



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 43

Antall ord: 7591

Sammendrag

Depresjon er et vanlig emosjonelt utfall etter hjerneslag, og vil ofte være åpenbar for personalet i slagenheten. Forekomsten av depresjon er antatt å være mellom hos 10-15 % hos pasientene i akutfasen, og hos opp mot 30-40 % senere i forløpet. Det antas at mellom 25 – 79 % av hjerneslag pasienter lider av post- stroke depresjon. Depresjon medfører håpløshet og konsekvenser for rehabiliteringen. Denne litteraturstudien fokuserer på hvordan en kan forholde seg ovenfor afasirammede og de emosjonelle faktorene forbundet med dette.

Begrunner dette ut fra mine observasjoner, at det ikke er tilstrekkelig fokus på hvordan en kan forholde seg til denne pasientgruppen. Funn viser blant annet at faktorer som håp, tålmodighet, aktiv lytting, stille- dialog og tillit er viktig. En må dermed i en tidlig fase behandle en eventuell depresjon, slik at pasienten blir mottagelig for rehabiliteringen.

Antidepressiv behandling viser seg å være effektiv. Samtidig som økte kunnskaper hos helsepersonell er nødvendig for at man skal kunne se og fange opp et lidende ansikt.

Nøkkelord: depresjon, hjerneslag, afasi og sykepleie

Summary

Depression is a common emotional outcome after stroke, and will often be apparent to staff in the stroke unit. The incidence of depression is estimated to be between 10-15% of patients in the acute phase, and in up to 30-40% later stage. It is estimated that between 25 - 79% of stroke patients suffer from post-stroke depression. Depression causes hopelessness and implications for rehabilitation. This literature study focuses on how to deal with aphasia and emotional factors associated with this. Justifies this from my observations, that there is insufficient focus on how to deal with this population. Findings show that factors such as hope, patience, active listening, silence and trust are important. One must therefore in its early stages treat any depression, so that the patient is amenable to rehabilitation. Antidepressant treatment proves to be effective. Increased knowledge of health personnel is necessary to be able to see and capture a sufferer's face.

Keywords: depression, stroke, aphasia and nursing.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Summary	2
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	5
2.0 Teori del	6
2.1 Teoretisk perspektiv	6
2.1.1 Håp.....	7
2.1.2 Håpløshet	7
2.2 Hjerneslag (Apoplexia cerebri).....	8
2.2.1 Forekomst og årsakssammenhenger	8
2.2.3 Behandlingsprinsipper	9
2.3 Afasi	9
2.3.1 Konsekvenser for pasienten	10
2.3.2 Informasjon og språktrening	11
2.4 Emosjonelle reaksjoner i et kriseperspektiv	12
3.0 Hva er metode?.....	14
3.1 Valg av metode	14
3.2 Fordeler og ulemper med litteraturstudie.....	14
3.3 Etske overveielser.....	15
3.4 Litteratur søk og valg av litteratur.....	15
3.5 Kildekritikk	16
5.0 Presentasjon og drøfting av resultat	16
5.1 Håp.....	16
5.2 Emosjonell støtte.....	18

5.3 Tilnærming	20
5.4 Økte kunnskaper hos helsepersonell	21
6.0 Avsluttning	22
Referanseliste	24

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Du. Ja, du. Du er nok en av flere millioner mennesker som kan kommunisere uten vanskeligheter. Et hjerneslag kommer som regel uten forvarsel, og kan medføre vedvarende vansker i livet. 25 % av hjerneslag pasientene, medfører ervervede språkvansker som kalles afasi (Hoff, 2010). Kampen for å kommunisere kan skape sterke følelser, som sinne og frustrasjon for mennesker som lider av afasi (Liechty & Buchholz, 2006). I praksis både ved sykehjem og sykehus, møtte jeg flere pasienter der depresjon brøt ut i forbindelse med vanskelige situasjoner. Jo større betydning sykdommen har for hverdagslivet, desto større er risikoen for depresjon. Opplevelsen av ikke å strekke til, være god nokk, mestre livet og være en byrde for andre, kan bli utfordret (Eknes, 2006). Jeg har valgt å konsentrere meg om afasirammede og de emosjonelle reaksjonene forbundet med dette. Begrunner dette ut fra mine observasjoner, at det ikke er tilstrekkelig fokus på hvordan en kan forholde seg til denne pasientgruppen. Med tanke på begrensninger legges det størst vekt på håp, håpløshet, og emosjonelle reaksjoner i et kriseperspektiv. Denne oppgaven kan gi en mulighet til å bedre forståelsen av afasirammede.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Det øvrige munner ut i en problemstilling:

”Hvordan kan en forholde seg til hjerneslagpasienter som lider av afasi, samt de emosjonelle reaksjonene forbundet med dette?”

1.3 Avgrensning og presisering

Opgaven retter hovedfokus på hjerneslag og afasi, de emosjonelle forholdene knyttet til dette og hvordan en kan forholde seg. Emosjonelle reaksjoner kan være mange; blant annet angst, depresjon, tretthet. Jeg velger å avgrense litteraturstudien til post- stroke depresjon (PSD), som forekommer helst i den akutte fasen etter hjerneslaget. Kjønn og alder på pasientene er ikke tatt i betraktning. Spesialiserte slagenheter på sykehuset gir pleie til pasientene i den akutte fasen. Avgrenser derfor litteraturstudien innenfor slagenhenten og det akutte stadiet av lidelsen.

1.4 Hensikt

Hensikten er at jeg ønsker å fordype meg innen pasienter med afasi, og de emosjonelle faktorene ved dette. For å kunne hjelpe denne pasientgruppen, må jeg først finne litteratur om hvordan det er å leve med afasi. Den måten jeg møter pasientene på, kan dempe den

emosjonelle utvikingen av emosjonelle problemer. Ved å øke kunnskapene mine innenfor dette feltet, kan jeg lettere forstå hvordan afasirammede pasienter har det. Kunnskapen jeg får gjennom denne oppgaven, kan også videreformidles til sykehus- avdelingen jeg var sykepleierstudent på, der jeg observerte denne pasientgruppen i praksis.

1.5 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven inndeles med en begrunnelse for valg av tema. Videre følger avgrensning og presisering av oppgavens innhold. Deretter kommer en presentasjon av problemstilling og hva som er hensikten med oppgaven. I den teoretiske tilnærmingen vil jeg ved bruk av teoretisk perspektiv belyse de viktigste begrepene knyttet til problemstillingen. Neste del belyser hvilken metode som blir brukt. I drøftingsdelen vil faglitteraturen, forsknings artikler og skriverens "egen stemme" bli drøftet opp mot hverandre slik at et svar på problemstillingen kan oppnås.

2.0 Teori del

2.1 Teoretisk perspektiv

Joyce Travelbee (2010) er opptatt av at mennesket er et unikt individ. En skal være opptatt av det enkelte mennesket og ha pasienten i sentrum. Det vil si menneske- til- menneske- forhold, der kommunikasjon er et av de viktigste redskapene. I et hvert møte foregår det kommunikasjon, både gjennom taushet og samtaler. En kommuniserer og formidler omsorg gjennom utseende, adferd, holdning, ansiktsuttrykk, og særlig gjennom non- verbal kommunikasjon som berøring eller blick. En bør være fult og helt tilstede i situasjonen, psykisk så vel som fysisk. Det er viktig at en etablerer og opprettholder et hjelpeforhold til andre. Med det første må en sitte inne med en kunnskapsbase og med en tilhørende evne til å bruke det. Vennlighet og gode intensjoner er viktig i sykepleieomsorg, men ingen av delene kan veie opp for manglende kjennskap. Innsikt i menneskets livsvilkår er viktig.

