



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	16-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	24-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 462

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 10508

**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:** 95

**Andre medlemmer i gruppen:** 461

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven 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



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

**Afasi: Sykepleiers rolle i forebygging av depresjon**

Aphasia: Nurses role in preventing depression

**Kandidatnummer: 461 og 462**

Sjuepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

24.05.2019

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, § 10.*

## **Abstract**

**Title:** Aphasia: Nurses role in preventing depression

**Background:** Stroke is one of the common causes of death in Norway. A consequence of a stroke can be aphasia, which affects the language center in the brain and gives communications difficulties. Different experiences in practice indicated that this patient group was challenging to help because of the communication difficulties. This could lead to isolation from social environments and depression.

**Problem to approach:** How can nurses prevent depression in patients with aphasia as a result of stroke?

**Methods:** A literature study was conducted. Search terms as “communication” “aphasia” and “depression” were the main terms in the search process. To find some systematic reviews we used databases as Cochrane Library and Epistemonikos. We also searched for systematic reviews in databases as MEDLINE, CINAHL, EMBASE, PsychInfo and Pubmed. In addition to systematic reviews we searched for single studies in the same databases, except from Cochrane Library and Epistemonikos. Three systematics reviews and one single study were included, together four articles.

**Results:** Different themes as support network, accept their new life and create a good and safe atmosphere for patients with aphasia was necessary measures to help to prevent depression. Early start of rehabilitation was also suggested as a measure to prevent depression. Every article mentioned the need of more research among this patient group because the research did not give any significant results.

**Summary:** Patients that gets aphasia after stroke have more possibility to get depressed than the patients that not get aphasia. Nurses have an important role to help patients with aphasia to accept their new life, communicate with them in a way to make them feel they master to communicate. It is also important to help the patients to maintain their social networks and redistribute the knowledge. Invite other health professions to give the patients comprehensive care is also important to prevent depression.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Introduksjon .....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling .....	2
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>2</b>
2.1 Kari Martinsen.....	2
2.2 Hjerneslag.....	3
2.3 Afasi .....	4
2.4 Kommunikasjon.....	6
2.5 Kommunikasjon med pasienter rammet av afasi .....	6
2.6 Depresjon.....	7
2.7 Aksept og mestring .....	7
2.8 Sykepleiers yrkesetiske retningslinjer .....	9
2.9 Individuell plan .....	9
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>10</b>
3.3 Metodekritikk .....	12
3.4 Kildekritikk.....	13
<b>4.0 Resultater</b> .....	<b>15</b>
4.1 Aksept og mestring .....	15
4.2 Depresjon.....	16
4.3 Kommunikasjon.....	18
4.4 Støttenettverk.....	19
4.5 Behov for mer forskning.....	20
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>21</b>
5.1 Aksept og mestring .....	21
5.2 Kommunikasjon.....	23
5.3 Støttenettverk.....	26
5.4 Tverrfaglig samarbeid .....	27
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>29</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>31</b>

<b>Vedlegg 1: PICO-SKJEMA.....</b>	<b>35</b>
<b>Vedlegg 2: Søkehistorikk .....</b>	<b>36</b>
<b>Vedlegg 3: Litteraturmatrise.....</b>	<b>40</b>

# 1.0 Innledning

## 1.1 Introduksjon

Forekomsten av hjerneslag har hatt en jevn økning de siste 20 årene. Ca. 60 000 mennesker i Norge lever med gjennomgått hjerneslag i dag, og det er ca. 12 000 nye tilfeller hvert år (Norsk Helseinformatikk, 2017). Hjerneslag er den tredje vanligste dødsårsaken i Norge, og den hyppigste årsaken til funksjonshemming som ikke er medfødt (Mathiesen, 2016). Vi blir stadig eldre og risikoen for å få hjerneslag øker med alderen. Forekomsten av hjerneslag vil derfor trolig øke i takt med dette (Bertelsen, 2016, s.318). En funksjonshemming man kan få etter et hjerneslag er kommunikasjonsvansker som skyldes språk og talevansker. Denne tilstanden kalles afasi, og hjerneslag er den vanligste årsaken (Qvenild, 2017). Ca. 25 prosent av befolkningen som lever med gjennomgått hjerneslag har afasi (Andreassen, 2013, s.552).

