevel påpekes det at akutfasen etter et hjerneslag regnes som viktig for å kunne forebygge depresjon, da forekomsten av symptomer er høyest i denne behandlingsfasen (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013).

Det kan være vanskelig å skille mellom normal tristhet, sorg og depresjon da grensene er flytende. Hovedsymptomene er ikke bare senket sinnstemning og mangel på glede, men også redusert energi og interesse. Det er også vanlig å ha redusert selvfølelse, selvtillit og appetitt samt søvnforstyrrelser, skyldfølelse og triste og pessimistiske fremtidstanker (Aarre, 2018, s.136).

De vanlige symptomene på depresjon er ofte sammenfallende med de ettervirkningene en opplever etter et hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017a, Kap. 4.7) Det er derfor ikke uvanlig at helsepersonell, kan ha lett for å tolke de depressive symptomene som normale reaksjoner på selve hjerneslaget. Og det kan ta tid før pasienten får den hjelpen som trengs (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013).

Dersom depresjonen ikke oppdages, behandles eller forebygges kan det påvirke bedringsprosessen negativt i form av dårligere fysisk rehabilitering, lengre sykehusopphold, økt funksjonshemming og redusert sosial aktivitet (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013). Pasienten bør derfor bli vurdert med henblikk på at en depressiv lidelse kan komme til uttrykk i løpet av de første månedene etter et hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017a, Kap. 4.7).

1.4 REHABILITERING

Rehabilitering er en personsentrert og målrettet samarbeidsprosess som har til hensikt å gi den enkelte pasient økt fysisk, psykisk, kognitiv eller sosial funksjon ut fra personens egne ønsker og ressurser (Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, 2011, §3).

Slagrehabiliteringen handler ikke bare om trening og gjenvinning av fysisk funksjon. Det handler også om å venne seg til en ny livssituasjon og å reintegreres i samfunnet. (Helsedirektoratet, 2017a, Kap. 4.0). For å få til en best mulig rehabiliteringsprosess må sykepleiere ha en holistisk tilnærming og sørge for at alle aspektene ved den enkeltes livssituasjon blir mest mulig ivaretatt i rehabiliteringsforløpet (Sunnaas Sykehus HF, 2022).

Rehabiliteringen av slagpasienter starter allerede dagen etter inntruffet hjerneslag, da tidlig og aktiv rehabilitering er viktig for å gjenvinne tapt funksjon (Helsedirektoratet, 2017a, 4.0). Underveis i rehabiliteringen gjøres det jevnlig vurderinger av om rehabiliteringstiltak og mål fortsatt er hensiktsmessige og hvilke endringer som skal iverksettes (Helsedirektoratet, 2017a, Kap. 4.2). Det presiseres også i de nasjonale retningslinjene at pasientens medvirkning til rehabilitering er viktig for å sikre motivasjon og en best mulig oppfølging og gjennomføring. Pasientens behov avgjør om det gis poliklinisk eller institusjonalisert oppfølging i spesialisthelsetjenesten, eller om en følges opp i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017a, Kap. 4.0).

1.5 KOMMUNIKASJON MED AFASIRAMMEDE

I møte med den afasirammede er ro og tålmodighet viktige i tillegg til mer åpenbare virkemidler som non-verbal kommunikasjon og andre språklige hjelpemidler (Eide & Eide, 2017, s.320-321). Afasi-rammede kan ha evne til å motta budskap selv om de ikke klarer å uttrykke sin respons. Dette er lett å overse og derved skape unødvendig frustrasjon. Å lytte, observere og ta seg tid til å bli kjent med pasientens uttrykksformer er viktig for å kommunisere og skape god relasjon mellom pasient og pleier (Eide & Eide, 2017, s.324). Likeledes er det viktig å bruke de anledningene som byr seg for å prate med den afasi-rammede. Samtalene er en viktig del av pasientens opptrening og det er lett å føle seg

ensom når evnen til å uttrykke seg er innsnevret. Lukkede spørsmål som kan besvares med peking eller hoderisting kan fungere når pasienten ikke er i stand til å uttrykke seg verbalt (Eide & Eide, 2017, s.325). Analoge eller digitale hjelpemidler som bilder, tegning eller demonstrasjon er også viktig å beherske (Eide & Eide, 2017, s.326).

Helsepersonell, pårørende og venner er og viktige bidragsytere i motivasjon og språkstimulering. Individuelt tilpassede kommunikasjonsstrategier for pasient og pårørende er anbefalt i noen tilfeller (Helsedirektoratet, 2017a, Kap. 4.5). Ved god kommunikasjon bidrar ikke bare sykepleiere med å vekke positive følelser, det gir også pasienten økt trygghet, tillit, håp og mening. Det kan også bidra til at pasientens mestring av en ellers vanskelig livssituasjon blir bedre (Eide & Eide, 2017, s.50).

1.6 TEORETISK PERSPEKTIV

Salutogenesemodellen fokuserer på menneskets grad av god helse (Antonovsky, 2012, s.27). Antonovsky var opptatt av hva som fremmet god helse. Ikke bare på kort sikt, men hvordan en kan forutse hva som kan forhindre tilbakegang i helsen. (Antonovsky, 2012, s.30). Et av de essensielle begrepene i denne teorien er «Opplevelsen av sammenheng» (OAS). Ifølge Antonovsky består OAS av tre faktorer: Begripelighet, Håndterbarhet og Meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s.39). Både den totale OAS-scoren og graden av de tre faktorene (Antonovsky, 2012, s.43) har innvirkning på en persons samlede evner til å håndtere vanskelige situasjoner (Antonovsky, 2012, s.41).

I Salutogenesen er en opptatt av mennesket, ikke pasienten. For å hjelpe mennesket til å bli friskere, så fokuserer en på mestringsressurser (Antonovsky, 2012, s.36) og setter seg inn i personens historie. Slik kan en avdekke styrker og svakheter innen de tre nevnte faktorene, og bidra til at personen får bedre helse (Antonovsky, 2012, s.34).

Begripelighet baserer seg på menneskets evne til å bedømme virkeligheten. Dette er et grunnleggende element for å kunne forandre den. Denne OAS-faktoren handler om i hvilken grad en føler at en greier å motta, strukturere og forstå informasjon og impulsene en mottar (Antonovsky, 2012, s.39-40). Håndterbarhet defineres som i hvilken grad en føler at en har ressurser til å takle situasjonen en har havnet i (Antonovsky, 2012, s.40). Meningsfullhet er

et uttrykk for personens motivasjon for å komme gjennom den problematiske tilværelsen på en god måte (Antonovsky, 2012, s.41).

1.7 SYKEPLEIER SIN FUNKSJON

Sykepleiere har fire grunnleggende ansvarsområder. Fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (ICN, 2007). I tillegg har vi 6 overordnede yrkesetiske retningslinjer. Disse understøtter blant annet at sykepleier skal jobbe faglig forsvarlig, fremme håp, mestring og livsmot, samt ivareta den enkelte pasient sitt behov for helhetlig omsorg (NSF, 2019)

Helsefremmende arbeid benevnes som «*prosesser for å gjøre folk i stand til å øke kontrollen over, og forbedre egen helse*» (WHO, u.å). Sykepleiere har i dette henseende en pedagogisk rolle i å utvikle og styrke pasientens mestringsressurser. Her er det altså ikke snakk om å fjerne risikofaktorer som skaper eller forverrer sykdom. Som i den Salutogene modellen dreier det seg om fokus på fremming av god helse (Kristoffersen, 2016, s.354). Det at sykepleier retter fokuset mot å styrke pasientens egne ressurser er nødvendig for at hen skal kunne ta ansvar og mestre egen livssituasjon (Kristoffersen, 2016, s.350).

Sykepleiere har også en fortolkende, støttende, integrerende, og bevarende funksjon i møte med den slagrammede pasienten. Den støttende funksjonen er sentral i forebyggingen av depresjon. Det er viktig at sykepleiere hjelper pasienten å få klarhet i den nye livssituasjonen, skape tillit og trygghet slik at pasientens håp opprettholdes og depresjon forebygges. Det er viktig å hjelpe pasienten med å forstå hensikten med rehabiliteringen og ivareta pasientens grunnleggende behov (Wergeland et al., 2016, s.304).

1.8 OPPGAVENS FORMÅL OG AVGRENSNING

Formålet med denne litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleiere kan forebygge og oppdage depresjon hos slagrammede med afasi. Jeg ønsker å se nærmere på hva sykepleier skal være oppmerksom på, og hvilke tiltak en kan iverksette for å forebygge depresjon. I tillegg ønsker jeg å se på hvordan disse tiltakene kan gi en bedre rehabiliteringsprosess.

På bakgrunn av ovennevnte formål lyder problemstillingen min slik:

«Hvordan kan sykepleiere forebygge depresjon hos pasienter med afasi etter et hjerneslag, i en rehabiliteringsfase»

Jeg ønsker å fokusere på voksne (over 18 år) slagpasienter med moderate funksjonsvansker og varierende grad av Afasi. Jeg ønsker også å avgrense til pasienter som har mulighet for opptrening, og som er inneliggende på slagenheten eller får oppfølging av spesialisthelsetjenesten i form av rehabiliteringsopphold eller poliklinisk. Mitt hovedfokus retter seg mot pasienter som befinner seg 0-6 måneder ut i behandling etter inntruffet hjerneslag. Medikamentelle tiltak er ikke en del av min studie.

2.0 METODE

Metode er en systematisk måte å innhente informasjon, som gjør oss bedre rustet til å kunne svare på en valgt problemstilling. Det er ofte problemstillingen som bestemmer hvilken metode som er mest hensiktsmessig å bruke (Thidemann, 2019, s.74). Siden formålet med min problemstilling er å gi leseren oppdatert kunnskap, har jeg valgt litteraturstudie som metode (Thidemann, 2019, s.78).

I en litterær oppgave hentes data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s.199). Hensikten er å systematisk innhente, beskrive og analysere et utvalg studier innenfor det fagområdet man belyser (Thidemann, 2019, s.79-80). En god litteraturstudie baserer seg derfor på en systematisk søkestrategi som er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, 2019, s.82).

Litterære oppgaver kan både være basert på kvantitative og/eller kvalitative studier.

Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter, i motsetning til kvalitative som skal fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2020, s.54).

Begge metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i og hvordan individer, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2020, s.54).

Spørsmål eller problemer kan besvares med bruk av ulike metoder. En bør derfor vurder hvilken metode som egner seg best til å besvare ønsket problemstilling (Dalland, 2020, s.56).

Kvantitative forskningsartikler hjelper en å se det store bildet i form av lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019, s.76). Kvalitative forskningsartikler gir større dybdekunnskap i form av mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter, samt gir kunnskap om menneskelige meninger, opplevelser, erfaringer og tanker (Thidemann, 2019, s.76). Jeg vurderer det derfor slik at kvalitative data er best egnet til å besvare problemstillingen min. Dette begrunnes i oppgavens hensikt. Da Jeg ønsker å høre hva sykepleiere og pasienter selv finner som virkningsfulle depresjonsforebyggende tiltak, siden det er disse persongruppene som skal bruke og motta tiltakene. Likevel inkluderes det to systematiske oversikter, som har til formål å gi en kunnskapsoppsummering på et spesifikt emne, gjennom å sammenstille et bredt utvalg studier (Helsebiblioteket, 2022).

2.1 SØKESTRATEGI

Til å begynne med gjorde jeg et innledende litteratursøk i Google Scholar. Dette er ikke et systematisk søk, men gir en god oversikt over hva som finnes av forskning og annen litteratur innenfor fagfeltet (Thidemann, 2019, s.81). For å finne gode søkeord er det viktig å konkretisere informasjonsbehovet (Thidemann, 2019, s.82). Jeg valgte et PICO– skjema for å definere gode søkeord. Dette gjør at resultatene i det systematiske litteratursøket blir mer presist og relevant for min litteraturstudie (Thidemann, 2019, s. 82). Videre brukte jeg emneordsystemet MeSH for å overføre mine norske søkeord til engelske emneord, slik at databasene lettere finner passende artikler som besvarer min problemstilling. Dette resulterte i følgende søkeord, som ble viktige i den systematiske søkeprosessen (Tabell 1).