Kvaliteten ved den sykepleieomsorgen et lidende menneske mottar, blir bestemt av mange faktorer. Kunnskaper og evne til å gjøre bruk av den er en vesentlig faktor, men like viktig er eget grunnleggende syn på sykdom og lidelse. Det krever langt mer innsikt, forståelse, kunnskaper og ferdigheter for å støtte ett menneske i krisens tid enn å utføre en hvilken som helst teknisk komplisert behandling. En må bry seg om hva som skjer med mennesket, og være opptatt av deres fysiske, psykiske og åndelige velferd. En må hjelpe dem til å mestre sykdom og lidelse ved å etablere en tilknytning til den lidende, som formidler forståelse og at

han ikke er alene. I nødens stund har innsikten i at det finnes i alle fall ett varmt, forståelsesfullt og kunnskapsrikt medmenneske å søke hjelp hos. Dette har holdt mange lidende oppe og berget mange fra fortvilelse. En viser med sine handlinger at en ønsker å bistå den lidende - ikke fordi vedkommende er den han er, men fordi han er den han er og ingen andre. Det er ingen enkel oppgave å hjelpe et menneske til å mestre sin sykdom. Mange syke mennesker vil aldri kunne bli friske, og må lære å leve med en langvarig sykdom (Travelbee, 2010).

2.1.1 Håp

Ifølge Travelbee (2010) har håp lenge vært sett på som en motiverende faktor bak menneskelig adferd. Håp gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, tap, nederlag og lidelse. Den motiverende impulsen av håp gir energi til å overvinne hindringer og sette kreftene inn i de vanskelige oppgavene som kan ligge i en rehabiliteringsprosess. Mange lidende vil aldri komme til å gjenvinne sin helse og må lære å leve med virkningene. Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønske om å nå fram eller oppfylle et mål kombinert med en forventning om at det som ønskes kan oppnås. Den som håper, tror at dersom han når frem til sine ønsker, vil livet bli mer behagelig eller meningsfylt eller gi større glede. Den som mangler håp ser ingen løsning på problemene eller veier ut av vanskeligheter. Håpet må utgå fra en mening og kan ikke oppnås uten et grunnlag. Den som har håp, aksepterer hjelp fra andre. Håp er nært knyttet til tillit og utholdenhet, en må ikke miste motet og innsatsen. Ifølge Pringle, Hendry, McLafferty og Drummond (2010) er håp gjenkjent som en viktig rolle i forhold til rehabiliteringen. Videre ifølge Gum, Snyder og Duncan (2006) er håpefull tankegang viktig i forhold til å forstå pasienten, på grunn av viktigheten av mål ved rehabiliteringen.

2.1.2 Håpløshet

Følelsen av håpløshet er særlig til stede i den akutte fasen, fordi en ikke kan gjøre det en har lyst og tenker på å gjøre (Jones, Mandy & Partridge, 2008). Håpløshet er en faktor som kan bremse rehabiliteringen, ifølge av en eventuell depresjon (Franzén- Dahlin, Laska, Larson, Wredling, Billing & Murray, 2007). Den som opplever håpløshet, er uten håp og forsøker ikke å løse problemer. Vedkommende mestrer ikke vanskeligheter i livet, og tror ikke det er mulig å få til forandringer. Selv det å prøve å mestre problemene er nytteløst. Frustrasjonen ved å oppleve håpløshet, kan føre til aggresjon, ikke bry seg- holdning eller likegyldighet. En skal hjelpe den lidende til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. En skal også hjelpe den

som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp. Generelt vil en kunne hjelpe med å opprettholde håp og unngå håpløshet ved å gjøre seg tilgjengelig og være villig til å hjelpe, for eksempel ved å lytte. Det er ikke mulig å hjelpe den lidende med mindre en er villig til å være åpne seg. Enkelte lidende vil ikke be om noe som helst, fordi de tror en har det for travelt. En må vise gjennom egen adferd at en kan og vil hjelpe den lidende når behovet oppstår. Tillit er noe en må gjøre seg fortjent til. En kan ikke gi håp til andre, men en kan legge til rette for at den lidende skal kunne oppleve håp. En lykkes ikke alltid, men en må forsøke. En kan ikke sette seg inn i den sykes sted, men en kan forsøke å få pasienten til å komme med individuelle opplevelser eller lese rapporter av erfaringer. Empati kan brukes til å komme nærmere pasienten. Som følge av dette kan det oppstå gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2010).

2.2 Hjerneslag (Apoplexia cerebri)

2.2.1 Forekomst og årsakssammenhenger

Hjerneslag er en ervervet, lokal hjerneskode grunnet oksygenmangel og celledød som følge av redusert blodtilstrømming til et område i hjernen. Det er som regel en konsekvens av en underliggende kronisk kardiovaskulær sykdom, som fører til trombose- og eller embolidannelse som til slutt tilstopper hjernens blodkar (Kirkevold, 2008). Ifølge Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund & Solheim (2006) skyldes apoplexia cerebri som regel en sykdom i hjernens eller halsens arterier, og forekommer ofte samtidig med generell aterosklerose (åreforkalkning), høyt blodtrykk og hjertesvikt. Ifølge Kirkevold (2008) er hjerneslag en av de mest utbredte og alvorligste sykdommene som er en av de viktigste årsakene til sykdom, funksjonsnedsettelse og død. Hvert år rammes omkring 15 000 mennesker av hjerneslag i Norge. Hjerneslag er som regel akutt, men kan også utvikle seg over timer. Ifølge Jacobsen mfl. (2006), finnes det fem hovedårsaker til hjerneslag; en trombose, en blødning, en embolus, små embolier og arteriosklerose i hjernens arterier.

2.2.2 Karakteristiske symptomer og funksjonsendringer

De klassiske symptomene på hjerneslag er halvsidige lammelser og eventuelt afasi. Andre symptomer er svelgparese, urinkontinens, balanseproblemer og dysartri (talevansker). Hjerneskadene kan også føre til kognitive utfall som neglekt (manglende oppmerksomhet for den lamme siden tross normal sensorisk funksjon), apraksi (forstyrrelse i evnen til å utføre viljestyrte bevegelser tross normal funksjon), rom- og retningsforstyrrelser og anosognosi (nedsatt forståelse for og bevissthet om symptomer). Emosjonelle symptomer som depresjon,

angst og generell tretthet kan også være svært hyppige plager til denne pasientgruppen. Hvilke symptomer pasienten har, avhenger av hvor i hjernen skaden oppstår (Kirkevold, 2008).

2.2.3 Behandlingsprinsipper

Hjerneslag forandrer livet til de rammede. Støtte og samarbeid med slagteamet, familie, venner og slektninger er avgjørende for rehabiliteringsprosessen (Ketterer, 2009). Det er blitt opprettet egne slagenheter ved de fleste større sykehus. En slagenhet er en enhet med spesialopplært personale, hvor slagpasientene samles og behandling- og rehabiliteringstiltak samordnes og systematiseres (Wergeland, Ryen & Olsen, 2001). Moderne slagbehandling understreker akutt håndtering, utredning og behandling, spesialisert rehabilitering, samt sekundærprofylaktiske tiltak. Tidlig rehabilitering er avgjørende; den må omfatte en kartlegging av motoriske, sensoriske og kognitive utfall, samt et systematisk gjenopptreningsprogram for å fremme nåværende funksjoner (Kirkevold, 2008). Ifølge Jacobsen mfl., (2006) krever dette stor innsats både fra pasienten selv, de pårørende og involvert helsepersonell.