I denne oppgaven har vi fokus på hvordan vi som sykepleiere kan ivareta pasienter med afasi som følge av hjerneslag. Gjennom våre praksisperioder på sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleien observerte vi at de ansatte så ut til å ha lite kunnskap om hvordan man kommuniserer med pasienter med afasi. Dette fikk vi spesielt inntrykk av på sykehjemmet i første praksisperiode, der vi som studenter hadde fellesansvar for én beboer med afasi. Vi observerte at mange av de ansatte så ut til å ha lite fokus på å ta seg tid til å forstå og skape god relasjon til beboeren. Ved henvendelse fra beboer til ansatt var det få svar og tilbakemeldinger. De ansatte brukte sjeldent tid til å sette seg ned for å prøve å forstå hva beboer prøvde å uttrykke. Deres kroppsspråk og svar framsto for oss avvisende.

Det å miste evnen til å kommunisere med verbalt språk og ikke klare å uttrykke seg, så vi påvirket beboerens livskvalitet og psykisk helse. Vi observerte at dette utviklet seg til at beboeren ble agitert eller fremsto likegyldig til personalet når beboeren ikke ble forstått. Vi som studenter syntes dette var en vanskelig situasjon å være vitne til og lite verdig ovenfor beboeren. Erfaringene vi fikk gjennom våre observasjoner har blitt utgangspunktet for problemstillingen for denne bacheloroppgaven.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Oppgavens problemstilling er: Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge depresjon hos pasienter med afasi som følge av hjerneslag?

## **1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling**

I denne oppgaven vil fokuset være på hvordan man som sykepleier kan hindre depresjon hos mennesker med afasi etter hjerneslag. Afasi kan også komme med andre diagnoser, men i denne oppgaven er fokuset kun på pasienter som får afasi som følge av hjerneslag.

Kommunikasjon nevnes som en viktig faktor, men det vil også vektlegges andre faktorer som tid, mestring, aksept, støttenettverk og sykepleiers rolle i tverrfaglig samarbeid.

Problemstillingen begrenser seg ikke innenfor en viss aldersgruppe, men eksemplene som er hentet fra forskning omhandler i hovedsak pasienter i 40-årene og oppover. Ettersom afasi rammer språksenteret avgrenses oppgaven til hjerneslag i venstre hjernehalvdel. Det finnes ulike former for afasi, og fokuset i denne oppgaven er rettet mot pasienter med ekspressiv afasi. Likevel kan noen av tiltakene i oppgaven også være aktuelle for de andre formene av afasi.

Pasientgruppen som er valgt mot problemstillingen er pasienter i en rehabiliteringsfase og ikke i akutfasen. I tillegg er det ikke avgrenset til en bestemt helsetjeneste, da de diskuterte tiltakene i oppgaven er aktuelle uansett hvilket sted sykepleierne møter denne pasientgruppen.

## **2.0 Teori**

I teoridelen belyses Kari Martinsen sin sykepleieteori, samt teori om hjerneslag, afasi, kommunikasjon med pasienter rammet av afasi, depresjon, krisemestring, sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer og individuell plan. Teorien i denne delen har vi samlet inn fra pensumlitteraturen og støttelitteratur.

### **2.1 Kari Martinsen**

Kari Martinsen er en anerkjent norsk sykepleieteoretiker (Kirkevold, 1992, s. 131). Hun er blant annet kjent for sin omsorgsfilosofi. For Martinsen er omsorg en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv (Kirkevold, 1992, s. 132). Omsorgens fundamentale



betydning er knyttet til at mennesker er avhengige av hverandre, og at dette er det mest grunnleggende i menneskets tilværelse. På grunn av denne avhengigheten mener Martinsen at det å leve i isolasjon fra hverandre ikke er gunstig, fordi man blir avhengig av andre når sykdom, lidelse og funksjonshemming fremtrer. I følge Martinsen må omsorg være sykepleierens verdigrunnlag når pasienten blir avhengig av hjelp på grunn av pasientens situasjon og tilstand (Kirkevold, 1992, s. 132 ).

Martinsen sin teori bygger på å fremheve tre aspekter ved omsorg. Med det første aspektet mener hun at ”omsorg er et relasjonelt begrep som omfatter et nært, åpent forhold mellom to mennesker” (Kirkevold, 1992, s.132). Dette er basert på solidaritet, fellesskap og en form for gjensidighet. En slik grunnholdning er preget av at omsorgsyteren aksepterer den andre ut i fra dens situasjon. Det andre aspektet er at omsorg “omfatter utførelsen av konkrete situasjonsbetingede handlinger basert på en “forståelse” av hva som er til den andres beste”. I det tredje og siste aspektet skriver hun at “omsorg er et moralsk begrep knyttet til prinsippet om ansvaret for de svake” (Kirkevold, 1992, s. 132).