Tabell 1

	P - population	I - intervention	C- comparison	O - outcom
Norske søkeord	Afasi Slag	Psykososial pleie Kommunikasjon	Ikke relevant	Forebygge Depresjon

Engelske	Aphasia	Psychosocial care	Ikke relevant	Prevent
MeSH ord	Aphasia Broca	Psychological care		Depression
	Aphasia wernickes	communication		
	Post traumatisk aphasia			
	Stroke			

I søket etter forskningslitteratur ble databasene CINAHL, PubMed og Medline benyttet da disse hovedsakelig inneholder sykepleieforskning. Det er databaser som har en søkemetode jeg er godt kjent med fra tidligere. Søkeordene som ble brukt var hovedsakelig Aphasia, Depression, Stroke og psychosocial care. Synonymer av søkeordene i henhold til databasenes egne emneord ble også brukt. Søkeordene ble først søkt på hver for seg, deretter kombinert med AND/OR. Søket ble avgrenset til å kun inkludere artikler som er publisert de siste 10 årene. Dette gav 117 treff i CINAHL, 28 treff i Medline og 44 treff i PubMed (Tabell 3). Videre ble titler og sammendrag lest for å finne artikler av interesse. Det ble så utarbeidet søkekriterier som ble plassert i en inklusjon – og eksklusjonstabell (Tabell 2).

Tabell 2

Inklusjon	Eksklusjon
Forskning fra 2013 - 2023	Forskning gjort før 2013
Pasienter over 18 år med afasi og hjerneslag	Studier som involverer andre pasientgrupper
Sykepleiere med somatisk eller psykiatrisk bakgrunn	Annet helsepersonell
Undersøker forebygging og psykososial pleie til nedstemte og deprimerte pasienter med afasi	Andre temaer
Forskningsartikler som fortrinnsvis henter resultater fra 0-6 måneder etter inntruffet slag	Artikler som henter data eller resultat fra informanter mer enn ett år etter inntruffet hjerneslag

Pasienten befinner seg i en rehabiliteringsfase	Befinner seg ikke i en rehabiliteringsfase
Ikke medikamentelle tiltak	Medikamentelle tiltak
Artikler som er fagfellevurdert og publisert i tidsskrift og har en tydelig IMRAD - struktur	Artikler som ikke er fagfellevurdert
Språk: engelsk, norsk, dansk og svensk,	Andre språk
Land: vestlige eller land med noenlunde likt helsevesen som det vi har i Norge	Land som har et helsevesen som ikke sammenfaller med det Norske

Etter å ha ekskludert artikler som ikke var av interesse for oppgaven, endte jeg opp med totalt 12 aktuelle studier. Disse ble lest nøyer igjennom. Jeg vurderte artiklenes metode, forskningsspørsmål, resultat og konklusjon for å se om de dekket problemstillingen. Dette resulterte i 5 forskningsartikler som ble inkludert i oppgaven.

Til tross for kriteriet om at forskningsartiklene bare skulle omhandle hjerneslagpasienter med afasi, ble likevel artikkelen til Harrison et al. (2017) inkludert. Selv om den omhandler hjerneslagpasienter uten afasi, belyser den likevel hvordan sykepleiere og pasienter opplever de psykososiale behovene etter et hjerneslag. Flere av resultatene kan sammenlignes med resultater som fremkommer i de andre artiklene. Den er derfor regnet som relevant for min problemstilling. Artikkelen er funnet gjennom handsøk, da den var nevnt i flere av de inkluderte og utelatte studiene. Litteraturstudien baserer seg dermed på totalt 6 forskningsartikler (Tabell 4).

Søkeprosessen

Tabell 3

Dato:	CINAHL	Treff
07.04.2023	Søkespesifikasjoner: 2013 - 2023	
S1	(MH " Aphasia ")	6 235
S2	(MH "Stroke") OR (MH "Stroke Patients")	82 118
S3	(MH "Depression")	128 231
S4	(MH "Communication") OR (MH "Nonverbal Communication") OR (MH "Communication Impairment (Saba CCC)") OR (MH	102 994

	"Communication Barriers") OR (MH "Communication Care (Saba CCC)") OR (MH "Impaired Verbal Communication (NANDA)") OR (MH "Communication Aids for Persons with Disabilities")	
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	5
Inkluderte artikler	<ul style="list-style-type: none"> • 'It was really dark': the experiences and preferences of people with aphasia to manage mood changes and depression. – Baker et al. (2020) – Australia 	1
Dato: 07.04.2023		
S1	(MH " Aphasia ")	6 235
S2	(MH "Psychosocial Care (Saba CCC)") OR (MH "Support, Psychosocial") OR (MH "Diagnosis, Psychosocial") OR (MH "Rehabilitation, Psychosocial") OR (MH "Psychosocial Intervention")	104 568
S3	S1 AND S2	117
Inkluderte artikler	<ul style="list-style-type: none"> • Communicative and Supportive Strategies: A Qualitative Study Investigating Nursing Staff's Communicative Practice with Patients with Aphasia in Stroke Care – Loft et al. (2022) – Danmark 	1
Dato: 07.04.2023	PubMed Søkespesifikasjoner: 2013 - 2023	Treff
S1	Aphasia AND Psychosocial care AND Stroke	44
Inkluderte artikler	<ul style="list-style-type: none"> • 'Emotion is of the essence. ... Number one priority': A nested qualitative study exploring psychosocial adjustment to stroke and aphasia. – Moss et al. (2021) – United Kingdom • A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia. – Baker et al. (2018) – Australia 	2
Dato:	Medline Søkespesifikasjoner: 2013 - 2023	Treff

07.04.2023		
S1	Aphasia/	10 743
S2	Depression/ or Psychological Care.m.p.	59 889
S3	Stroke/	130 020
S4	S1 AND S2 AND S3	28
Inkluderte artikler	<ul style="list-style-type: none"> Voicing the perspectives of stroke survivors with aphasia: A rapid evidence review of post-stroke mental health, screening practices and lived experiences. – Kristo & Mowll (2022) – Australia 	1
Dato: 07.04.2023	Håndsök	
Inkluderte artikler	<ul style="list-style-type: none"> Psychological and emotional needs, assessment, and support post-stroke: a multi-perspective qualitative study – Harrison et al. (2017) – United Kingdom 	1

2.2 METODEKRITIKK

Å være kritisk til hvordan en studie gjennomføres er viktig for å belyse hvordan usikkerhet ved metoden eller studiens utførelse, kan påvirke resultatet eller påliteligheten (Dalland, 2020, s.56).

I en litteraturstudie av begrenset varighet, som en bacheloroppgave er, kan mengden forskning som finnes være overveldende. En har begrenset tid og erfaring til å søke frem og gjennomgå forskningsartikler. Disse utfordringene gir risiko for at svært relevante studier ikke oppdages. I tillegg har vi en begrensning på 4-6 forskningsartikler. Da får utvelgelsen desto større betydning. Da det ikke er gitt at de artiklene en ender opp med, er det optimale utvalget for å belyse temaet. Artiklene jeg har funnet er skrevet på engelsk. Jeg har brukt

Google Translate for å oversette enkeltord når jeg ikke har forstått dem ut fra sammenhengen i teksten. Men språklige nyanser kan likevel gjøre at min tolkning blir feil.

Kvalitative forskningsartikler og systematiske oversikter har sine ulemper. Ulempen med systematiske oversikter er at de ikke er primærkilden til resultatene. Det blir altså en via-via-tolkning. Resultatene er også avhengig av hvilke forskningsartikler de har inkludert i sin oversikt. Innen kvalitativ forskning kan derimot tidligere erfaringer både hos informanter og forskere påvirke deres subjektive oppfattelse av situasjoner. I tillegg er det i kvalitativ forsknings natur at de har et begrenset antall informanter i studien og derfor et lite utvalg som kan danne bilde over variasjonen i opplevelser og situasjoner. Det kan da være vanskelig å få en representativ generalisert pasientgruppe. Likevel ser vi av studiene at de samme aspektene på hva som er nyttfull pleie går igjen i flere.

Jeg har også valgt to artikler av samme forfatter. Det kan være risikabelt å velge ut flere artikler av samme forfatter når en tar for seg så få artikler. Men siden den systematiske oversikten tar for seg rehabiliteringsintervensjoner og den kvalitative omhandler informantenes preferanser så kan jeg ikke se at dette er problematisk, da resultatene har ulikt fokus. Den systematiske studien er i tillegg utgitt først. Det er derfor avklart at artiklene heller ikke er gjentakende i hverandre.

2.3 KILDEKRITIKK

Å stille seg kildekritisk er viktig for oppgavens troverdighet og faglighet. Det må da gjøres vurderinger på om kildene har relevans for oppgavens problemstilling (Dalland, 2020, s.153). Det er og viktig at det kommer tydelig fram hvor kilden er hentet fra, hvilken type kilde det er, hvordan utvalget er gjort (Dalland, 2020, s.143) og hvilke kriterier som ligger til grunn for utvelgelsen (Dalland, 2020, s.152).

Studiene som er inkludert er kvalitetssjekket ved hjelp av helsebiblioteket`s (2021) sjekklister. Artiklene er kritisk vurdert i henhold til om de har en tilstrekkelig gyldighet og metodisk kvalitet. Samt om resultatene var pålitelige (Helsebiblioteket, 2018) og fagfelleverdert. Fagfelleverdert betyr at artiklene før publisering i tidsskrift er blitt godkjent

og vurdert av to eller tre upartiske anonyme eksperter på fagfeltet (Utdanningsforskning.no, 2016).

Studiene er utarbeidet av internasjonale forskere og informanter siden jeg ikke fant dekkende norske studier. Jeg har bevisst holdt meg til forskning i land som ligner Norge i kultur og helsevesen. Selv om det finnes ulikheter både mellom landene, og innad i multikulturelle land som Storbritannia og Australia, så anser jeg disse som akseptable i denne sammenhengen. Jeg ønsker også å tidsavgrense funnene til de første 6 månedene etter inntruffet hjerneslag. Dette viste seg vanskelig da det var få studier som entydig hentet resultater fra et så snevert tidsrom. Jeg vurderte de aktuelle studiene og fant at litteraturstudien min trolig ikke vil bli påvirket av å inkludere studier med informanter i det første året av rehabiliteringen.

For å sikre at kildene er av god kvalitet og relevans for oppgaven har jeg etter beste evne unngått litteratur som er eldre enn 10 år, og brukt nyeste versjoner av pensum og andre relevante fagbøker. Det er ønskelig å benytte seg av primærkilder der det er mulig. Men det har vist seg vanskelig å utelukke sekundærkilder, da noe utvalgt litteratur trekker konklusjoner på bakgrunn av annen litteratur. Inklusjons- og eksklusjonsskjema ble også benyttet for å luke ut artikler som var mindre relevant.

2.4 FORSKNINGSETISKE HENSYN

Forskningsetikk handler mye om å ivareta personvern og sikre at de som deltar i forskningen ikke påføres skade eller belastning i form av utleverte personopplysninger, fratatt integritet eller nedsatt velferd, som følge av forskningsdeltakelse. De forskningsetiske vurderingene skal sammenfalle med samfunnets normer og verdier (Dalland, 2020, s.168).

I studiene jeg har valgt ut er pasienten eller sykepleier i fokus. Dette stiller store krav til anonymitet og taushetsplikt. Det er også viktig at deltakerne er godt informert om studiens omfang og at de når som helst kan trekke seg (Dalland, 2020, s.174). Habilitet er også viktig. Jeg har derfor sjekket at de kvalitative artiklene ikke oppgir interessekonflikter (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

I en systematisk oversikt er det viktig at forskningen er redelig. En må kunne stole på at forskerne gjør sitt ytterste for å yte et objektivt og selvstendig forskningsarbeid, da forskningen i stor grad er basert på andres forskningsresultater. Utvelgelse av forskningsartikler skal ikke påvirkes av ønske om et spesifikt utkomme. Og det pålegges forskerne å sikre at forskningsgrunnlaget/grunndata er nøye validert. Fabrikking, forfalsking, plagiering og lignende alvorlige brudd på vitenskapelig praksis er ikke forenelig med den troverdighet som trengs innen forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

For å ivareta forskningsetiske hensyn i denne oppgaven har jeg gjort mitt ytterste for å unngå å forvrengte resultat eller faglitteratur til å passe inn i min problemstilling. Kilding av innhentet informasjon har hatt høyt fokus og jeg har sjekket at mine hovedartikler har gjennomgått en etisk godkjenning.