2.3 Afasi

Å få afasi vil ikke si at man har mistet språket sitt, men at man ikke lenger har like god tilgang til språket (Hoff, 2011). Afasi (fra gresk *phasis* = tale) er en språkdefekt som skyldes skade i hjernens språkområde (Wergeland mfl, 2001). Den venstre hjernehalvdelen bearbejder språklige inntrykk. Skade i språkområdet medfører at taleevnen svikter helt eller delvis. Ifølge Laake (2003) kan afasi ved hjerneslag vise betydelig spontan bedring de første 3-4 ukene. Et problem kan være at en er lite flinke til å avdekke lettere tilfeller av afasi.

Ifølge Wergeland mfl. (2001) finnes det tre ulike former for afasi; motorisk-, sensorisk- og total afasi. *Motorisk afasi* er det samme som ekspressiv afasi, altså en vet hva en skal si, men har problemer med å finne og uttale ordene. Talen er oppstykket av pauser, og en kan blande bokstaver eller forvanske ordene. Pasientene trenger lang tid og strever med å få sagt noe, og det som sies, kan likevel være vanskelig å forstå. *Sensorisk afasi* er det samme som impressiv afasi, altså dårlig språkforståelse. Pasientene kan produsere en flytende talestrøm, men talen mangler meningsflyt innhold. Forståelsen av språket er svekket, noe som viser at de har problemer med å svare på konkrete spørsmål, eller utføre noe han blir bedt om. *Total afasi* kombinerer skade av der fremre og det bakre språkområdet, noe som gjør at både uttrykksevnen og språkforståelsen er nedsatt.

Karakteristisk for vanskene er redusert eller begrenset tilgang til språket, som kan påvirke forståelse eller produksjon av språklig innhold, mening, form, struktur, bruk eller funksjon (Hoff, 2011). Pasienten har som regel en kombinasjon av de ulike formene for afasi. I tillegg har mange afasirammede problemer med å lese og skrive. Det er derfor nødvendig å teste pasienten for å få kartlagt hvilke problemer vedkommende har. Dette bør gjøres av logoped eller en annen kvalifisert person når pasientens tilstand har stabilisert seg, men det er utviklet enkle språktester som pleiepersonalet kan bruke for å kartlegge pasientens språkfunksjon allerede i akuttstadiet (Wergeland mfl., 2001). De fleste afasirammede vil oppleve en spontan bedringsfase i de første månedene etter hjerneslaget. Denne fasen regnes og nå et platå etter seks til tolv måneder (Hoff, 2011).

2.3.1 Konsekvenser for pasienten

Språkvansken kan sees på som en funksjonshemming, ettersom det å kunne kommunisere både ved å sende og motta budskap, er en viktig menneskelig egenskap. Å få afasi kan derfor påvirke opplevelsen av seg selv, sosiale relasjoner og muligheter for deltakelse i aktiviteter (Hoff, 2011). Det kan oppleves verre å tape evnen til å kommunisere med omverdenen, enn det å bli lammet. Noen reagerer med likegyldighet, andre med angst, eller aggresjon. Det er viktig at en skaper trygge omgivelser, slik at vedkommende ikke bruker energien på angst og frustrasjonen men på gjenopptreningen (Wergeland mfl., 2001). Fast personell kan gi en trygghet (Wergeland mfl., 2001) (Jones mfl., 2007).

Mange afasirammede opplever seg selv som mindreverdige og syntes det er pinlig å være sammen med andre, og det er slitsomt og føre en samtale. Selv om pasienten ikke isolerer seg med vilje, kan en derfor lett bli sosialt isolert. Mange må leve med en svekket evne til å kommunisere resten av livet, selv om språkfunksjonen kan bedres. Det er ikke enkelt å kommunisere med mennesker en ikke kjenner. Afasirammede har vanligvis liten mulighet til å ta kontakt med sine nærmeste. Det er viktig med tanke på hjemreisen at kontakten med familie og venner blir opprettholdt. En kan unngå misforståelser eller at afasirammede blir behandlet som mentalt redusert, ved at man forteller medpasienter om hvorfor han ikke svarer om han tillater det. Den første tiden etter slaget vil det for mange skje en stadig bedring av språkfunksjonen, men mange må leve med et svekket språk for resten av livet (Wergeland mfl., 2001).

2.3.2 Informasjon og språktrening

Yrkesetiske retningslinjer sier at en skal fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Pasientrettighetsloven gir også pasientene rett til å medvirke gjennomføringen av helsehjelpen, og jfr. § 3-2 skal pasienten ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjon, undervisning og veiledning er viktige midler i utvikling av pasientens kompetanse og empowerment. Empowerment kan kort beskrives som en prosess som sikter mot økt kontroll over det som påvirker egen helse og medvirkning. Undervisning og veiledning muliggjør autonomi og medvirkning for pasient og pårørende. Pasientmedvirkning i behandling og sykepleie kan være helsefremmende (Tveiten, 2008). Både den afasirammede og hans nærmeste har behov for å få informasjon om afasien. De må få vite hva som har skjedd, hvorfor vedkommende ikke kan snakke, hvilke tilbud det finnes for gjenopptrening, hvilke prøver og undersøkelser pasienten skal igjennom og resultatene av disse. Informasjonen bør gjentas og en bør ta initiativ til å formidle informasjonen (Wergeland mfl., 2001).

For noen kan talevanskene være midlertidige og forbedre seg rett etter slaget, mens for andre kan talevanskene være vedvarende. Språkterapi kan hjelpe de afasirammede til å gjenopprette språkbruket eller hjelpe de til å lære nye måter å kommunisere på (Ketterer, 2009).

Logopeden tar seg av språktreningen, men pasientene trenger språklig stimulering også resten av døgnet. En dagbok kan være utgangspunkt for kontakt mellom pasienten, pårørende og ulike faggrupper (Wergeland mfl., 2001) (Hilari & Byng, 2006).

Språkstimuleringen kan komme i gang de første ukene etter hjerneslaget. Rolige og trygge omgivelser, god tid og tålmodighet, en forutsetning for at en samtale skal bli meningsfull (Wergeland mfl., 2001). Det er viktig å ta seg tid til å lytte, ikke avbryte- eller fullfør settinger. Bare vent, lytt og oppmuntre. Tålmodighet, aktiv lytting og motivasjon når en lykkes, bør være grunnleggende holdninger for helsetjenesten (Liechty & Buchholz, 2006). Samtalen er viktig ettersom den skaper kontakt, gir støtte, informerer, oppmuntrer og kan være et ledd i forhold til krisearbeidet (Larsson & Rundgren, 2010). Tid og oppmuntring er faktorer pasienten trenger for å våge å snakke. Når en snakker med mennesker som er rammet av afasi, bør en konsentrere seg om her- og nå- situasjonen. Blader, aviser og TV kan være vanskelig for pasienten å lese og oppfatte i begynnelsen, og det kan komme som ett sjokk. Det er viktig å observere hva pasienten oppfatter, og ha et nært samarbeid med de pårørende. En

må også informere pasientens pårørende om faren for isolasjon, og at pasienten trenger støtte og kontakt selv om han kan være avvisende (Wergeland mfl., 2001).