For å kunne handle omsorgsfullt er det viktig å kunne prøve å sette seg inn og ha forståelse for den andre sin situasjon. En sykepleier og en pasient kan opparbeide en felles forståelse gjennom at pleieren yter omsorg til pasienten i ulike situasjoner (Kirkevold, 1992, s.133). Sykepleieren kan også på bakgrunn av tidligere erfaring som for eksempel knyttet til smerte, ha en forståelse for hvordan en pasient med smerte har det. Dette viser at man vil få en bedre forståelse for den andre om man har felles erfaringer knyttet til en gitt situasjon. Martinsen sin omsorgsteori fokuserer derfor på sykepleierens tilnæringsmåte, og identifiserer ikke de ulike fenomenene sykepleieren skal forholde seg til (Kirkevold, 1992, s. 136).

## **2.2 Hjerneslag**

Hjerneslag betegnes som en plutselig skade på hjernevevet som følge av at blodtilførselen til et område av hjernen plutselig opphører, enten på grunn av hjerneinfarkt eller hjerneblødning (Bertelsen, 2016, s.318). Hjernevevet er svært sårbart for forandring i blodforsyningen og vil raskt nekrotisere av opphør av oksygen og glukosetilførsel. Når hjerneceller nekrotiserer i et område i hjernen vil funksjoner som er kontrollert av dette området gå tapt (Bertelsen, 2016, s.326). Et eksempel på dette er dersom venstre hjernehalvdel blir utsatt for hjerneslag, vil språkproduksjonen bli nedsatt eller tapt (Bertelsen, 2016, s.327).

85 prosent av hjerneslagene skyldes hjerneinfarkt (Bjerke, 2015). Årsaken er enten en trombose eller en emboli som har utviklet seg over tid som følge av arteriosklerose. Arteriosklerose kan utvikles som følge av risikofaktorer som høyt blodtrykk, diabetes, forhøyet kolesterol eller røyking. Åreveggen vil av aterosklerose gradvis bli mindre elastisk og få mindre evne til normale reguleringer, som fører til at blodåreveggen blir fortykket. Blodplater vil da klebe seg sammen og kan etterhvert resultere til at blodåren blokkeres (Bjerke, 2015).

Hjerneblødning forårsakes av ubehandlet høyt blodtrykk over tid eller bruk av blodfortynnende legemidler, som kan føre til at intracerebrale kar sprekker spontant. Denne type hjerneslag utgjør omtrent 15 prosent av tilfellene (Bertelsen, 2016, s.326). Prognosen avhenger av hvilken type hjerneslag pasienten får, hvor raskt pasienten får hjelp og hvor skaden er plassert. Hvor stor hjerneskadene er vil påvirke pasientens mulighet for gjenvinne språk- og kommunikasjonsferdigheter (Andreassen, 2013, s.554). I tillegg til språkvansker kan det oppstå tap av andre kroppsfunksjoner og man blir ofte avhengig av andres hjelp for å mestre hverdagen (Andreassen, 2013, s.564). Dersom man har blitt rammet av hjerneslag en gang er risikoen for et nytt hjerneslag større enn hos andre som ikke har hatt hjerneslag (Elling, Welhaven, Mathiesen, & Skar, 2014).

### **2.3 Afasi**

Afasi er en språkforstyrrelse som skyldes sykdom eller skade i hjernen, og kan oppstå som følge av et hjerneslag. Som regel er dette skade i venstre hjernehalvdel der språkområdet er lokalisert (Afasiforbundet i Norge, 2014). Det er to områder i den venstre hjernehalvdelen som blir rammet når pasienten utvikler afasi: et fremre språkområde og et bakre språkområdet. Skade i det fremre språkområdet hvor språket produseres gir ekspressiv afasi, mens skade i det bakre språkområdet hvor språket blir fortolket gir impressiv afasi (Andreassen, 2013, s.552).