3.0 ANALYSE

Å analysere vil si å innhente og tolke resultater og funn fra alle de inkluderte artiklene (Thidemann, 2019, s.92). Hovedoppgaven er å granske artiklens resultater og se om det finnes likheter og forskjeller i resultatene, og eventuelt finne gjentakende temaer som kan gi svar på valgt problemstilling. Deretter presenteres funnene etter tema, slik at en til slutt kan drøfte de i tilknytning til problemstillingen. (Thidemann, 2019, s.93).

Jeg startet analysen med å lese studienes resultat og markere relevante funn i hver artikkel. Funnene ble systematisert etter hvilken artikkel de ble hentet fra. Deretter identifiserte jeg tema som fremkom og om det var temaer som gikk igjen i flere av artiklene. Så plukket jeg ut de temaene som kunne relateres til min problemstilling. Dette var: Personsentrert kommunikasjon, rehabilitering og sosial støtte. Deretter ble et siste tema, humor screening, inkludert. Dette var ikke et like gjentakende tema, men resultatene beskriver godt hvordan en kan kartlegge og oppdage tidlige tegn på depresjon hos afasirammede.

Til slutt ble alle resultatene systematisert i egne tabeller (vedlegg 1).

4.0 RESULTAT

4.1 INKLUDERTE ARTIKLER

Tabell 4

INKLUDERTE ARTIKLER			
Tittel/ Forfatter/ År/ Land/ Metode	Informanter	Hensikt	Resultat som er relevant for min problemstilling
A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia. Baker et al. (2018) – Australia Systematisk oversikt	Hjerneslag-pasienter med afasi som har mild depresjon	Undersøke rehabiliteringsintervensjoner og hvordan disse kan forebygge og behandle depresjon hos slagrammede afasi pasienter.	Påviser intervensjoner som kan forbedre depresjonsutfall for nedstemte uten påvist depresjon og de med mild depresjon
'Emotion is of the essence. ... Number one priority': A nested qualitative study exploring psychosocial adjustment to stroke and aphasia. Moss et al. (2021) – United Kingdom Kvalitativ metode	Hjerneslag-pasienter med afasi og deres pårørende	Å undersøke hvordan personer med afasi tilpasser seg den nye hverdagen etter et hjerneslag i den post akutte rehabiliterings fasen.	Påviser at en personsentrert tilnærming til pleie, monitorering av mental helse og fremming av pasientmedvirkning i pleien kan føre til endringer i pasientens hverdag
Voicing the perspectives of stroke survivors with aphasia: A rapid evidence	Hjerneslag-pasienter med afasi	Undersøke afasi pasienter sine mentale helseutfordringer	Påviser høy forekomst av depresjon og mentale helseutfordringer og at det indikerer viktigheten

<p>review of post-stroke mental health, screening practices and lived experiences.</p> <p>Kristo & Mowll (2022) – Australia</p> <p>Systematisk oversikt</p>		<p>og opplevde erfaringer etter et hjerneslag, samt undersøke screeningmetoder for mental helse.</p>	<p>av humørsscreening på et tidlig stadium. De konkluderer med at resultatene støtter behovet for at forløp for mental pleie må utvikles og evalueres ut fra pasienters – og pårørendes erfaringer, for å evaluere hvilke tiltak som er aktuelle og etablere passende screeningverktøy.</p>
<p>Communicative and Supportive Strategies: A Qualitative Study Investigating Nursing Staff's Communicative Practice with Patients with Aphasia in Stroke Care</p> <p>Loft et al. (2022) – Danmark</p> <p>Kvalitativ metode</p>	<p>Sykepleiere som jobber med afasi pasienter</p>	<p>Undersøke sykepleiere sin kommunikative praksis i møte med afasirammede pasienter og deres anvendelse av kommunikative og støttende samtalestrategier.</p>	<p>Pleiepersonalets rolle i å ivareta pasientens psykososiale velvære ble nedprioritert. Dette førte til dårligere humør og at pasienter ikke fikk den støtten og kommunikasjonsopptreningen de trengte.</p>
<p>'It was really dark': the experiences and preferences of people with aphasia to manage mood changes and depression.</p> <p>Baker et al. (2020) – Australia</p> <p>Kvalitativ metode</p>	<p>Hjerneslag-pasienter med afasi</p>	<p>Undersøke hvordan afasi pasienter opplever humørsvingninger og depresjon etter et hjerneslag.</p>	<p>Påviser at slagindusert afasi fører til nedstemthet og depresjon, og at pasientene får begrenset psykologisk støtte til å takle kommunikative og humørmessige utfordringer, i slagrehabiliteringen. Positivitet, støttet kommunikasjon og</p>

			tilgang til individuelt tilpasset pleie er viktig i møte med denne pasientgruppen.
Psychological and emotional needs, assessment, and support post-stroke: a multi-perspective qualitative study Harrison et al. (2017) – United Kingdom Kvalitativ metode	Hjerneslag-pasienter, Helsepersonell og pårørende	Utforske pasienter, omsorgspersoner og helsepersonell sin opplevelse av psykiske behov, vurdering og støtte i den akutte og post akutte fasen.	Påviser at mangelen på psykologisk ekspertise blant helsepersonellet i slagavdelingene var en kilde til frustrasjon og resulterte i at disipliner uten nødvendig kunnskap og opplæring påtok seg denne rollen. Påviser også at motvirkende faktorer som sosial støtte, støtte fra likeperson, kommunikasjon og informasjon motvirket behovet for formell psykologisk støtte.

4.2 TEMA ETTER ANALYSEPROSESSEN

4.2.1 PERSONSENTRETT KOMMUNIKASJON

Artiklene utforsker, i varierende grad, ulike aspekter rundt kommunikasjon og hvordan kommunikasjon kan brukes som verktøy for å informere, identifisere tegn til depresjon, avdekke behov, påvirke pasientens humør og bidra til at pasienten føler seg støttet og involvert i egen behandling (Moss et al., 2021; Baker et al., 2018; Kristo & Mowll, 2022; Baker et al., 2020; Harrison et al., 2017; Loft et al., 2022).

Mange afasi pasienter følte på tap av identitet og selvtillit etter slag. Dette gav negativ selvoppfatning (Kristo & Mowll, 2022), svekket humør som seinere kunne utvikle seg til en depresjon (Moss et al., 2021). Det var viktig at sykepleier tok seg tid til å tid til å opparbeide en god relasjon (Moss et al., 2021), samt lære å kjenne pasientens tidligere vaner og kommunikasjonsmåter (Loft et al., 2022). Kommunikasjonsvanskene ble regnet som en av de

primære årsakene til dårlig humør og depresjon blant hjerneslagpasienter med afasi (Kristo & Mowll, 2022), da følelse av tap og manglende evne til å kommunisere hadde stor innvirkning på pasientens psykiske velvære, sosiale tilstedeværelse og evne til selvstendighet (Moss et al., 2021 & Kristo & Mowll, 2022).

Flere av studiene pekte også på pasientens behov for informasjon og innsikt i egen helsetilstand (Moss et al., 2021; Loft et al., 2022; Baker et al., 2020; Harrison et al., 2017). Mengde informasjon hadde innvirkning på hvor godt ivaretatt pasienten følte at hen var. Og hadde innvirkning på humør, sårbarhet, fremtidshåp og trygghet (Moss et al., 2021; Loft et al., 2022; Baker et al., 2020; Harrison et al., 2017).

4.2.2 HUMØR SCREENING

Det er lav forekomst av humørskreening i akutte hjerneslagenheter og rehabiliteringsinstitusjoner. Dette begrunnes i manglende kompetanse og tid til screening. Likevel framkommer viktighet av at afasipasienter vurderes tidlig for depresjon (Kristo & Mowll, 2022). Det er uklart hvilke screeningverktøy som er mest hensiktsmessig å bruke i tilknytning til afasi pasienter, Men SADQH – 10, HADS (Loft et al, 2022) og VAMS (Kristo & Mowll, 2022 & Baker et al., 2018) regnes som potensielle screeningverktøy. VAMS så ut til å ha mest potensial da det i mindre grad krever at personen kan uttrykke seg verbalt. Pasienten trenger likevel en viss språkforståelse for at VAMS skal benyttes (Kristo & Mowll, 2022).

4.2.3 REHABILITERING

Depresjon fører til at pasienten har mindre motivasjon og krefter til å gjennomføre rehabilitering (Baker et al., 2020). Samtidig viser Baker et al. (2018) at framgang i form av funksjonsbedring er med på å redusere depressive symptomer.

Baker et al. (2018), Moss et al. (2021) og Baker et al. (2020) påpeker at målsetting og måloppnåelse også var viktige faktorer for å motvirke nedstemthet og bedre psykisk helse. Det å oppnå de målene som settes gir rehabiliteringsfremgang, og øker motivasjon og håp om videre fremgang mot normalt tilstand (Moss et al., 2021). Positive tilbakemeldinger på fremgang bidro på samme måte (Baker et al., 2020).

Baker et al. (2020) og Moss et al. (2021) påpekte at meningsfulle aktiviteter var et viktig aspekt i rehabiliteringen. Det bedret humøret (Baker et al., 2020) og inspirerte pasientene til å ivareta egen helse (Moss et al., 2021). Harrison et al. (2017) omtaler at følelsen av kontroll over egen helsetilstand kunne motvirke depresjon.

4.2.4 SOSIAL STØTTE

Baker et al. (2020) viser til at pasienter som hadde familiær støtte eller ble ivaretatt av sin omgangskrets i større grad opplevde trygghet, fremtidshåp og var mindre utsatt for depresjon. Kristo og Mowll (2022) påpeker viktigheten av å tilby psykososial støtte til pårørende og pasienten. Denne støtten ivaretok de pårørendes selvstendige behov for hjelp til å takle livsendringene, gjorde dem bedre rustet å bidra positivt til pasientens rehabilitering og fordi pasienten ble beroliget av at de pårørende ble støttet i å håndtere situasjonen. Dette gjenspeiles også i Baker et al. (2018).

Vennskap med medpasienter i rehabiliteringsprosessen gav støtte, motivasjon, håp og økt positivt humør (Baker et al., 2020). Rehabiliteringen ble meningsfull og ensomhet ble unngått ved felles aktiviteter (Moss et al., 2021). Behovet for psykologisk støtte fra helsepersonell ble mindre når en hadde medpasienter å sosialisere med (Harrison et al., 2017). Noen brukte medpasienter som mestringsstrategi. Det å se pasienter som hadde større utfordringer enn seg selv gav en positiv følelse og håp (Moss et al., 2021 & Harrison et al., 2017).

Selv om studiene stort sett omtaler familiære relasjoner som et positivt i forebygging av depresjon, så finner Moss et al. (2021) og Baker et al. (2020) at noen slagrammede opplevde negative sider ved å inkludere pårørende.

5.0 DISKUSJON

Diskusjonen er inndelt i temaene: Kommunikasjon med afasirammede, informasjonsbehov, sykepleiers rolle i rehabiliteringen, kartlegging av stemningsleie og sosial støtte. Disse

temaene er vurdert som interessante drøftingstemaer som kan gi svar på: «Hvordan kan sykepleiere forebygge depresjon hos pasienter med afasi etter et hjerneslag i en rehabiliteringsfase». Forskningen underbygges av Aron Antonovsky sitt salutogene sykdomsperspektiv og annen relevant teori.