2.4 Emosjonelle reaksjoner i et kriseperspektiv

Depresjon er vanlig emosjonell utfall etter hjerneslag (Laska, Mårtensson, Kahn, Arbin & Murray, 2007) (Turner- Stokes & Hassan, 2001) (Thomas & Lincoln, 2006) (Franzén- Dahlin mfl., 2007) (Quaranta, Marra & Gainotti, 2008) (Van De Port, Kwakkel, Bruin & Lindeman, 2007). Depresjonen vil ofte være åpenbar for personalet i slagenheten. Depresjon forekommer hos 10-15 % hos pasientene i akutfasen, og hos opp mot 30-40 % senere i forløpet. Angst er til stede hos ca. 30 %. Både angst og depresjon virker inn på livskvaliteten hos pasientene og pårørende (Fure, 2008). Det antas at mellom 25 – 79 % av hjerneslag pasienter lider av PSD. Det sies også at depresjon har negativ effekt på livskvaliteten. Det er verdenskjent at tidlig gjenkjenning og aktiv engasjement for PSD er nødvendig (Thomas & Lincoln, 2006) (Van De Port mfl., 2007). Det er bevis på at antidepressiv behandling kan være effektiv på emosjonell- og funksjonell fremgang, noe som kan være avgjørende for helsetilstanden (Quaranta mfl., 2008).

Språk er en viktig menneskelig egenskap for å kunne kommunisere, og ha et felleskap med andre (Hoff, 2011). En kan vise emosjonelle reaksjoner som er overdrevet eller upassende, og som omfatter utbrudd av sinne, stønn, latter eller gråt ukontrollerbart for liten- eller ingen grunn. En føler tristhet for endringene som har hendt i livet (Ketterer, 2009). Forandringene skyldes dels hjerneskaden, og dels er de en reaksjon på det som har hendt. Mange pasienter viser stor tretthet, spesielt når de skal lese eller snakke. Evnen til initiativ kan være nedsatt og kortidsminnet påvirket. Økt irritabilitet er vanlig, og forekommer ofte sammen med interesse mangler og depresjon. Aggressive utbrudd, frustrasjon eller oppgitthet er også vanlige emosjonelle følelser spesielt ved afasi (Wergeland mfl., 2001). Afasi kan sette begrensninger for aktiviteter, sosiale relasjonene og opplevelsen av seg selv. Dette kan føre til utrygghet og depresjon, noe som kan skape usikkerhet og distanse til mennesker. På denne måten kan afasi medføre at man trekker seg unna sosiale situasjoner. Forskere har funnet ut at viktige komponenter for livskvalitet hos afasirammede, kan synes å være emosjonell helse og velvære (Hoff, 2011).

Rett etter hjerneslaget kan depresjonen ses som en sorgreaksjon eller en krisereaksjon, men det er også mulighet at forandringer sekundær til hjerneslaget i seg selv, spiller en stor rolle

(Larsson & Rundgren, 2010). Krisereaksjon regnes som naturlige følger av et hjerneslag (Hoff, 2011). Depresjon, lav selvfølelse, håpløshet og apati forverres. Diagnosen depresjon kan være vanskelig å diagnostisere, og behandling i et tidlig stadie er viktig. Depresjon ved hjerneslag er underbehandlet (Larsson & Rundgren, 2010).

Ifølge Eknes (2006) kan hjerneslag gi økt risiko for depresjon, og bryte ut i forbindelse med vanskelige livssituasjoner. Dess større betydning den fysiske sykdommen har for hverdagslivet, desto større er risikoen for depresjon. Dette handler om at opplevelsen av å strekke til, være god nok, mestre livet og ikke være til byrde for andre, kan bli utfordret. Pasientens kognitive mestringsstil vil i alle tilfeller påvirke sårbarheten for å utvikle depresjon ved alvorlig sykdom. I engelsk litteratur omtales dette noen ganger som *poststroke depression* (PSD). Afasirammede er mer utsatt for å utvikle PSD enn om pasienten ikke har problemer med kommunikasjonen (Van De Port mfl., 2007) (Thomas & Lincoln, 2006) (Wergeland mfl., 2001). Når hjerneslaget har rammet i venstre hjernehalvdel, øker risikoen for depresjon. Årsaken er sannsynlig en blanding av organiske forhold ved hjerneskadene som oppstår, og tapsopplevelser og andre psykososiale forhold. Den utvikles gjerne over tid, og har særlig høy forekomst 6-24 måneder etter hjerneslaget. I enkelte tilfeller kan depresjonen strekke seg over flere år, men er sjelden kronisk. Hos flertallet av den som utvikler hjerneslag og etterfølgende depresjon, har depresjonen gått over ett til to år etter at de ble rammet av slaget. Ifølge Wergeland mfl. (2001) må en være oppmerksom på at depresjon også kan komme etter at pasienten er kommet hjem. De som følger opp pasienten må få informasjon om dette i en nettverksamtale.

Hjelpsløshet og fortvilelse kan være skadelig for rehabiliteringen, personlig tro på fremgang kan være avgjørende (Jones mfl., 2008). Ifølge Wergeland mfl. (2001) befinner pasienten seg ofte i en situasjon der han er hjelpeløs og avhengig av andre. Mange pasienter vil oppleve at de må leve med sin funksjonshemming, noe som kan føre til depresjon. Den sosiale støtten fokuserer på at en er til stede om en trenger det. Informativ støtte som råd, veiledning, personlig tilbakemelding og andre tilbakemeldinger som kan gjøre situasjonen ”lettere”, er viktig. Emosjonell støtte som kjærlighet, respekt, sympati og gruppe tilhørighet er også viktige faktorer. En stor støtte er også kunnskaper om afasirammede, som kan være med på å forberede kommunikasjonen og rehabiliteringen (Nätterlund, 2010). Om en kjenner pasienten godt nok, kan en også bruke humor på en respektfull måte, noe som kan lette noe av nedstemtheten (Alvsvåg, 2010).

3.0 Hva er metode?

Ifølge Dalland (2007) definerer Tranøy metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være samme, gyldige eller holdbare. I mange sammenhenger der det er spørsmål om hva metode er blir Vilhelm Aubert sitert:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder (1985: 196) (sitert i Dalland, 2007, s. 83).

I følge Dalland (2007) forteller metoden noe om hvordan en bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve ny kunnskap. De kvantitative metodene tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som i sin tur gir oss muligheten til å foreta regneoperasjoner, som det å finne gjennomsnitt. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Både kvalitative og kvantitative metoder tar sikte på å bidra til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i.

3.1 Valg av metode

I denne oppgaven blir det brukt litteraturstudie som metode. Ifølge Fosberg og Wengstrøm (2008) er litteraturstudie en gjennomgang av andre sine studier med tanke på dypere studier innenfor et område, eller for å få frem kunnskap om et valgt tema/område. Fosberg og Wengstrøm (2008) viser til Mulrow og Oxmans definisjon på hva en systematisk litteraturstudie er; ”*En studie som har et klart formelert spørsmål som utgangspunkt og som besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning*” (sitert i Fosberg & Wengstrøm, 2008, s. 31).

3.2 Fordeler og ulemper med litteraturstudie

En fordel ved en litteraturstudie er at en kan samle store mengder data på kort tid for å tilegne seg og fordype seg innenfor kunnskaper som er relatert til problemstillingen. Når en kritisk vurderer og analyserer litteraturen kan det gi oss svar på om en intervensjon er bra eller dårlig, eller om det finnes bedre løsninger. En ulempe ved bruk av litteraturstudie er at det kan være vanskelig å få tak i primærkilden. I sekundærkilder må en stole på forfatterens forklaringer. Det er opp til forfatteren å velge ut relevant forskning. Et annet viktig punkt som kan være en svakhet er at de artiklene som brukes for å belyse samme problemstilling kan ha vært forsket på av flere forskere, som er kommet frem til ulike resultater (Fosberg & Wengstrøm, 2008).