Ekspressiv afasi har størst betydning for hvordan ordene blir formet ved uttale og hvordan pasienten finner ordene som vil uttrykkes (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind, & Qvenild, 2006, s.14). Ekspressiv afasi vil derfor ofte gi ikke-flytende talepreg, som vil si at pasienter med afasi har problemer med å finne ord og uttale, i tillegg til at taletempoet er

langsomt. Setningene kan bli korte, og pronomen blir ofte utelatt (Corneliussen et al., 2006, s.15). Ekspressiv afasi rammer språkproduksjonen, men disse pasientene kan også oppleve det vanskelig å forholde seg til store mengder informasjon og kan ha lese- og skrivevansker (Corneliussen et al., 2006, s.15).

Impressiv afasi vil ramme pasientens evne til å forstå hva som blir fortalt (Corneliussen et al., 2006, s.15). Denne formen for afasi vil for mottaker oppleves som fremmedtale fordi de har vanskeligheter med å oppfatte hva som blir sagt. Pasientens tale vil ha et tydelig flytende preg som vil si at ordene kommer som en flytende strøm, og mottaker vil ha store vanskeligheter med å oppfatte hva som blir uttrykt. Det er generelt lite innhold og mening i det som formidles. Ofte bruker pasienten med afasi småord eller gjentar starten på en setning. Noen vil også prate rundt det de prøver å formidle. Forveksling av ord som for eksempel ja og nei er også vanlig hos pasienter med impressiv afasi (Corneliussen et al., 2006, s.15). Pasienter med impressiv afasi er ofte ikke klar over sine egne talefeil, og det er derfor vanlig å se at denne pasientgruppen kan bli lett irritert og frustrert når mottaker ikke oppfatter hva pasienten prøver å uttrykke. De fleste har også vanskeligheter med lese- og skriveferdigheter (Corneliussen et al., 2006, s.15).

Skade som rammer begge språkområdene i hjernen, kalles global afasi (Andreassen, 2013, s. 552). Det innebærer at pasienten har store problemer med både å forstå og uttrykke seg. Eksempler på dette kan være at pasienten bruker banneord ufrivillig, repeterer de samme ordene og noen kan si ord og setninger uten mening. De fleste har god situasjonsforståelse og kan forstå enkel tale og dagligdagse gjøremål, men likevel kan lese- og skriveferdighetene være sterkt redusert (Corneliussen et al., 2006, s.16).

I mange tilfeller vil pasienter med afasi oppleve at språket bedres etter hjerneslaget, men ikke i alle tilfellene. Å oppnå best mulig språk- og kommunikasjonsferdigheter for pasienten med afasi vil være et overordnet mål for at de skal kunne delta i sosiale sammenhenger (Andreassen, 2013, s.554).

Corneliussen et. al. (2006, s.66) påpeker også at pasienter med afasi kan med sine kommunikasjonsvansker bli oppfattet som kognitivt redusert eller at de har nedsatte sosiale ferdigheter. Dette vil føre til at pasienten med afasi ikke får vist frem sin identitet, fordi den blir skjult bak språkvanskene.

## **2.4 Kommunikasjon**

Eide og Eide (2014, s.17) definerer kommunikasjon som: "Utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med" (Eide & Eide, 2014, s.17). Det må minst to parter til i et kommunikasjonsforhold, og disse partene står i gjensidig påvirknings- og utviklingsforhold til hverandre (Eide & Eide, 2014, s.17). Kommunikasjon består av en sender som gir et budskap og en mottaker som tar i mot og forstår budskapet (Corneliussen et al., 2006, s.23). Kommunikasjonen forutsetter også at mottakeren har et svar til sender. Svaret vil da fortelle sender om mottaker forstod budskapet. Igjen vil senderen gi en tilbakemelding på om han/hun godtar mottakerens forståelse av budskapet. Kommunikasjon kan derfor grunnleggende bli beskrevet i tre deler: budskap - svar – tilbakemelding (Corneliussen et al., 2006, s.23).

## **2.5 Kommunikasjon med pasienter rammet av afasi**

På lik linje med andre har pasienter med afasi behov for å bli snakket med, få delta i samtaler og bli inkludert i et fellesskap (Eide & Eide, 2014, s.386). Det er viktig å etablere god kontakt og bruke gode kommunikasjonsstrategier med pasienter med afasi (Eide & Eide, 2014, s.386). De blir ofte møtt med taushet, kanskje fordi den andre parten tror pasienten ikke forstår, at personen synes det er utfordrende å forholde seg til pasienten, eller at tiden blir en utfordring (Eide og Eide, 2014, s. 389). Å få god kommunikasjon med pasienten med afasi krever bred kunnskap om pasientens lidelse, evne til å leve seg inn i pasientens situasjon og at man behersker ulike kommunikasjonsstrategier (Eide og Eide, 2014, s. 384).