5.1 KOMMUNIKASJON MED AFASIRAMMEDE

Afasi-pasientenes kommunikasjonsvansker er vist å føre til nedstemthet, som videre øker sjansen for å utvikle depresjon (Kristo & Mowll, 2022). Derfor er håndtering av kommunikasjon et essensielt element i støtten og omsorgen gitt til den afasirammede slagpasienten. Personsentrert kommunikasjon handler om å se mer enn bare pasienten. Det dreier seg om å se hele mennesket, med dets ressurser og svakheter, ønsker og behov, verdier og prioriteringer (Eide & Eide, 2017, s.16). For at en skal oppnå vellykket kommunikasjon med afasipasienter så er det viktig for sykepleieren å bygge relasjon til den enkelte og gjøre seg kjent med deres vaner, personlighet og måter å kommunisere på (Loft et al., 2022).

I kommunikasjon med afasirammede er det viktig at sykepleieren har innsikt i pasientens tilstand, har empati og behersker et bredt spekter av kommunikasjonsstrategier. I tillegg trenger en tålmodighet og evne og vilje til å lytte, vise interesse for og forstå pasienten (Eide & Eide, 2017, s.320). Når den verbale uttrykksformen er hemmet vil den nonverbale kommunikasjonen bli enda viktigere. Via kroppsspråk og bevegelse, ansiktsuttrykk, stemmebruk og berøring kan en som sykepleier opprette og opprettholde kontakt (Eide & Eide, 2017, s.321). Kroppskontakt er en nonverbal kommunikasjonsform som ofte skaper trygghet og bekreftelse og kan være et effektivt hjelpemiddel for å oppnå empatisk kontakt. Likevel må sykepleieren forstå at mennesker har ulikt verdisyn og at det noen setter pris på, kan andre oppleve som invaderende (Eide & Eide, 2017, s.149). Tålmodighet er et grunnleggende begrep. En må gi den afasirammede tid til å svare eller respondere etter beste evne (Eide & Eide, 2017, s.324). Dette kan være utfordrende i en travel sykepleiehverdag, noe som underbygges i Baker et al. (2020) og Loft et al. (2022) der pasientene beskriver manglende støtte og tid til å uttrykke følelser, og sykepleiere påpekte at tidspresset forhindret dem fra å ha dybdesamtaler med pasientene.

Et annet viktig element i sykepleierens kommunikasjon med den afasirammede er å inkludere dem i samtalen selv om de ikke er i stand til å delta aktivt. Vi har alle behov for å føle oss sett. Det å bli snakket over hodet på (Baker et al., 2020) eller ikke bli snakket til i det hele tatt, på grunn av en forutinntatt holdning om at den afasirammede ikke forstår (Eide & Eide, 2017, s.324-325) eller at en sårer den som ikke kan svare tilbake (Loft et al., 2022), kan gi ytterligere grobunn for sårbarhet (Baker et al., 2020), påfølgende nedstemthet (Moss et al., 2021) og følelse av ensomhet (Eide & Eide, 2017, s.325). I tillegg til det psykososiale aspektet, har personer med afasi behov for å delta i samtaler og bli snakket til på tomannshånd for å trene opp igjen språkferdigheten (Eide & Eide, 2017, s.325). To-veis samtaler gav pasientene følelse av at helsepersonellet var interessert i dem (Moss et al., 2021). Likeledes ble småprat og humor brukt for å lette stemningen i stell og andre potensielt pinlige situasjoner (Loft et al., 2022).

Sykepleiere bør være bevisst på omgivelsenes innvirkning på kommunikasjonen med den afasirammede (Loft et al., 2022). Det kan være vanskelig for pasienten å få med seg det som blir sagt og respondere, når det er mye støy eller flere ting pågår samtidig. Det samme gjelder når mange beskjeder gis i rask rekkefølge. Dette kan skyldes at afasirammede kan ha problemer med å prosessere mer enn en til to samtidige enheter av informasjon i korttidshukommelsen (Eide & Eide, 2017, s.325).

Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient fortjener større plass enn det som er mulig i denne oppgaven. Drøftingen viser derfor bare et utvalg av de problemstillingene som berøres i studiene.

5.2 INFORMASJONSBEHOV

Etter Helsepersonellovens (1999, § 10) har sykepleiere og annet helsepersonell plikt til å gi informasjon til pasienter og andre som, etter Pasient og Brukerrettighetsloven, har krav på dette. Pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og helsehjelp, og skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger (pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Begrunnelsen er å sikre at pasient og pårørende får den informasjon som er nødvendig for å kunne samtykke og medvirke til tjenesten (Helsedirektoratet, 2018).

God informasjon til pasient og pårørende bedret prosessen med å tilpasse seg og bli tryggere (Harrison et al., 2017). Baker et al. (2020) viser til at pasientene satte pris på å bli informert om intervensjonens hensikt, og Moss et al. (2021) fant at pasientene bekymret seg for misforståelse av mottatt informasjon. Dette kan tyde på at også pasienten reflekterer over at informasjon er viktig som psykososial støtte og for å orientere seg om egen helsetilstand. Behovet for informasjon passer også inn med "Begripeligheten" i Antonovskys Salutogene sykdomsperspektiv. Ved å forstå sin egen situasjon og foranledningen til den så er en bedre rustet til å håndtere den og finne motivasjon til bedring (Antonovsky, 2012, s.40 - 41).

Det å sikre at mottakeren av informasjon har forstått innhold og betydning av opplysningene er også nedfelt i Helsepersonelloven. Det forutsettes at informasjonen må være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger (Helsepersonelloven 1999, § 10). I Loft et al. (2022) gis det konkrete eksempler på gode og mindre gode tilnærmelser til å holde pasienten oppdatert på prosedyrer i pleie og informasjon om helsetilstand. F.eks rolig og tydelig tilpasset tale der en forklarer hvordan og hvorfor en prosedyre utføres. Dette så ut til å berolige pasienten. I min drøfting av kommunikasjon med den afasirammede viser jeg til ulike måter å sikre at begge parter forstår hverandre. Disse og andre tilpassede teknikker bør sykepleiere benytte når informasjon gis til afasirammede. Sykepleier bør også være bevisst sine egne nonverbale uttrykksformer ift. kroppsspråk, gester og ansiktsuttrykk, da funn i Baker et al. (2020) sin studie viser at pasienter som har språklige utfordringer er observante på, og bruker, nettopp disse subtile tegnene til å styrke sin forståelse av informasjonen som gis (Baker et al., 2020). Inkongruens mellom verbal og nonverbal kommunikasjon kan føre til at informasjonen som gis undergraves eller misforstås (Eide & Eide, 2017, s.138).

Ingen av informantene i Baker et al. (2020) sin studie husket å ha fått informasjon om psykologiske eller mentale helseproblemer. Samme studie fant at afasirammede ønsket å bli informert om nedstemthet og depresjonshåndtering. Informantene mente at slik informasjon kunne ha vært til nytte og hjulpet dem til å gjenkjenne symptomer som normale reaksjoner ift egen helsetilstand (Baker et al., 2020). Ut fra pasientjournalforskriften (2019, § 7) skal sykepleiere journalføre råd og informasjon, og hovedinnholdet i dette. På den måten kan både pasient og helsepersonell få oversikt, og informasjon kan suppleres ved behov.

5.3 SYKEPLEIERS ROLLE I REHABILITERINGEN

Depresjon blant pasienter med afasi er vist å ha negativ effekt på rehabiliteringen, da den depressive lidelsen fører til at pasientene har mindre motivasjon og krefter til å gjennomføre rehabilitering (Baker et al., 2020). Samtidig viser Baker et al. (2018) at framgang i form av funksjonsbedring er med på å redusere depressive symptomer og gjøre pasienten mer selvstendig og optimistisk ift. å takle den nye hverdagen etter et hjerneslag (Baker et al., 2018). Ut fra disse funnene kan det synes at rehabilitering og sinnstemning påvirker hverandre i positiv eller negativ forstand. God rehabilitering kan derfor sies å ha en sentral rolle i forebygging og bedring av depresjon.

Ut fra Helsedirektoratets rehabiliteringsveileder fremkommer det at logopeden har en stor rolle i å kartlegge behov og ha hovedansvar for språk-rehabiliteringen. I begrunnelsen for tiltak anbefaler rehabiliteringsveilederen et minimum på 5 timer språktrening i uka, og at sykepleiere og annet helsepersonell bør bidra i språkstimulering, motivering og tilrettelegging av kommunikasjonsmiljø. Studier indikerer sammenheng mellom mengdetrening, intensitet og effekt (Helsedirektoratet, 2017a, Kap.4.5).

Sunnaas sykehus HF (2022) påpeker at sykepleiere har en sentral rolle i at pasienten får kontinuitet i språk-rehabiliteringen gjennom å ta initiativ til daglig kommunikasjon og tilrettelegge for at alle aktiviteter som afasirammede deltar i på sykehus også skal ha et tilsnitt av språk- og kommunikasjonstrening (Sunnaas sykehus HF, 2022). F.eks lesing, sang og sosialisering som forutsetter at man bruker språket (Ringereide, 2021). Og sykepleier kan småprate eller komme med trøstende bemerkninger under prosedyrer, stell eller andre intervensjoner med pasienten (Loft et al., 2022). Familie, venner og medpasienter er også bidragsyttere i språktreningen. Sammen med sykepleieren kan disse bidra til å hjelpe pasienten å håndtere nedstemthet og få fremgang i rehabiliteringen (Baker et al., 2020).

For å få til en god rehabiliteringsprosess er man ikke bare avhengig av at sykepleier opprettholder pasientens kontinuitet i språktreningen. Motivering er også nevnt som en viktig faktor (Helsedirektoratet, 2017a, Kap.4.5). Antonovsky påpeker i sin Salutogenese-teori at motivasjonsfaktoren "Meningsfullhet" er den mest sentrale faktoren for at en skal

oppleve økt grad av helse (Antonovsky, 2012, s.44). Han mente at det motiverte mennesket ville ha forutsetning for å forstå situasjonen og finne ressurser til å komme seg videre. Hva den enkelte pasient finner motiverende varierer. Kunnskap om ulike motivasjonsteorier og -strategier kan hjelpe helsepersonell med å finne frem til faktorer som den enkelte finner inspirerende og motiverende (Stai, 2021). I mine inkluderte studier fremkommer det hovedsakelig tre ulike motivasjonsstrategier som styrker pasientens ressurser for endring, fremgang og mestring. Og hjelper pasienten med å holde humøret oppe under rehabiliteringen. Dette er motiverende veiledning i form av positive tilbakemeldinger fra sykepleier, meningsfulle aktiviteter (Moss et al., 2021 & Baker et al., 2020) og mål og måloppnåelse (Moss et al., 2021 & Baker et al., 2018).

Motiverende veiledning i form av positive tilbakemeldinger fra sykepleier kan styrke den enkeltes indre ressurser for endring, utvikling og mestring (Eide & Eide, 2017, s.56). Utforming og arbeid mot mål, til tross for tilbakeslag, var et nøkkelement for å tilpasse seg og opprettholde et positivt fremtidssyn, for noen pasienter (Moss et al., 2021). Innen språk-rehabilitering dreier meningsfulle aktiviteter seg om tiltak som kan være med på å bedre personens språklige og/eller uttalemessige fungering (Sunnaas sykehus HF, 2022). Både Baker et al. (2020) og Moss et al. (2021) finner at aktiviteter som med tiden bidrar til selvstendighet ble oppfattet som meningsfulle og bedret humøret. Baker et al. (2020) fant dessuten at noen pasienter bevisst brukte trening og kommunikasjonsrelaterte aktiviteter som verktøy for å imøtegå mentale utfordringer.

Isolasjon og apati er depressive symptomer som hemmer rehabiliteringsprosessen (Baker et al., 2020). Sykepleieren kan spille en avgjørende rolle i å motvirke disse både ved å innlede samtaler og anspore den afasi-rammede til å prate med andre pasienter. For eksempel viser Baker et al. (2020) sin studie at det å få relasjoner til andre slagpasienter var støttende og gav håp.