3.3 Etiske overveielser

En bør gå igjennom etiske betraktninger når en arbeider med systematisk litteraturstudie. Juks og uærlighet skal ikke forekomme i forskningen ifølge vitenskapsrådet. Her menes det bevisst viktig fremstilling av forskningsprosessen igjennom fabrikasjon av data, tyveri og lignende. Videre skal studiene være godkjent av etisk komité (Fosberg & Wengstrøm, 2008). Som student må jeg være bevisst på å ha riktige kildehenvisninger.

3.4 Litteratur søk og valg av litteratur

For å finne svar på problemstillingen har jeg søkt i forskjellige databaser som Cinahl, ProQuest & Svemed+. Hovedsakelig har jeg søkt i Cinahl. Søkeordene som ble brukt er: stroke, aphasia, depression og nursing. Har kombinert de forskjellige søkeordene. Jeg avgrenset søket ved å legge til sykepleie, abstrakt, årstall fra 2001- 2011, fulltekst dokument og vitenskaplig tidskrift. De fleste artiklene jeg valgte å bruke fra Cinhal, fant jeg også i ProQuest. Fant artikler fra SveMed+. Valgte ut 9 hovedartikler, samt flere av de artiklene jeg fant i databasen for å belyse min problemstilling og finne svar på denne. Videre har jeg brukt pensumlitteratur, relevante bøker på biblioteket, helsebiblioteket og bibsys. Har også lest en artikkel fra en afasirammert, ”The Sound of Silence”, for å prøve å få et større innblikk.

I Cinhal kombinerte jeg søkeordene depression **and** stroke **and** aphasia = 79 resultater. Jeg avgrenset søket ved å krysse av full tekst, tidsbegrensning fra 2001- 2011 og abstrakt tekst = 17 resultater, hvorav 3 artikler kunne brukes samt en rapport. Jeg søkte også på aphasia **and** post depression, krysset av på full tekst, tidsbegrensning og abstrakt = 5 resultater. Søkte også på depression **and** aphasia **and** nursing med alle begrensningene = 2 resultat, der 1 var aktuell. Søkte videre på aphasia **and** stroke med alle begrensningene = 4 resultater, der 1 var aktuell. Fant ut at det var de samme gode artiklene som gikk igjen uansett hva en søkte på innenfor depression **and** aphasia.

I ProQuest kombinerte jeg søkeordene stroke **and** depression **and** aphasia. Ved denne søkekombinasjonen fikk jeg 3348 treff. Etter begrensningene som er beskrevet over, fant jeg 9 resultater, hvorav 1 treff var relevant for oppgaven.

I SveMed+ kombinerte jeg søkeordene depression **and** stroke, og hadde begrensningen full tekst og tidsbegrensning = 17. Hvorav 1 artikkel var aktuell for oppgaven, men den fant jeg også i Cinahl. Søkte også kun på afasi = 17 resultat, der 3 kunne brukes.

3.5 Kildekritikk

I oppgaven er det også brukt kildekritikk som metode. Kildekritikk er de metodene som brukes for å vurdere om en kilde er sann igjennom vurderinger og karakterisering. Hensikten med kildekritikk er å gi leseren en del i de refleksjonene en har gjort om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. En må med sekundærkilde, stole på den andre sin forklaring av informasjonen, men må ses på med et kritisk syn (Dalland, 2007). Jeg har brukt sjekklister for vurdering av forskningsartikler underveis, for og kvalitetssikre forskningsartikler jeg har funnet.

5.0 Presentasjon og drøfting av resultat

I lys av teori, funn og egne tolkninger vil det drøftes og gi svar på problemstillingen:

”Hvordan kan en forholde seg til hjerneslagpasienter som lider av afasi, samt de emosjonelle reaksjonene forbundet med dette?”

5.1 Håp

Håp går igjen i flere studier, og er ifølge Travelbee (2010) et overordnet mål. Et særtrekk ved depresjon er håpløsheten, og en kan peke på at de som er deprimerte mister håpet. Håpet kan fremme følelser av at ting kan bli bedre. Å ha tro på at en vil takle vanskelige situasjoner, kan også gjøre at en takler den nye tilværelsen bedre. Håpet er viktig for rehabiliteringen og kan øke funksjonsevnen i det akutte stadiet (Travelbee, 2010) (Nätterlund, 2010) (Jones mfl., 2008) (Gum mfl., 2006) (Pringle mfl., 2010). Dette styrker rollen fagfolk kan spille, ved å være flinke i å oppmuntre håp (Pringle mfl., 2010). Personlig tro på fremgang kan være avgjørende, da mange kan oppleve problemer med angst og depresjon (Jones mfl., 2008).

Følelsen av håpløshet er særlig til stede de første dagene, fordi en ikke kan gjøre de tingene en har lyst og tenker på å gjøre. Avhengighet av andre mennesker, følelsen av tap av kontroll, bekymringer om tap av roller kan ofte være vanskelige temaer for afasirammede. Til tross for følelsen av håpløshet til tider, kan noen av disse erfaringene fungere som en drivkraft til å gjøre en innsats for å gjenoppleve og redusere følelsen av uavhengighet. Hjelpsløshet knyttet til vanskeligheter med å kommunisere, kan gi en følelse av at avhengighet. *”Selv om jeg ikke kunne snakke, visste jeg hva jeg ville. Jeg var fremdeles en person, og ville bare at noen skulle forstå meg og gi meg noe å drikke”* (Jones mfl., 2008). Dette utsagnet gir oss en pekepinn på hvor vanskelig det kan føles og ikke bli forstått. Det er en klar sammenheng mellom håp og mestring. Følelsen av håp kan opprettholde en selv igjennom en vanskelig periode. Optimisme for de målene en setter seg, kan holde pasienten oppe og være støttende i

rehabiliteringen. Noen afasirammede opplevde frykt og angst, men også optimismen de hadde for å kontrollere og mestre oppgaver i fremtiden. Håp og selvsikkerhet av mestrings situasjoner, er noe som fremmer håpet om forbedring (Jones mfl., 2008). Håpefull tankegang kan resultere i lavere depressive symptomer, og er relatert til bedre mestring og emosjonell funksjon. En har større kjangs for å oppnå målene om en har håp (Gum mfl., 2006).

Noen pasienter følte det var en tendens til at fagfolk overså betydningen av individuelle behov i forhold til rehabiliteringen. De mente at de hadde fått lite oppmuntring for å finne løsninger og identifisere måter å tilpasse seg livet etter hjerneslaget, og følte en skuffelse etter utskrivning fra slagenheten. Selv om det finnes studier som tyder på fortvilelse og skuffelse etter utskrivning, er det også studier som innebærer positive handlinger som mestringsstrategier etter hjerneslaget for å tilpasse seg det nye livet (Jones mfl, 2008). Mestringsstrategier er vanlig for afasirammede, og kan sees på å være en strategi som kan hjelpe og opprettholde håpet. Det å formidle håpefull tenkning, istedenfor håpløshets tenkning, kan være en emosjonell mestringsstrategi (Nätterlund, 2008) (Pringle mfl., 2006) (Gum mfl., 2006) (Franzén- Dahlin, 2007) (Thomas & Lincoln, 2006).