Når man kommuniserer med en pasient som har afasi som ikke kan uttrykke seg verbalt på en vanlig måte, er det viktig å lytte, observere og være tålmodig, slik at pasienten får anledning til å respondere på sin måte med de signalene de har til rådighet (Eide og Eide, 2014, s.389). For en sykepleier er det viktig å vise interesse, evne og vilje til å forstå det pasienten prøver å si. Å begrense mengden budskap i samtalen er viktig. Ofte holder det gjerne å holde seg til ett budskap av gangen i samtalen, slik at den andre får mulighet til å respondere før man deretter går videre i samtalen (Eide og Eide, 2014, s. 389).

Hos pasienter med afasi vil man oppleve at verbalt språk ikke alltid når frem, og da vil det nonverbale språket ha en stor betydning for kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier (Eide & Eide, 2014, s.386). Bruk av kroppslig uttrykk og bevegelser, ansiktsuttrykk og mimikk, stemmebruk og berøring, skape kontakt og formidle det man prøver å si vil da være nødvendig (Eide & Eide, 2014, s.386). Dersom vi som sykepleiere ikke forstår hva pasienten sier, kan det være nyttig å gå vekk i fra de åpne spørsmålene hvor pasientene kan svare utdypende, til å bruke lukkede spørsmål som ja- og nei-spørsmål (Andreassen, 2013, s.563).

Støttesamtaler for pasienter med afasi bygger på å opprettholde en hverdagslig samtale hvor hovedansvaret ligger på personen uten afasi (Corneliussen et al., 2006, s.67). Denne samtalepartnern er da en ressurs for pasienten slik at pasienten med afasi sin personlighet, vilje og kunnskap blir synliggjort i samtalen. Med en støttesamtale unngår man at pasienten sitter igjen med dårlig selvfølelse og dårlig mestring. Å ha afasi betyr nødvendigvis ikke at det kognitive er redusert. Samtalepartner vil være et viktig hjelpemiddel for å hindre psykososiale konsekvenser. Målet med samtalepartner er at samtalen skal flyte naturlig, ha til hensikt at pasienten glemmer afasien og få deltatt i en voksen samtale (Corneliussen et al., 2006, s.67).

## **2.6 Depresjon**

På latin betyr ordet depresjon nedtrykking og kjennetegnes ofte ved følelse av nedstemthet, tap av interesse, lyst og redusert energi (Hummelvoll, 2012, s.193). Det skilles mellom milde, moderate og alvorlige depresjoner hvor symptomene må vare i over to uker for at diagnosen depresjon kan stilles (Norsk Helseinformatikk, 2019). Internasjonal forskning viser at mellom 20 og 40 prosent av alle som har hatt hjerneslag, fra milde til alvorlige hjerneslag, lider av depresjon og angst (Fure, 2007).

## **2.7 Aksept og mestring**

Å få afasi som følge av hjerneslag kan hos de fleste oppleves som en krise og et traume, grunnet tap av det viktigste kommunikasjonsverktøyet mennesker har (Gustin, 2016, s.216). Et menneske i krise vil gjennomgå ulike faser. Fasene kan overlape hverandre og trenger ikke å være et lineært forløp (Gustin, 2016, s.216). Det vil likevel her bli beskrevet i et kronologisk forløp.

Den første fasen er sjokkfasen og hvordan en reagerer i sjokkfasen vil variere. Noen vil reagere kraftig ved å bli panikkslagne og utagerende. Andre kan reagere ved å bli likegyldige og fjerne, men egentlig ha et kaos på innsiden. I sjokkfasen vil det være utfordrende å ta imot og huske informasjon (Gustin, 2016, s. 217).

Andre fase er reaksjonsfasen hvor man begynner å erkjenne det som har skjedd (Gustin, 2016, s.217). Reaksjonsfasen kan komme gradvis og kjennetegnes med at personen begynner å vise en reaksjon på hendelsen. Personen kan bli overveldet av sterke følelsesmessige reaksjoner og få et behov for å forstå hva som har skjedd. Følelsene kan være skyld, sorg, sinne, skam og frykt. Noen anklager omgivelsene for å ikke skjønne hvordan de har det, eller at de ikke gir rett støtte (Gustin, 2016, s.217).