Selv om mine studier ikke adresserer håpets betydning i rehabiliteringsprosessen, så er håp drivkraften for å nå de målene en setter seg. Og sykepleieren har en vesentlig rolle i å fremme håp. Både overfor pasient og pårørende (Dahl et al., 2014). Håpet er mer knyttet til den enkeltes vurdering av seg selv og ens oppfattelse av om livets meningsfullhet enn en

saklig bedømmelse av tilstand (Mathisen, 2016, s.419). Det er sykepleierens oppgave å både finne og gjenvinne håp, da en rekke studier viser at håp har avgjørende betydning for hvordan en mestrer utfordrende livssituasjoner (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.210).

5.4 KARTLEGGING AV STEMNINGSLEIE

Helsedirektoratet anbefaler vurdering av pasientens stemningsleie, med henblikk på mulig depresjon, i løpet av første måned etter inntruffet hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017a, kap. 4.7).

Å avdekke depresjon hos afasirammede er vanskelig. Både på bakgrunn av språkutfordringer (Fure, 2007) og at de depressive symptomene sammenfaller med de ettervirkningene en opplever etter et hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017a, Kap. 4.7). Sykepleierutdanningen inneholder opplæring i å gjenkjenne og avdekke depresjon. På bakgrunn av utdanning og den tette oppfølgingen vi har av pasientgruppa, er sykepleierne i en posisjon til å oppdage depresjon i en tidlig fase (Lightbody et al., 2007).

Sykepleiere kan avdekke depresjon ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy. Utvalget er stort, men selv om flere av dem har lovende pålitelighet så ser det ut til at språkbarrierene i mange tilfeller kan ha innvirkning på verktøyets egnethet for afasirammede (Kristo & Mowll, 2022). I norsk sammenheng er MADRS, GDS og HADS brukt for identifisering av depresjon bl.a hos hjerneslagrammede. Alle disse krever at pasienten klarer å uttrykke seg verbalt eller skriftlig, noe som bidrar til at resultatet av utredningen kan bli fraværende eller upålitelig (Fure, 2007). Kristo & Mowll (2022) mener at dersom helsepersonell får spesialisert opplæring, samt at det utvikles retningslinjer for bruken av de ulike verktøyene, vil det bli lettere og mer effektivt å kartlegge mentale helseproblemer hos denne pasientgruppen. Sykepleiere kan også involvere pårørende og andre som kjenner pasienten godt, i arbeidet med å kartlegge depresjon hos afasirammede. Disse kan fylle ut skjemaet på vegne av pasienten. Dette kan dog påvirke resultatet, da den som fyller ut skjemaet kan ha vansker med å tolke stemningsleiet til den slagrammede afasipasienten (Kristo & Mowll, 2022).

Når konvensjonelle kartleggingsverktøy ikke er hensiktsmessig å bruke kan selvrapporteringsverktøy som VAMS (Visual Analog Mood Scales) være en mer passende tilnærming. Verktøyet bruker skjematiske bilder sammen med enkeltord i hver ende av en skala for å uttrykke grad av humør. Dette verktøyet kan egne seg godt fordi språkutfordringer ikke så ut til å påvirke pasientens evne til å tolke oppgaven, og fordi forståelsen av bilder var kulturelt universelt og derfor ikke var utsatt for de samme påvirkningene som i en språklig kartleggingsmetode. Disse aspektene kan i tillegg gjøre det lettere for sykepleieren å gjennomføre kartleggingen, da det ikke krever spesifikk kunnskap om hvordan kartleggingen skal gjennomføres. I tillegg fant studien at VAMS ble foretrukket fordi den var rask og ikke krevde analyse for å tolke resultatet (Kristo & Mowll, 2022). Slike aspekt kan ha mye å si for sykepleierens valg av kartleggingsverktøy. Som vist i Loft et al. (2022) så er sykepleierens muligheter til å bruke tid på hver enkelt pasient begrenset. Da kan et enkelt kartleggingsverktøy være tidseffektivt. Likevel var det funn som tydet på at den passet dårlig for slagpasienter med moderat til alvorlig depresjon. Begrunnelsen for dette fremkommer ikke i studien (Kristo & Mowll, 2022).

Sykepleiere kan og identifisere depressive symptomer ved å se etter endringer i pasientens vante mønster. For eksempel endret kroppsspråk, humør, personlig hygiene og matlyst. Det er da viktig at sykepleieren har kjennskap til pasienten og dennes væremåte (Halvorsrud et al., 2014). Innblikk i pasienten som person kan fremskaffes via pasientjournal, fra pårørende og fra pasienten selv, i den grad det er mulig. Slike observasjoner kan benyttes i tillegg til de ovennevnte kartleggingsverktøyene.

5.5 SOSIAL STØTTE

Baker et al. (2020) og Moss et al. (2021) viser til familie og venners positive betydning for pasientens mentale helse, trygghet og mulighet til å få tilbake en normaltilstand i livet. Harrison et al. (2017) finner at den emosjonelle støtten som familie og venner ytte, reduserte behovet for profesjonell psykologisk hjelp. Kristo & Mowll (2022) anerkjente behovet for at familien ble involvert i psykologisk omsorg, for å tilpasse seg livsendringen. Hensikten med å involvere pårørende er, som funnene skildrer, mangefasettert. Og sykepleierens rolle likeså.

Baker et al. (2020) og Moss et al. (2021) viser til at pårørende og venner bidro med praktisk bistand, emosjonell støtte og i rehabiliteringen. Eksempelvis at samtale med familie eller venner var til like stor hjelp som språkrehabilitering, og at den gav følelse av normalitet (Moss et al., 2021). Likeledes at tilstandens innvirkning på familien var en kilde til bekymring, da pasientene var opptatt av at belastningen ikke ble for stor og at pårørende også fikk støtte til å håndtere situasjonen (Baker et al., 2020) (Moss et al., 2021). Ut fra studienes fokus kommer ikke sykepleierens delaktighet i å støtte pårørende frem. Men Helsedirektoratets Pårørendeveileder (2017b, kap. 4.1, 4.2 og 6.1) gir et overordnet innblikk i sykepleierens tiltak for å støtte pårørende. Veilederen nevner tiltak som støttende dialog, veiledning og bistand ved tyngende omsorgsoppgaver. Som i den Salutogene teorien dreier dette seg om å gi de pårørende veiledning til å mestre situasjonen og øke deres opplevelse av sammenheng (OAS) (Antonovsky, 2012, s.41). Slik at de kan være bedre rustet til å gi støtte til pasienten.

Med tanke på at de fleste afasi pasientene opplever nedstemthet og depresjon i løpet av de første månedene etter et hjerneslag (Kouwenhoven & Kirkevold, 2013), synes det at informasjon fra sykepleier om forekomst av depresjon kan være viktig å gi til pårørende. Ikke bare til pasienten selv, slik det er omtalt i Baker et al. (2020). Pårørende kjenner ofte pasienten best og kan derfor lettere oppdage tegn til tristhet og depresjon (Moss et al., 2021). Slik kan pårørende bidra til at pasientens nedstemthet og depresjon raskere oppdages og behandles. Kristo & Mowll (2022) påpeker at mangelen på psykososial støtte til pårørende kunne føre til negativ og spent relasjon mellom pasient og pårørende. Sykepleier kan styrke familierelasjoner ved å gi tilstrekkelig informasjon og undervise om sykdom og behandling samt hvordan familien best mulig kan forstå og møte de symptomene pasienten har. Sykepleier kan dessuten hjelpe familien med å komme i kontakt med likepersoner som tidligere har vært igjennom det samme (Gonzales, 2020, s.239). Hensikten med likepersoner er å gi støtte til å håndtere de utfordringene pasienten har (Nasjonalforening for folkehelse, 2021).

Både Moss et al. (2021) og Baker et al. (2020) reflekterer over interaksjonen mellom slagpasienter. Det gav pasientene håp, oppmuntring og motivasjon i rehabilitering (Baker et al., 2020), fellesskap (Moss et al., 2021) og vitnet om at de ikke var alene i å ha det vanskelig

(Harrison et al., 2017). I sykepleiesammenheng viser disse funnene at det å legge til rette for hensiktsmessige møteplasser og meningsfulle aktiviteter der pasienter med sammenfallende interesser kan møtes, bidrar til å etablere nye positive relasjoner (Gonzales, 2020, s.239). Dersom møtefasiliteter ikke var til stede ble det savnet av både pasienter og helsepersonell (Harrison et al., 2017). Noen informanter pekte på muligheten til å sammenligne sin egen tilstand med andres. Pasienter brukte denne strategien til å få håp om framgang (Moss et al., 2021). Strategien kan likevel ha ulemper. Harrison et al. (2017) fant at pasienter som sammenlignet seg med andre kunne bli mer tilbakeholdne med å søke hjelp eller informasjon, fordi de følte at andres plager var større enn deres egne.

6.0 KONKLUSJON

Flere funn peker på tap av kommunikasjonsevne som mulig hovedårsak til depressive tendenser. Det er likevel vanskelig å konkludere med dette. Faktorer som biologiske endringer i hjernen, store livsendringer og manglende fremgang i rehabilitering samt andre aspekter kan ha store innvirkninger på den afasirammedes humør.

Kommunikasjonsproblemer vanskeliggjør pasientens mulighet til å uttrykke ønsker, behov og eksistensielle tema. Noe som synes å påvirke humøret. Ved å ta initiativ til samtale, bruke kommunikasjonsstrategier og tilpasse kommunikasjon etter pasientens ferdigheter kan sykepleieren hjelpe den afasirammede med å uttrykke seg, og bidra i rehabilitering, positiv tenkning og oppdagelse av depresjon. Informasjon om fremtidsutsikter og eksterne ressurser kan likeledes ha positiv innvirkning på pasientens forståelse av livssituasjonen og hvordan denne kan bedres. Sykepleieren kan også, ved å bli kjent med pasienten og ved hjelp av kunnskap om - og bruk av screeningverktøy, kartlegge depressive tegn tidlig, slik at en deretter kan veilede eller fatte tiltak for å motvirke depresjon.

Når pasienten ser framgang i rehabiliteringen, ser dette ut til å bedre humøret. For å bidra bør sykepleiere hjelpe pasienten med å holde kontinuitet i språkrehabiliteringen, samt hjelpe pasienten med å finne motivasjon til å gjennomføre rehabiliteringstiltak.

Motivasjonsfaktorer som er poengtert i drøftingen har vært måloppnåelse, oppmuntrende

tilbakemeldinger og fokus på meningsfulle aktiviteter. I tillegg fremkommer det at håp er en viktig forutsetning for at pasienten skal finne motivasjon til å nå de målene en har satt seg.

Ved at pasienten får tilstrekkelig sosial støtte fra pårørende, venner og medpasienter, ser det ut til at pasienten vil ha mindre behov for psykologisk støtte fra helsepersonell.

Sykepleieren bør derfor bistå pasientens interaksjon med disse gjennom å tilrettelegge møteplasser for medpasienter og inkludere pårørende generelt, og i helserelaterte samtaler og rehabilitering.

6.1 BEHOV FOR MER FORSKNING

Litteraturstudien er hovedsakelig basert på kvalitative data. Alle disse konkluderer med at det trengs mer forskning angående effekt av alternativ til formell psykologisk støtte, screening-verktøy, afasi-pasienters erfaringer innen psykologiske aspekter samt intervensjoner som kan bidra til pasientens utnyttelse av personlige ressurser.

Ut fra det kvalitative datagrunnlaget som bygger på få informanter og vanskeligheten av å finne allmenngyldige måleenheter innen subjektive aspekter som humør, velvære og psykisk helse, så er det lite hensiktsmessig å konkludere på hvilke tiltak som har effekt, og i hvilken grad. Dette fordi det er vanskelig å si om resultatene er gyldige for flere enn informantene. Derfor trengs det mer forskning.

7.0 KILDER

Aarre, T.F. (2018). Stemningslidelser. I T.F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag*. (2.utg, s. 135-162). Fagbokforlaget.