Det å skape tilknytning og prøve å formidle at en forstår og at pasienten ikke er alene om dette, er ingen enkel oppgave. En kan bidra til mestring på flere måter, både ved å være den praktiske hjelper, ved å lytte og gi psykologisk og eksistensiell støtte. Når en eventuell sjokkfase er over og man mestrer situasjonen noe bedre, kan også vanskelige følelser falle mer til ro. Troen på at en selv kan mestre både de følelsesmessige og de praktiske sidene ved situasjonen bli styrket, og med det også håpet om at noe bedre vil kunne vokse frem (Eide & Eide, 2004). Dette nevnes også som en ser, på grunnleggende kunnskaper. To studier drar også inn dette med mestring, og mestringsstrategier for å kunne mestre sykdommen (Franzén- Dahlin mfl., 2007) (Thomas & Lincoln, 2006). Følelsen av mangel på kontroll og depresjon har en sammenheng. Det er sannsynligvis at mangel på kontroll kan bli knyttet til mestringsstrategier som pasienten benytter (Thomas & Lincoln, 2006).

Litteratur viser at mestringsstrategier, sosial støtte og positive tanker virker forebyggende på PDS. Det å trekke seg tilbake, kan være en form for mestringsstrategi, man unngår situasjoner man ikke har ressurser for å mestre. Dette er det viktig at helsepersonell er observant på tidlig i akutt stadiet (Hoff, 2007). Hvordan kan vi bruke ressursene pasienten har på en måte som fremmer håp? Kanskje håpet er så "lavt" at en ikke har tro på at en kan mestre den nye tilværelsen. Håp og mestring har en klar sammenheng. Det er viktig at en fremmer håpet

ovenfor pasienten, gi støtte og omsorg i en vanskelig situasjon. Vise at en er tilstede å bryr seg.

Håpefull tankegang er relevant for å forstå afasipasienter, på grunn av viktigheten av mål i forhold til rehabiliteringen. Funksjonsnedsettelsen kan blokkere meningsfulle mål, noe som igjen påvirker de emosjonelle faktorene. Pasienter som håper kan være mindre nedstemte, og oppnå flere mål, og et bedre samarbeid i livet (Gum mfl., 2006). Derfor er det viktig å opprettholde håpet til den afasirammede, selv om det kan støte på utfordringer i den akutte fasen da håpet kanskje ikke ser så lyst ut. Men, det er like viktig å motivere pasienten og ha gode samtaler som fremmer håp. Håp blir definert i en slaggruppe, som en aktiv og kontinuerlig prosess med sterkt oppnåelse av egne mål (Jones mfl., 2008). Derfor er det viktig med et menneske- til menneske forhold som kan oppleves lindrende for pasientene. Det å se pasienten, og synliggjøre dette engasjementet slik at det blir klart for pasienten at en betraktes som et verdig og likestilt medmenneske. Det lille ekstra, kan bekrefte gode intensjoner for pasienten og at en virkelig ønsker å hjelpe pasienten til å oppleve håp.

Behovet for et medmenneske er vesentlig for at den lidende skal finne håp (Helsedirektoratet, 2010). Medmenneske sin innsats for den lidende kan være livreddende for menneskets emosjonelle og eksistensielle kamp med sitt indre. Følelsen av håp og optimisme for de målene en setter seg, kan holde en oppe i vanskelige situasjoner. Trygghet og tillit viser seg å være en viktig faktor. Det å få bekreftelser for gjenvinninger pasientene gjør på slagenheten, er viktig. Det er også viktig at terapeutene er ærlige i forhold til fremtidsutsikter. Den viktigste faktoren var å bli bedre, og lære seg de nye utfordringene. Å ha terapeuter som er optimistiske syntes å fremme en følelse av håp og tillit. Optimisme og håp kan hjelpe afasirammede med utfordringene etter hjerneslaget (Jones mfl., 2008).

5.2 Emosjonell støtte

Emosjonell støtte som kjærlighet, respekt, sympati og gruppe tilhørighet er viktige faktorer i en vanskelig situasjon (Nätterlund, 2010). Optimisme har en sammenheng med det å komme seg raskere etter hjerneslaget, og anses å være viktig når en møter vanskelige situasjoner. Optimisme er et viktig hensyn for omsorg i de første ukene etter hjerneslaget, der situasjonen er ”Alarmerende, redd og ute av kontroll” (Jones mfl., 2008). Gleden stemmer livet på en positiv måte. Vi vet hvordan et smil, en oppmuntring og et godt ord virker positivt. Livsmot og livslyst hører gleden til; disse kan skapes i møte med helsevesenet, eller ødelegges (Alvsvåg, 2010). Derfor er det viktig at en viser optimisme og håp når en gir emosjonell

støtte. Støtte er viktig når en skal forholde seg til de afasirammede (Nätterlund, 2010) (Franzén- Dahlin mfl., 2007) (Thomas & Lincoln, 2006) (Van der Gaag, Smith, Davis, Moss, Cornelius, Laing & Mowles, 2005). Med emosjonell støtte menes støtten fra helsepersonell, familie og venner.

Afasirammede på sykehuset ønsket å bli fulgt opp av det samme personalet i løpet av innleggelsen (Nätterlund, 2010). Noe som fører til trygghet (Wergeland mfl., 2001) (Jones mfl., 2008). Her er kontinuitet ved avdelingene en viktig faktor. De afasirammede forteller videre at det var viktig at personalet kom i kontakt med de hver dag (Nätterlund, 2010). Noe som igjen viser at man bryr seg. Studentene har mer tid til hver enkelt pasient, og kan utvilsomt gjøre den lille forskjellen.

Tett samarbeid med familien er viktig. Pårørende er viktige støttespillere for pasienten (Gaag mfl., 2005) (Franzén- Dahlin mfl., 2007) (Wergeland mfl., 2001). Familie, venner og helsepersonell kan gi viktig emosjonell støtte (Ketterer, 2009). Pårørende er en stor ressurs, da en kan tilegne seg viktig informasjon om pasienten. Pasienten får ikke den gode støtten, om ikke familien vet hvordan de skal forholde seg (Arman & Rehnsfeldt, 2006). På en annen side, kan også familien føle frykt noe som kan påvirke støtten (Bjørø, Wego & Bredal, 2010). Jo mer kunnskap og emosjonell støtte familien får, jo tryggere blir en. En må være observant på at noen pasienter beskytter familien sin mot lidelsen, noe som kan gjøre at følelsene ikke blir bearbeidet (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Dette er faktorer som det er viktig helsepersonell forteller pårørende om, slik at ikke lidelsen blir gjemt bort, men bearbeides.

Manglede støtte fra helsepersonellet, kan vises ved informasjonssvikt. Informasjonen er en så viktig del i den akutte fasen at den har stor innvirkning på rehabiliteringen. Afasirammede fikk informasjon om diagnosen på sykehuset, men forstod ikke meningen av den. Noen afasirammede følte at de ikke hadde fått god nok informasjon på et tidlig stadiet av sykdommen, noe som resulterte i manglende støtte fra helsepersonellet. De ønsket mer støtte spesielt i forhold til kommunikasjonstrening, selv om de hadde fått støtte fra logopeder (Nätterlund, 2010). Det er viktig at en forsikrer seg om at den informasjonen som gis, blir forstått.

Afasiforbundet kan være til stor hjelp. Det å bli sett og møtt av noen som ser bak fasaden, kan være godt. Å få sin lidelse bekreftet, innebærer også at den lidende får tillatelse for å lide og vise uttrykk for sin lidelse (Arman & Rehnsfeldt, 2006). En søker etter noe som kan fylle tomrommet, slik at livet får ett nytt meningsinnhold (Liechty & Buchholz, 2006).

Krisesituasjoner er vanlig i situasjoner der livet forandrer seg, noe som kan øke faren for isolasjon (Hoff, 2010). Det er viktig å kunne identifisere seg med andre, som relaterer seg til ens personlige kamp. Kommunikasjon er en av de mest kraftfulle gavene en blir gitt til som menneske. Selv om en sliter med hverdagen, må en finne en måte å leve med dette på (Liechty & Buchholz, 2006). Her kommer pårørende og helsepersonell inn som viktige støttespillere.

5.3 Tilnærming

Pårørende til de deprimerte afasirammede mente at tilnærmingen til helsepersonell var veldig viktig. Dette kan en også se i praksis, da første inntrykket kan være avgjørende. Er det en ”god tone” mellom pleier og pasient, kan det føre til at pasienten blir mer mottagelig for pleien. Hvordan en tilnærmer seg pasienten, kan dermed være avgjørende for rehabiliteringsprosessen (Franzén- Dahlin mfl., 2007). Det er klart bruk for en forståelse på hvordan helsepersonell kan, for det første, ta seg tid til å identifisere hver individuell pasient og deres personlige mål. For det andre, bør en forsikre seg om at disse målene kommer inn under en planlagt behandling. Dette vil forsikre progresjonen individuelt etter slaget, som støttes av profesjonelle fagfolk som har en mer individuell tilnærming (Jones mfl., 2008). Det er viktig og ikke gre alle afasirammede under en kam, men være observant på at alle pasientene har individuelle mål og forutsetninger på å finne en måte å leve med den nye livssituasjonen på. Det handler om å ta hensyn til mer enn en diagnose, for pasienten er alltid noe mer. Det er en pasient med historie, i en situasjon, i rom og tid; en person som hører til i en betydningsfull sammenheng. Alle personer vi møter er unike, aldri gjennomsnittmennesker (Alvsvåg, 2010).

Tålmodighet og god tid viktige faktorer for at en skal kunne forholde seg riktig til afasirammede (Wergeland mfl., 2001) (Helsedirektoratet, 2010) (Liechty & Buchholz, 2006) (Jones mfl., 2008) (Eide & Eide, 2004) (Pringle mfl., 2010). Vise at en lytter og ønsker å forstå. Det er plass til pauser, så tål stillhet (Helsedirektoratet, 2011). Evnen til å lytte aktivt, er kanskje den viktigste og mest grunnleggende ferdighet i kommunikasjonen (Eide & Eide, 2004). Artikkelen ”The Sound of Silence” støtter også i, at den mest kraftfulle formen for kommunikasjon kan være stillhet (Liechty & Buchholz, 2006). På en annen side, kan dette være vanskelig. En kan kjenne på følelsen av at man må si noe, for å være til hjelp. Men, det å være stille sammen med noen som lider kan være terapi i seg selv. Videre kan det være utfordrende å vise tålmodighet og lytte aktiv i en travel hverdag på slagenheten, uansett hvor

mye en ønsker å sette av tid. En kan kjenne på en følelse av at en ikke har nok tid til alle pasientene, det er som regel de pasientene man tror ser sykest ut en prioriterer. De afasirammede ønsket emosjonell støtte under innleggelsen, men personellet gav uttrykk for at de ikke hadde nok tid til å sette seg ned å snakke med dem: *"They just come, and they just go"* (Nätterlund, 2010). Tid er også makt. For pasienten kan tiden erfares som en langsam bekymring. Slik pasientens opplevelse av tid stående i kontrast til helsepersonellens travle hverdag. Det er viktig å respektere den andres tid (Alvsvåg, 2010).

Videre kommer det frem at aktiv lytting og non- verbal kommunikasjon er viktig (Liechty & Buchholz, 2006) (Sudin & Jansson, 2003) (Eide & Eide, 2004). Berøring kan bidra til å skape nærhet og er en form for en stille dialog (Sudin & Jansson, 2003). Det er viktig for afasirammede at helsepersonell viser at de bryr seg (Liechty & Buchholz, 2006). Og en kan gjennom berøring, vise at en bryr seg om pasientene. Blikkontakt er også viktig, det å se pasienten (Sudin & Jansson, 2003) (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Hvordan helsepersonell tilnærmer seg pasienten kan vise at en bryr seg, ser pasienten og at en ønsker å være til hjelp. Det å sette seg ned i samme høyde som pasienten, viser respekt. Grunnleggende holdninger er viktig skal en skape tillitsforhold. En kan vise en pasient verdighet ved måten en lytter og samtaler på. Det handler om å ta hensyn i den situasjonen en befinner seg i, og være undrende og engasjert (Alvsvåg, 2010). Respekt og anerkjennelse er viktig for alle mennesker, spesielt kanskje når en får en sykdom som gjør en sårbar. Når en er sårbar legger man kanskje bedre merke til hvordan helsepersonell tilnærmer seg, og viktigheten av dette. Det er ikke alltid minuttene som er avgjørende når en er inne hos en pasient, det er hvordan en bruker de minuttene i en travle hverdag som betyr noe.

5.4 Økte kunnskaper hos helsepersonell

En viktig ressurs for en slagenhet er et godt utdannet og motivert personal, som skaper håp for opptrening. Behandling i slagenhet reduserer dødelighet med 4 %, død eller alvorlig funksjonshemning med 4,7 % og død eller behov for institusjonalisering med 5,4 %. Sykehus uten slagenhet bør ikke behandle pasienter med akutt hjerneslag, fordi mulighetene for overlevelse og/eller funksjonsbedring er klart svekket. Det er også viktig at kvaliteten på slagenhetene er tilfredsstillende. All personell i slagenheten bør tilbys spesialopplæring om slag, og slagenhetsbehandling (Helsedirektoratet, 2011).

En forbedret forståelse av det å leve med afasi, er viktig for alle i helsevesenet (Jones mfl., 2008). Kunnskapsomfanget hos helsepersonell viser seg å være for lite. Et gjennomgående

tema i meste parten av litteraturen om hjerneslag og afasi, er manglende kunnskap hos helsepersonell (Thomas & Lincoln, 2006) (Laska mfl., 2007) (Nätterlund, 2010) (Pringle mfl., 2010) (Jones mfl., 2008). Dette gjelder ikke bare kunnskaper om de rent medikamentelle og selve sykdommen, men det gjelder også å kunne se og kjenne igjen et lidende ansikt. Økte kunnskaper om afasi og de emosjonelle faktorene forbundet med dette, er nødvendig for at en som helsepersonell kan vite hvordan en skal forholde seg (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Kunnskaper kan også føre til at en fanger opp tegn på depresjon ved et tidlig stadie, slik at den ikke utvikler seg og blir vanskeligere å behandle.

Depresjon er ansett for å være den største konsekvensen av et hjerneslag (Thomas & Lincoln, 2006). Depresjon hos pasienter blir ofte ikke fanget opp, og pasienten får ikke den nødvendige behandlingen en har rett på (Helsedirektoratet, 2010) (Thomas & Lincoln, 2006) (Larsson & Rundgren, 2010). Det blir brukt SADQS (Stroke Aphasia Depression Questionnaire Scale) for å fange opp afasi og depresjon på et tidlig stadie, men den er ikke fullt utviklet enda. Kunnskaper om SADQS, kan fange opp flere pasienter med post- stroke depresjon, og kunne vært en stor ressurs for slagenheten (Laska mfl., 2007).