American Heart Association. (2023, 03. Mars). *Depression and stroke*. American stroke Association. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/effects-of-stroke/emotional-effects-of-stroke/depression-and-stroke>

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. (A. Sjøbu, Overs). Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 1987)

Baker, C., Worrall, L., Rose, M., Hudson, K., Ryan, B. & O'Byrne, L. (2018). A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia. *Disability and rehabilitation*. 40(16), 1870–1892. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/09638288.2017.1315181>

Baker, C., Worrall, L., Rose, M. & Ryan, B. (2020). 'It was really dark': the experiences and preferences of people with aphasia to manage mood changes and depression. *Aphasiology*, 34(1), 19-46, <https://doi.org/10.1080/02687038.2019.1673304>

Bertelsen, A.K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach- Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg, s. 320 – 343) Gyldendal

Dahl, B., Romsland, G.I. & Slettebø, Å. (2014). Håp er drivkraften. *Sykepleien forskning*. 102(9), 52-55. DOI: [10.4220/sykepleiens.2014.0104](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0104)

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10. Februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. (3.Utg.). Gyldendal Akademisk

Forskrift om Habilitering, rehabilitering og koordinator. (2011). (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_2#%C2%A73

Fure, B. (2007, 17.mai). *Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag*.

Tidsskriftet: den norske legeforening. <https://tidsskriftet.no/2007/05/tema-hjerneslag/depresjon-angst-og-andre-emosjonelle-symptomer-ved-hjerneslag>

Gonzales, M.T. (2020). Ensomhet og sosial isolasjon. I M.T. Gonzales (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (1.utg, s. 234 - 241). Gyldendal

Halvorsrud, L., Pahr, I. & Kvarme, L.G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien forskning*. 9(3), 244. DOI: [10.4220/sykepleief.2014.0133](https://doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0133)

Harrison, M., Ryan, T., Gardiner, C. & Jones, A. (2017). Psychological and emotional needs, assessment, and support post-stroke: a multi-perspective qualitative study. *Topics in stroke rehabilitation*, 24(2), 119–125. [https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/10749357.2016.1196908](https://doi.org.galanga.hvl.no/10.1080/10749357.2016.1196908)

Helsebiblioteket (2018, 11. Desember). *Kritisk vurdering*. Kunnskapsbasertpraksis. no. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no?q=sysmteatiske+oversikter+#4kritisk-vurdering>

Helsebiblioteket (2021, 17. September). *Sjekklistor*. Kunnskapsbasertpraksis. no. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no?q=sysmteatiske+oversikter+#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>

Helsebiblioteket (2022, 1. september). *Systematisk oversikt*. Kunnskapsbasertpraksis. no. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no?q=sysmteatiske+oversikter+#4kritisk-vurdering-42-systematisk-oversikt>

Hesledirektoratet. (2017a, 30. November). *Hjerneslag: Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.hesledirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>

Helsedirektoratet. (2017a, 21.desember). *4.0. Rehabilitering etter hjerneslag.*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag>

Helsedirektoratet. (2017a, 21.desember). *4.2. Prosesser i slagrehabilitering.*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/prosesser-i-slagrehabilitering#involvering-av-slagrammede-og-deres-parorende>

Helsedirektoratet. (2017a, 21.desember). *4.5. Syn, hørsel og kommunikasjon.*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/syn-horsel-og-kommunikasjon>

Helsedirektoratet. (2017a, 21.desember). *4.7. Depresjon og emosjonell labilitet.*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/depresjon-og-emosjonell-labilitet#tiltak-ved-depresjon-praktisk>

Helsedirektoratet (2017b, 10.Januar) *Pårørendeveileder: Nasjonal veileder.*

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

Helsedirektoratet. (2018, 28. Juni). *Krav til helsepersonells yrkesutøvelse: Informasjon til*

pasienter m.v. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse#paragraf-10-informasjon-til-pasienter-m-v>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

International Council of nurses. (2007). *ICN's ETISKE REGLER FOR SYKEPLEIERE:*

NORSK UTGAVE 2007. NSF. <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>

- Kristo, I., & Mowll, J. (2022). Voicing the perspectives of stroke survivors with aphasia: A rapid evidence review of post-stroke mental health, screening practices and lived experiences. *Health & social care in the community*. 30(4), 898–908. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/hsc.13694>
- Kristoffersen, N.J. (2016). Å styrke pasientens resurser: sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s. 349- 406). Gyldendal
- Kristoffersen, N.J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s. 187- 235). Gyldendal
- Kouwenhoven, S.E. & Kirkevold, M. (2013). Å leve med depresjon etter hjerneslag. *Sykepleien forskning*. 8(4), 334-342. DOI: [10.4220/sykepleienf.2013.0134](https://doi-org.galanga.hvl.no/10.4220/sykepleienf.2013.0134)
- Lightbody, E.C., Auton, M., Baldwin, R., Gibbon, B., Hamer, S., Leathley, M.J., Sutton, C. & Watkins, C.L. (2007). The use of nurses' and carers' observations in the identification of poststroke depression. *Journal of Advanced Nursing*. 60(6), 595-604. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2648.2007.04508.x>
- Loft, M. I., Volck, C. & Jensen, L. R. (2022). Communicative and Supportive Strategies: A Qualitative Study Investigating Nursing Staff's Communicative Practice with Patients with Aphasia in Stroke Care. *Global qualitative nursing research*. 9, 23333936221110805. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/23333936221110805>
- Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s. 407- 449). Gyldendal
- Mathisen, T.S., Bjerke, M.L. & Skar, T. (2021, 24.Mars). *Hjerneslag*. LHL.

<https://www.lhl.no/hjerneslag/hjerneslag/>

Moss, B., Northcott, S., Behn, N., Monnelly, K., Marshall, J., Thomas, S., Simpson, A., Goldsmith, K., McVicker, S., Flood, C. & Hilari, K. (2021). 'Emotion is of the essence. ... Number one priority': A nested qualitative study exploring psychosocial adjustment to stroke and aphasia. *International journal of language & communication disorders*. 56(3), 594–608. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/1460-6984.12616>

Nash, J., Kruger, E., Vorster, C., Graham, M.A. & Pillay, B.S. (2022). Psychosocial care of people with aphasia: Practices of speech-language pathologists in South Africa. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 24(3), 225-227 <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/17549507.2021.1987521>

Nasjonalforening for folkehelse. (2021, 21. April). *Hva er en likeperson i Nasjonalforeningen for folkehelsen?* <https://nasjonalforeningen.no/likeperson-verktoykasse/likeperson-informasjon/hva-er-en-likeperson/>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal*. (FOR-2019-03-01-168). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>

Ringereide, R.A. (2021, 29. Januar). *Stimulere språkutviklingen*. NDLA. <https://ndla.no/nb/subject:1:56ea35da-73d9-431f-a451-19f24f564f59/topic:2:70023834-50f5-4c9a-ac5c-df3d4bf3394d/topic:2:f46c1789-3fa2-4bad-80df-847d0f7855b7/resource:eed7a71a-3a6d-4b72-9a48-d83a790f0b82>

Stai, S. (2021, 13. Mars). *Hva er motivasjon?* NDLA.

<https://ndla.no/nb/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:1:baadf378-9a45-422f-a80f-154e203d2bc2/topic:1:7fe6a84f-bd7c-4c7c-8019-caa81c9d52ec/resource:6244a779-ad08-4504-a695-b84597343015>

Strong, K. A. & Randolph, J. (2021). How Do You Do Talk Therapy with Someone Who Can't Talk? Perspectives From Mental Health Providers on Delivering Services to Individuals with Aphasia. *American journal of speech-language pathology*, 30(6), 2681–2692. https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1044/2021_AJSLP-21-00040

Sunnaas Sykehus HF. (2022, september). *Afasibehandling ved Sunnaas sykehus HF: Klinisk veileder og retningslinjer*. Kompetansegruppe for afasi. <https://www.sunnaas.no/Documents/Afasibehandling%20ved%20Sunnaas%20sykehus%20HF%20-%20klinisk%20veileder%20og%20retningslinjer.pdf>

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg.). Universitetsforlaget.

Utdanningsforskning.no. (2016, 15. April). *Hva er fagfellevurdert forskning?* Utdanningsforbundet. <https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfellevurdert-artikkel/>

Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard – Olsen, T.G. (2016). Sykepleie ved hjerneslag. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.Utg, s. 303-328) Gyldendal

World Health organization (U.å). *Health promotion*. WHO. <https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/programmes/health-promotion>

Worrall, L., Ryan, B., Hudson, K., Kneebone, I., Simmons-Mackie, N., Khan, A., Hoffmann, T., Power, E., Togher, L. & Rose, M. (2016). Reducing the psychosocial impact of aphasia on mood and quality of life in people with aphasia and the impact of caregiving in

family members through the Aphasia Action Success Knowledge (Aphasia ASK) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 153. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/s13063-016-1257-9>

8.0 VEDLEGG

8.1 UTDRAK FRA ANALYSE PROSESSEN

Forfatter/ land	SOSIAL STØTTE
Baker et al (2018) Australia	Dersom pårørendes psykososiale behov ble ivaretatt, bedret dette pasientens humør positivt.
Moss et al (2021) United Kingdom	<p>Ved å inkludere pårørende ble det lettere for dem å gi ekstra støtte til pasienten.</p> <p>Pasienten selv fant støtte fra pårørende som oppmuntrende, hengivende og trygt.</p> <p>Familiemedlem ble pasientens fortrolige og ville legge merke til nedstemthet.</p> <p>Familie og venner var og viktig for å finne tilbake til normalen.</p> <p>Unge familiemedlemmer hadde positiv attitude og motiverte pasienter</p> <p>Noen påpekt forverring i relasjon etter slag</p> <p>Å sosiale seg med medpasienter gav en følelse av tilhørighet. Noen fant det og motiverende å se andre pasienter med større utfordringer enn en selv hadde.</p> <p>Det ble og mindre ensomt på avdelingen når en fant vener i medpasienter da en kunne trene og gjøre aktiviteter sammen.</p>
Kristo & Mowl (2022) Australia	Psykososial støtte må tilbys både pasient og pårørende slik at de kan tilpasse seg til livsendringene som har oppstått på grunn av slag.

<p>Baker et al (2020)</p> <p>Australia</p>	<p>Familie og venner var viktige støttespillere for å håndtere humørvansker og depresjon. De gav pasienten trygghet, håp og positivitet.</p> <p>Pasienter var bekymret for engstelsen de følte at pårørende opplevde. De var også bekymret over byrden de utgjorde for sine kjære.</p> <p>Pasienter rapporterte at minst en av følgende som viktig for å håndtere humørsvingninger sammen med helsepersonellet og pårørende: Kommunikasjon, gi håp, støtte i behandlingen og være positiv.</p> <p>Det var viktig å ha helsepersonell og familie som hadde et positivt syn på fremtiden, gav positive tilbakemeldinger på rehabiliteringsfremgang og feiret måloppnåelse.</p> <p>Samtidig kunne pasienter finne det problematisk at pårørende ble for mye inkludert, da noen pårørende hadde tendenser til å overkjøre pasienten</p> <p>Det å opparbeide sterke bånd med medpasienter ga mye støtte i rehabiliteringsprosessen. Det gjorde at den enkelte pasient følte seg bedre med seg selv, håpefull, sterkere, gladere og motivert til å fullføre rehabilitering.</p>
<p>Harrison et al (2017)</p> <p>United Kingdom</p>	<p>Mange pasienter mente at deres behov for emosjonell støtte ble ivaretatt av familie og venner, og at dette reduserte behovet for profesjonell psykologisk hjelp.</p> <p>God informasjon til pasient og pårørende bedret prosessen med å tilpasse seg og bli tryggere.</p> <p>Støtte fra likepersoner motvirket behovet for psykologisk støtte. Det å sammenligne seg selv med verre pasienter var en mestringsstrategi. Det å se sin funksjon som bedre enn andre sin gav en positiv følelse over sin egen situasjon. Den negative effekten var at flere av disse pasienten hadde større vanskeligheter med å spørre etter hjelp og info da det var andre som kunne trenge det mer enn dem selv.</p>