Afasirammede viser ofte emosjonelle følelser som aggresjon og sinne (Wergeland mfl., 2001). Dette kan gjøre det vanskeligere og oppnå forståelse og kontakt, og helsepersonell kan på grunnlag av manglende kunnskaper, trekke seg bort fra pasienten. Kanskje det er av frykt? (Liechty & Buchholz, 2006). Kommer denne frykten av manglende kunnskaper? Kan for lite kunnskaper kan føre til frykt for å si noe en ikke burde si, noe som kan føre til at en ikke sier noe i det hele tatt (Hilary & Byng, 2009). Afasirammede kan bli sinte ganske enkelt fordi de har mistet sin uavhengighet, og til tider føles det som om ingen bryr seg (Liechty & Buchholz, 2006). Det er viktig at helsepersonell har økte kunnskaper om afasi, dermed kan en bedre sette seg inn i hvordan pasienten har det, og evt. fange opp en depresjon på et tidlig stadie. Kunnskaper er nøkkelordet innen helsesektoren. Det å kunne holde seg oppdatert igjennom hele arbeidslivet, anses å være en viktig faktor skal man yte god sykepleie.

6.0 Avsluttning

Denne litteraturstudien tar utgangspunkt i hvordan en kan forholde seg til afasirammede og de emosjonelle faktorene forbundet med dette. Forskning og annen litteratur viser at tålmodighet og god tid, aktiv lytting, stille- dialog, håp, trygghet og tillit er viktige faktorer. Kunnskaper innenfor afasi er også sentralt og viktig, med tanke på rehabiliteringen samt det å se og fange

opp et lidende ansikt. Funn viser at det er høy forekomst av afasi og depresjon. Er en deprimert, mister man som regel håpet, noe som igjen har en negativ effekt på rehabiliteringen. En må dermed i en tidlig fase behandle en eventuell depresjon, slik at pasienten blir mottagelig for rehabiliteringen. Antidepressiv behandling viser seg å være effektiv.

Hektiske hverdager for helsepersonell, kan virke inn på den tiden man har sammen med hver enkelt pasient. Det er ikke alltid minuttene man er der som er avgjørende, men hvordan man bruker disse minuttene. Tilnærmingen til helsepersonell viser seg å være en viktig faktor i forhold til tillitsforholdet. Det å ha en menneske- til menneske- forhold vil blant annet si, å vise at man bryr seg og er ærlig ovenfor pasienten.

Referanseliste

- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdane som lindrar lidande- etikk i vårdandet*. Stockholm: Liber.
- Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen- om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribe AS
- Bjørø, K., Wego, E., Bredal, I, S. (Red.). (2010). *Det sårbare mennesket*. Stavanger: Hertevig forlag.
- Brinchmann, B.S. (Red.). (2005). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2004). *Kommunikasjon praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani- forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Fosberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematisk litteraturstudier*. Stockholm: Författerna och Bokforlaget Natur och Kultur.
- Franzén- Dahlin, Å. F., Laska, A.C., Larson, J., Wredling, R., Billing, E. & Murray, V. (2007). Predictors of life situation among significant others of depressed or aphasic stroke patients. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02216.x
- Fure, B. (2008). *Kognitive og emosjonelle utfall etter hjerneslag*. [Elektronisk versjon]. Demens & Alderspsykiatri, vol 12- nr. 4.
- Gum, A., Snyder, C. R. & Duncan, W. (2006). Hopeful thinking, participation, and depressive symptoms three months after stroke. *Psychology and Health*, 21 (3): 319-334. doi: 10.1080/14768320500422907
- Jacobsen, D., Kjeldsen, E, S., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K. (2001). *Sykdomslære- Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jones, F., Mandy, A. & Partridge, C. (2008). Reasons for recovery after stroke: A perspective based on personal experience. *Disability and Rehabilitation*, 30(7): 507-516. doi: 10.1080/09638280701355561

- Ketterer, E. (2009). *Caring for stroke survivors*. [Elektronisk versjon]. Nursing Update: September. Hentet fra Cinhal.
- Kirkevold, M. (2008). *Hjerneslag I*: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Randhoff, A.H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Stockholm: Författarna och Studentlitteratur AB, Lund.
- Liechty, A.J. & Buchholz, J. (2006). The Sound Of Silence- Relating To People With Aphasia. [Elektronisk versjon]. *Journal of psychosocial nursing*, vol. 44(8).
- Laska, A.C., Mårtensson, B., Khan, T., Arbin, M. & Murray, V. (2007). Recognition of Depression in Aphasic Stroke Patients. *Cerebrovasc Dis*, 24: 74-79. doi: 10.1159/000103119
- Laake, K. (2003). *Geriatrici i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2011). *Behandling i slagenheter*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/akuttfasen/behandling%2bi%2bslagenheter>
- Helsedirektoratet. (2011). *Enkle råd når livet er vanskelig*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/enkle-rad-nar-livet-er-vanskelig/Publikasjoner/enkle-rad-nar-livet-er-vanskelig.pdf>
- Helsedirektoratet.(2011). *Organisering, struktur og bemanning i slagenheter*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/vedlegg/organisering%2bslagenheter>
- Helsedirektoratet. (2010). Veiviser i møte med helsepersonell. *Informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon*. [Hefte]. Oslo: Helsedirektoratet
- Hilari, K. & Byng, S. (2009). Health- related quality of life in people with severe aphasia. *INT.J. LANGF. COMM.. DIS.*, vol. 44 (2), 193-205. doi: 10.1080/13682820802008820

- Hoff, M. (2011). *Det betyr ikke at jeg har blitt ett nytt menneske- en kvalitativ studie av yngre afasirammedes opplevelse av livskvalitet*. Hentet fra:
http://ask.bibsys.no/ask/action/show?pid=1144894_40&kid=biblio
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2011). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 16.01.12 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nätterlund, S. B. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17: 177-129. doi: 10.3109/11038120902814416
- Nätterlund, S.B. (2010). Being a close relative of a person with aphasia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17: 18-28. doi: 10.3109/11038120902833218
- Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 7. juli 1999 nr. 63*. Hentet 26. januar 2012 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html#3-2>
- Pringle, J., Hendry, C., McLafferty, E. & Drummond J. (2010). Stroke survivors with aphasia: personal experiences of coming home. *British Journal of Community Nursing*, 15(5)
- Quaranta, D., Marra, C. & Gainotto, G. (2008). Mood Disorders after Stroke: Diagnostic Validation of the Poststroke Depression Rating Scale. *Cerebrovasc Dis*, 26: 237-243. doi: 10.1159/000147450
- Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E. & Bjålie, J.G. (2006). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sudin, K. & Jansson, L. (2003). Understanding and being understood- as a creative phenomenon in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of clinical nursing*, 12(1): 107-116.
- Thomas, S.A. & Lincoln, N, B. (2006). Factors relating to depression after stroke. *British Journal of Clinical Psychology*, 45: 49-61. Doi: 10.1348/014466505X34183

- Turner- Stokes, L. & Hassan, N. (2002). Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnoses, frequency and impact. *Clinical Rehabilitation*, 16: 231- 247. doi: 10.1191/0269215502cr487oa
- Travelbee. J. (2010). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleije*. Oversat av Anne Elsebeth Overgaard & Anne Scou. Danmark: Munksgaard
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Van De Gaag, A., Smith, L., Davis, S., Moss, B., Cornelius, V., Laing, S. & Mowles, C. (2005). Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six- month follow- up study. *Clinical Rehabilitation*, 19: 372-380. doi: 10.119/0269215505cr785oa
- Van De Port. I. G. L., Kwakkel, G., Bruin, M. & Lindeman, E. (2007). Determinants of depression in chronic stroke: A prospective cohort study. *Disability and Rehabilitation*, 29(5): 353-358. doi: 10.1080/09638280600787047
- Wergeland, A., Ryen, S. & Olsen, G.T. (2001). *Sykepleie til pasienter med hjerneslag I*: Almås, H. (Red.). (2001). *Klinisk sykepleie: Bind 2*. Oslo: Gyldendal akademisk.