Forfatter/ land	REHABILITERING
<p>Baker et al (2018)</p> <p>Australia</p>	<p>Målsetting og funksjonsbedring kan redusere forekomst av depresjon.</p> <p>Støtte av pasientens self – management arbeidsbok kunne bedre depresjon</p>
<p>Moss et al (2021)</p>	<p>Personalisert behandling og målsetting ble sett på som motiverende for rehabilitering. Det samme var positivitet og oppmuntring</p>

<p>United Kingdom</p>	<p>Pasienter satte pris på meningsfulle treningsoppgaver som var rettet mot selvstendighet</p> <p>Noen pasienter følte frustrasjon og engstelse vedrørende fremgang i gjenopprettelse av funksjon, og hvor mye forbedring de kunne forvente, hvis de ikke følte at prognosen ikke var diskutert i tilstrekkelig grad</p> <p>Personlig motstandsdyktighet, besluttsomhet og optimisme var faktorer som var viktig for å tilvenne seg den nye hverdagen</p> <p>Det å sette og jobbe mot mål, til tross for tilbakeslag, var et nøkkelement for å tilpasse seg og opprettholde et positivt fremtidssyn, for noen pasienter</p> <p>Meningsfulle aktiviteter var viktig for å se fremover og ta ansvar for egen helse.</p> <p>Det å reflektere på egen fremgang fikk deltakere til å vurdere strategier for andre med afasi.</p>
<p>Kristo & Mowll (2022)</p> <p>Australia</p>	<p>Manglende håndtering av nedstemthet kan lede til større depresjon, og derigjennom få innvirkning på livskvalitet og rehabiliteringsresultat</p> <p>Følelse av tap i form av tapte kommunikasjonsevner, selvidentitet og tidligere verdsatte aktiviteter førte til emosjonell nød og redusert livstilfredshet. Dette kan følgelig redusere kapasiteten til å nå rehabiliteringsmål.</p>
<p>Baker et al (2020)</p> <p>Australia</p>	<p>Rehabilitering på sykehuset var tøft og hardt arbeid</p> <p>Vanskelig å tilpasse seg en ny hverdag når de ikke kunne gjennomføre vante aktiviteter, roller og yrker.</p> <p>Apati og manglende motivasjon ift rehabilitering og sosiale aktiviteter når en hadde større grad av afasi og depresjon</p> <p>Afasirammede med depresjon ba om å få være alene, nektet å prate, unngikk sosial interaksjon og gruppeterapi, ble i senga og hadde ingen fremgang i rehabiliteringen</p> <p>Over tid reflekterte deltakere over gjenvunnet funksjon som hjalp dem med å re-engasjere seg i aktiviteter de fant glede i</p> <p>Ingen deltakere rapporterte om rehabiliteringsintervensjoner som var rettet mot humør</p>

	<p>Terapier eller strategier initiert av helsepersonell med kompetanse på slag hjalp dem å komme i bedre humør, slik som å arbeide med kommunikasjonsferdigheter og aktiviteter, trening, arbeide mot måloppnåelse, synge i kor, lage kunst og ha familie og venner rundt seg</p> <p>Organiseringen av sykehusrutiner gav pasienter begrenset uavhengighet, medbestemmelse og kontroll. Dette fikk negativ innvirkning på humør og generelt velvære</p> <p>Jobbe med meningsfulle aktiviteter i en evidens-basert intervensjon, gav bedre humør.</p> <p>Det var viktig å få positiv tilbakemelding, fra helsepersonell og familie, på rehabiliteringsfremgang, og å feire oppnåelse av mål</p>
<p>Harrison et al (2017)</p> <p>United Kingdom</p>	<p>Helsepersonell følte at det å ikke gi formell psykologisk støtte tidlig i forløpet kunne få innvirkning på mengden rehabilitering pasienten fikk og hvor godt de ble restituert.</p> <p>Selvstendighet og følelse av kontroll over egen helsetilstand kunne motvirke behov for psykologisk støtte</p>

Forfatter/ land	PERSONSENTRERT KOMMUNIKASJON
<p>Baker et al (2018)</p> <p>Australia</p>	<p>Studien fant bevis for at "Behavioural therapy" bedret humøret hos afasipasienter</p> <p>Den mest oppløftende tegnene på humør- og depresjonsforbedringer fantes innen kommunikativ og psykososial fungering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trening med kommunikasjonspartner • kommunikativ gruppeterapi • self-management workbook • musikkterapi med instrumenter, i gruppe • afasi-chor <p>For å optimalisere kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell kunne en bruke ulike kommunikasjonsverktøy og strategier som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • piktogrammer • Bilder • gestikulere • peke på gjenstander eller et utvalg svaralternativer • gi skriftlig info eller info i form av lyd/videoer <p>Disse bør tilpasses den enkeltes afasi-utfordringer</p>

<p>Moss et al (2021)</p> <p>United Kingdom</p>	<p>Å føle seg vel ivaretatt, av helsepersonell, både emosjonelt og fysisk, positiv respons i form av humor, vennlighet og snillhet gjorde det lettere å tilpasse seg den ukjente settingen på slagavdelingen</p> <p>Bonding med helsepersonellet varierte. Vennlighet og suksessfull kommunikasjon kunne føre til en positiv opplevelse av sykehuset</p> <p>Misforståelse i kommunikasjon om helse og behandling bekymret pasienter</p> <p>Det å ikke kunne diskutere behandlingsopsjoner med relevant personell førte til bekymring</p> <p>Rigide rutiner i sykehusavdelingen kunne være utfordrende og hemme medbestemmelse og gi negative følelser</p> <p>Forsøk på å opprettholde normalitet førte til mer positive opplevelser. Dette kunne være gjennom støtte av pasientens valg av klær, mat, personlig hygiene etc</p> <p>Pasienter satte pris på latter, to-veis kommunikasjon og følelsen av at helsepersonellet var interessert i dem</p> <p>Terapi ble noen ganger sett på som utfordrende og tungt. Likevel ble det oppfattet positivt</p> <p>Pasienter beskrev sårbarhet, tap av selvtillit og redusert uavhengighet som førte til nedstemthet.</p> <p>Redsel for å være alene på grunn av fare for gjentatt slag</p> <p>Nedsatt selvtillit ble noen ganger assosiert med sosial distansering.</p> <p>Det å måtte stole på andre kunne resultere i følelse av verdiløshet eller en ble trist og sint</p> <p>Et mindretall følte ikke at slaget hadde særlig emosjonell påvirkning og brukte distraksjon og støtte fra familie og venner hvis de trengte det</p> <p>Religiøs tro kunne gjøre det lettere å håndtere humørsvingninger</p> <p>Psykologisk spesialisthelsehjelp ble sjelden involvert. Deltakerne mente at selv om de ikke trengte slik henvisning, så hadde det vært fordelaktig.</p>
--	---

Kristo & Mowll (2022)	Kommunikasjonsvansker er primær årsak til dårlig humør og utvikling av depresjon.
Australia	<p>Stress og apati har høy forekomst etter slag. Noe som kan utløse akutte mentale helseproblemer hvis det ikke behandles</p> <p>Helsepersonell i slagenheter beskrev behov for kompetanse for å forstå afasi, kommunikasjonsvanskene og de mentale helseproblemene som kunne oppstå, så vel som å gjennomføre afasia-spesifikk screening av humør</p> <p>Språklige problemer gjorde det vanskelig å bedømme humør</p> <p>Alle slagpasienter selv-rapporterte negative humørforandringer og traume som stammet fra afasi-tilstanden</p> <p>Mange rapporterte håpløshet og ensomhet</p> <p>Den generelle følelsen av stort tap (kommunikasjon, identitet og tidligere verdsette aktiviteter) var ofte lenket til stor emosjonell nød og redusert livstilfredshet</p> <p>Afasipasienter kan føle seg sårbare og misforstått av omgivelsene på grunn av kommunikasjonsvansker</p> <p>Noen trodde at de ikke fikk adekvat helsehjelp på grunn av utilstrekkelig kommunikasjon med helsepersonellet</p> <p>En studie slår fast at nedstemthet førte til sosial isolasjon</p> <p>Den manglende kunnskapen og opplæringen vedrørende afasi og dets implikasjoner gjorde pasientene maktesløse. Mens samarbeidende interaksjon med støttende og oppvakte helsepersonell var styrkende</p> <p>Bredere psykososiale faktorer må bli hensyntatt i afasirammede slagpasienters rehabiliteringsprosess</p> <p>For suksessfylt rehabilitering må psykososial støtte bli tilbudt til afasipasienten og dennes pårørende så de kan tilpasse seg de assosierte livsendringene forårsaket av slaget</p> <p>Å forhindre og behandle mentale helseproblemer etter slag er kritisk for å forbedre livskvalitet, best mulig rehabiliteringseffekt og minimere pårørendes byrde</p>

<p>Loft et al (2022)</p> <p>Danmark</p>	<p>Nevner SCA-kommunikasjonsstrategier og verktøy som:</p> <ul style="list-style-type: none">• bruk av korte setninger, et spørsmål om gangen, ja/nei spørsmål, gi god tid til å svare• skrive ned nøkkelord• bruke gesture eller peke på objekter/nøkkelord• bilder og illustrasjoner• kommunikasjonsbok (pasient og personell kan skrive ned spørsmål og svar og info)• Ja/nei kort• humør kort <p>Sykepleiernes opplevelse av manglende tid eller tidspress var et gjennomgående tema. Andre elementer som influerte var ofte å bli avbrutt og mangel på kontinuitet i hvem som pleiet den enkelte pasient</p> <p>Avbrudd og tidspress forhindret dem i å foreta dybdesamtaler med pasienter</p> <p>Avbrudd ble observert i studien. Oftest kollega som ba om hjelp eller helsearbeidere som kom inn for å utføre oppgaver eller prosedyrer med pasient. Eller at en avbrøt seg selv.F.els ved å måtte hente ting.</p> <p>Mange kilder til lyd på samme tid. Eks frokost, medisintdeling, tv-lyd etc samtidig</p> <p>Mangel på kontinuitet i pleie førte til manglende relasjonsbygging mellom pleier og pasient. Resulterte i at vaner og kommunikasjonsmåter ikke var kjent. For afasi-rammet er dette en forutsetning for suksessfull kommunikasjon.</p> <p>Sykepleier både forklarer og orienterer pasienten, via et spekter av tilnærmelser for å holde pasienten oppdatert.</p> <ul style="list-style-type: none">• individuelt tilpasset kommunikasjon• kommunikasjon uten fokus på pasienten, i rutineoppgaver• manglende pasientrettet kommunikasjon i komplekse sykepleieoppgaver <p>Oppmerksomhet på pasientens preferanser og -medvirkning kom opp som et annet gjentakende aspekt i sykepleierens rolle</p> <p>Vanskelig å involvere sterkt rammede afasi-pasienter. Strategier for å fasilitere involvering ble brukt. F.eks sitte ned og få øyekontakt for å signalisere tid til å prate</p> <p>Trøstende bemerkninger så ut til å være ment til å gi pasienten håp og motivasjon</p>
---	---

Sykepleier prøvde å gjøre vanskelige og pinlige hendelser utholdelige

En del av sykepleierollen er å snakke med pasient om fremtid og eksistensielle spørsmål. Ingen slike samtaler ble observert, men ble tatt opp i intervju. Informantene oppgav at de hadde slike samtaler

Mot til å delta i eksistensielle samtaler kom med erfaring og noen vedgikk at de bevisst unngikk samtalene. Da oppgav de manglende tid som begrunnelse

På akuttavdeling var tidspress og dens innvirkning på kommunikasjon spesielt uttrykt

Pleie til afasi-rammede ble beskrevet som utfordrende og noen ganger kompleks. Ikke alle var komfortable med å kommunisere med afasi-rammede. Pinlig ved stillhet eller når en ikke forstod

Grunn forståelse for SCA blant sykepleiere

Pleie av afasi-pasienter krever struktur og god tid, ifølge informantene

Noen pleiere beskriver at de observerer pasientens respons og tilpasser interaksjonen til pasientens behov

Observasjon viste at noen pleiere interagerer med afasi-pasienten uten å anerkjenne deres behov og følelser. Dette så ut til å influere pasienten negativt

Det var observert tilfeller der sykepleier viste utålmodighet eller kommuniserte på en korrigerende måte som devaluerte pasienten

Informanter sa at de var respektfulle og presenterte seg, og at de kommuniserte på en positiv og anerkjennende måte selv om pasienten ikke responderte på en ønskelig måte

Noen informanter beskrev småprat under stell mens andre unngikk dette i møte med afasi-pasienter

Småprat ble brukt for å dekke over potensielt pinlige situasjoner

Humor og småprat kunne lette atmosfæren, men enkelte var redd for at det i stedet ville frustrere eller støte pasienten

Pleiere brukte oftest to av SCA strategiene: Skrive ned nøkkelord i pasientens konversasjonsbøker og bruke bildeverktøy

	<p>SCA-strategiene ble ikke spesifikt oppfattet som rettet mot afasirammede og ble brukt også i andre sammenhenger.</p> <p>Helsepersonell så ut til å være ukjent med SCA-verktøyene</p> <p>Gjetting var utbredt i kommunikasjon med afasi-rammede</p> <p>SCA-metoder ble brukt av sykepleiere for å formidle budskap. Men i mindre grad brukt for å hjelpe og styrke afasi-rammedes mulighet til å uttrykke seg</p> <p>SCA-metodene ble oppfattet som tidkrevende og lite egnet for dagligdagse stell- og pleiesituasjoner</p> <p>Kommunikasjonshjelpemidler kunne forstyrre den naturlige interaksjonen</p>
<p>Baker et al (2020)</p> <p>Australia</p>	<p>Alle pasienter rapporterte humørendringer. Halvparten ble identifisert med mulig depresjon i screening</p> <p>Endringer i følelser og humørsvingninger varierte med pleie-fasen en var i</p> <p>Labile symptomer ble verre ved utskrivelse. Det var skummelt å forlate rutiner og støtten fra helsepersonell</p> <p>Det ble vanskelig å tilpasse seg hverdagen uten å kunne gå tilbake til sosiale aktiviteter, roller og yrke</p> <p>Afasia-rammede deprimerte beskriver at de ba om å få være alene, nektet å snakke, unngikk sosial interaksjon og gruppeterapi, ble i senga. De følte uvirkelighet over at dette rammet dem</p> <p>Pasienter beskrev manglende kommunikasjonsstøtte og tid til å uttrykke følelser.</p> <p>Pasienter savnet oppfølging og screening av humør</p> <p>Noen følte at de ble skyndet på og manglet tid og privatliv til å diskutere labilitet og depresjon.</p> <p>Informanter rapporterte at å arbeide med kommunikasjonsferdigheter sammen med helsepersonell hjalp på humøret</p> <p>Labilitet hadde innvirkning på livet. Det ble påvirket av følelse av at helsearbeidere og andre ikke anerkjente eller forsto kommunikasjonsproblemene</p>

	<p>Halvparten av informantene beskrev at tidligere strategier for å håndtere vanskelige situasjoner, og positive personlige egenskaper påvirket dem positivt</p> <p>Mange ønsket å returnere til normaltilstand. De følte at de ikke ble gitt tid til å diskutere eller utforske hvordan indre styrke og strategier kunne brukes til å håndtere nedstemthet og depresjon</p> <p>Majoriteten av helsepersonalet var hjelpsom og vennlig. De ble likevel ikke nok støttet i å kommunisere helsebehov og følte seg noen ganger behandlet nedlatende og sårbare på grunn av ubalanse i kommunikasjon mot helsepersonell</p> <p>Rutiner i helsesystemet gjorde at de følte begrenset uavhengighet og kontroll</p> <p>Kommunikasjon, håp, støtte i behandlingen og positivitet fra bl.a helsepersonell var spesielt viktig for å motarbeide nedstemthet og depresjon</p> <p>Informanter følte seg sårbare når det ble snakket over hodet på dem og de ikke ble inkludert.</p> <p>Informanter var svært observante på gester og ansiktsuttrykk hos helsepersonell i sårbare situasjoner</p> <p>Informanter foretrakk interaksjon med helsepersonell som: var afasi-tilpasset, bedret humør med f.eks humor, var vennlig og oppmuntrende</p> <p>Informanter verdsatte helsepersonell som forklarte hvorfor ting ble gjort.</p>
<p>Harrison et al (2017)</p> <p>United Kingdom</p>	<p>Begrenset tilgang på psykologisk ekspertise var kilde til frustrasjon fra alle parter.</p> <p>Helsepersonell følte at mangelen på formell psykologisk hjelp i en tidlig fase av slagbehandlingen/-rehabiliteringen kunne ha påvirkning på mengden rehabilitering pasienten fikk og graden av gjenoppretting av funksjon</p> <p>Sykepleiere beskrev at de ikke hadde kunnskap og erfaring til å gi psykologisk støtte til de pasientene som trengte det mest. Spesielt når de ikke fikk støtte fra klinisk psykolog. Dette viser behov for mer trening, opplæring og tilsyn</p>

	<p>Pasienter beskriver helsepersonellets flauhet under screening av humør. Dette viser behov for adekvat opptrening i screening</p> <p>Individuelle forskjeller i personlighet og holdning hadde innvirkning på behovet for psykologisk støtte</p> <p>En strategi pasienter brukte for å håndtere situasjonen var å sammenligne seg med noen som hadde det verre. Dette kunne medføre motvillighet til å søke hjelp</p> <p>Helsepersonell anerkjente at tidsaspekt og det at en ikke selv har informasjon kunne forhindre at informasjon ble gitt til riktig</p>
--	--

Forfatter/Land	HUMØR SCREENING
Baker et al, (2018) Australia	<p>Nevner at en kan bruke visual analog scales (VAMS) til å kartlegge humør blant afasi pasienter</p>
Kristo & Mowll, (2022) Australia	<p>Det var lav forekomst av humørscreening til pasienter som hadde afasi. Dette var begrunnet i at det var manglende kompetanse blant helsepersonell om hvordan en bruker de i samsvar med afasi pasienter</p> <p>Personers fysiologiske behov ble prioritert over psykologiske</p> <p>Hjerneslag pasienter bør vurderes av opplært personell ved hjelp av en standisert og validert skala hvis det er mistanke om endret humør</p> <p>Det er uklart hvilke screeningverktøy en skal bruke til afasi pasienter, hvem som skal administrere de og når og hvor det er mest hensiktsmessig å gjøre det.</p> <p>Det er rapportert at tidspress og mangel på privatliv er årsak til at screening ikke blir gjort.</p> <p>Viktig med tidlig screening for å identifisere tegn til depresjon</p> <p>SADQH – 10 og HADS nevnes som mulige screening verktøy en kan bruke hos hjerneslagpasienter med eller uten afasi.</p> <p>Screeningverktøyet BOA brukes for å screene angst hos afasi pasienter. Den unngår skjevheter som kan tilskrives de fysiske eller atferdsmessige effektene av hjerneslag og tilskriver ikke angstsymptomer til en bestemt lidelse</p>

	<p>Pårørende kan brukes til å svare på screeningspørsmålene på vegne av pasienten selv. Men et problem er at de kanskje ikke klarer å tolke i hvilken grad humøret til pasienten er.</p> <p>Selvrappoterende instrumenter (VAMS) kan være en mer styrkende og nøyaktig screeningverktøy for afasi pasienter. Pasienter er likevel avhengig av å forstå talespråk for å bruke dette verktøyet</p> <p>VAMS er visuelle analoge skalaer hvor pasienten ved hjelp av bilder rater sin grad av humør.</p> <p>VAMS etablerer imidlertid ikke validitet i stemningscreening av slagpasienter med moderate til alvorlige språkvansker</p> <p>VAMS er enkel å administrere i en kort tidsramme, kognitivt lite krevende og, viktigere, passende for ikke-engelsktalende.</p>
--	---

8.2 SJEKKLISTE KVALITATIV FORSKNING

Kritisk vurdering av:

Moss, B., Northcott, S., Behn, N., Monnelly, K., Marshall, J., Thomas, S., Simpson, A., Goldsmith, K., McVicker, S., Flood, C., & Hilari, K. (2021). 'Emotion is of the essence. ... Number one priority': A nested qualitative study exploring psychosocial adjustment to stroke and aphasia. *International journal of language & communication disorders*, 56(3), 594–608. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/1460-6984.12616>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Hensikten med studien var å undersøke hvordan personer med afasi tilpasser seg den nye hverdagen etter et hjerneslag i den post akutte rehabiliterings fasen.

De ville finne svar på dette på bakgrunn av at det var få som hadde undersøkt hvordan afasi pasienter opplevde hverdagen etter et hjerneslag i den akutte fasen. Og på grunn av at det er viktig å se på hvilke faktorer som kan gjøre det enklere for afasi pasienter å tilpasse seg den nye hverdagen etter et hjerneslag da det er mange som sliter psykisk etter et hjerneslag.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Siden studien ønsker å finne svar på hvordan afasi pasienter opplever hverdagen etter et hjerneslag er det nyttig å bruke en kvalitativ metode.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: kommer ikke fram noen tydelig begrunnelse for hvorfor de ønsket å bruke kvalitativ metode

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: deltakerne ble rekruttert fra sykehus og kommunale tjenester. Alle deltakerne var 0-6 måneder inn i rehabilitering etter hjerneslag og hver slag deltaker fikk ta med seg en pårørende. Det presenteres og inklusjon og eksklusjonskriterier for utvelgelsen av deltakere

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: det kommer tydelig fram at det ble gjort semi – strukturerte intervjuer av både pasient og pårørende. Intervjuene ble gjort face to face og tatt opp på video. I tillegg var det logoped til stede under intervjuet som hadde god kompetanse i å kommunisere med pasienten.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: det presiseres at det ikke foreligger interessekonflikter.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: En seniorforsker overvåket alle stadier av analysen, og gjennomgikk materialet, for eksempel for å reflektere over hvordan negative saker hadde blitt diskutert, og om

mangfoldet av erfaringer ble hensiktsmessig rapportert. Pasientene ble og informert om hensikten til studien. Og studien er godkjent av etisk komite.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Dataene var analysert ved hjelp av en type tematisk analyse (Framework analysis).

9. Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

10. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: funnene er klart og ryddig presentert i hovedtemaer og undertemaer. I diskusjonen er resultatene diskutert i forhold til relevant litteratur.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Jeg mener resultatene kan være til hjelp i dagens praksis på bakgrunn av at forfatteren vurderer funn opp mot dagens praksis. De uttrykker og at det trengs mer forskning på dette fagfeltet.

8.3 SJEKKLISTE SYSTEMATISK OVERSIKT

Kritisk vurdering av:

Baker, C., Worrall, L., Rose, M., Hudson, K., Ryan, B., & O'Byrne, L. (2018). A systematic

review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia. *Disability and rehabilitation*, 40(16), 1870–1892. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/09638288.2017.1315181>

Del A: Kan du stole på resultatene?

1. Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: kommer tydelig fram inklusjon og eksklusjonskriterier som begrunner deres studieutvalg. Jeg er og enig i at det de har satt som inklusjonskriterier stiller seg relevant til oppgavens formål

3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Har bare inkludert studier om er publisert på engelsk

4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studiene ble vurdert av to personer uavhengig av hverandre. De brukte og sjekklister som PEDro, SCED og MMAT,

5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja – Nei – Uklart

6. Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva forteller resultatene?**7. Hva er resultatene?**

Kommentar: Resultatene er tydelig fremstilt. Konklusjonen er og kort og presis og får fram hoved essensen i resultatet.

8. Hvor presise er resultatene?

Kommentar: Det framkommer presise resultater

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**9. Kan resultatene overføres til praksis?**

Ja – Nei – Uklart

10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja – Nei – Uklart

11. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja – Nei – Uklart