Tredje fase er når personen begynner å forstå det som har skjedd og begynner å vende tilbake til en form for hverdagslig tilværelse. Denne fasen blir kalt bearbeidingsfasen. Da er det ikke lenger de sterke følelsene som dominerer livet. Personen får et mer balansert syn på sitt eget og omgivelsene sitt ansvar og blir mer optimistisk, sosialt aktiv begynner å akseptere tilværelsen (Gustin, 2016, s.217).

En normal reaksjon når man opplever tap av noe eller noen er en følelse av å komme ut av kurs (Gustin, 2016, s.223). Gjennom denne prosessen kan man utvikle følelsesmessige, psykososiale reaksjoner og fysiske symptomer. Eksempler på symptomer er å bli pessimistisk, fortvilet og tenker mye over situasjonen, føle seg verdiløs og ha mistet seg selv. I tillegg får mange problemer med å bevare sosiale relasjoner, følelse av nederlag, lengte etter det man har mistet, bli trøtt, passiv og likegyldig (Gustin, 2016, s. 221). I prosessen med å finne igjen kursen og ta tilbake kontrollen over livet er støtte fra sykepleier sentralt og nødvendig (Gustin, 2016, s.222).

Å møte situasjoner hvor man blir konfrontert med sitt funksjonstap gir ofte følelsen av maktesløshet, dårlig mestring av ny tilværelse og en sorg over en konstant påminnelse over hva man har mistet som fører til tilbaketrekning i sosial omgivelser (Gustin, 2016, s.222). På kort sikt er dette en måte for pasienten å håndtere sine følelser på, men på lengre sikt forsterkes den dårlige mestringsfølelsen og man kan utvikle angstfølelse, nedstemthet, og skamfølelser som er vanlig ved en depresjon. Følelsene kan føre til en alvorlig konsekvens,

som for eksempel depresjon, dersom man ikke klarer å håndtere prosessen (Gustin, 2016, s.225).

Målet med sykepleiernes innsats er ikke å gi tilbake det personen har mistet, eller å fjerne sorgen, men å gjøre det mulig for pasienten å forson seg med den nye vendingen som livet har tatt. Det innebærer også å gi pasienten rom til å uttrykke følelsene sine, både de positive og de negative. (Gustin, 2016, s. 224)

## **2.8 Sykepleiers yrkesetiske retningslinjer**

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er bygget på ICN's sine etiske regler, og FN's sitt uttrykk av menneskerettighet i menneskerettighetserklæringen (Norsk sykepleierforbund, 2011). I de yrkesetiske retningslinjene er det seks hovedpunkter som fokuserer på hvordan utøvelsen av sykepleien skal være etisk, og i denne oppgaven er punkt 2 og 4 sentrale; ”Sykepleier og pasient” og ”Sykepleier og medarbeider” (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det forklares innledningsvis i retningslinjene at sykepleiere skal vise respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, i tillegg til å fremme helse, forebygge sykdom, hindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I det andre punktet som handler om pasient og sykepleier er det viktig at pasienten sin verdighet og integritet blir ivaretatt, i tillegg til at pasienten ikke blir krenket og at pasienten har rett til medbestemmelse. I punkt 2.2 står det skrevet at ”sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten” og i punkt 2.3 at sykepleieren ivaretar den enkeltes behov for en helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I det fjerde punktet i de yrkesetiske retningslinjer handler det om sykepleier og medarbeider. I punkt 4.1 blir det skrevet at sykepleieren ”fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten”, og følges videre opp i punkt 4.2 at ”sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner” (Norsk sykepleierforbund, 2011).

## **2.9 Individuell plan**

Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har etter Helse og omsorgstjenesteloven §7-1 rett til å få en individuell plan (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I en slik plan styrkes samarbeidet mellom tjenestene, men også pasienten selv, og ansvaret blir tydeligere fordelt i det tverrfaglige samarbeidet. Målet er at pasienten skal få et helhetlig og tilpasset tilbud. Planen skal utarbeides i samarbeid med pasienten, og sammen skal de finne felles mål som pasienten skal forsøke å nå (Ribu & Singstad, 2013, s.656).

## 3.0 Metode

I dette kapitlet beskrives metode som er blitt brukt til å svare på problemstillingen og hvorfor denne metoden er blitt valgt, fremgangsmåten for litteratursøkene, samt metode- og kildekritikk.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er det gjennomført et litteraturstudie, som er en kritisk og systematisk gjennomgang av eksisterende forskning om det aktuelle området (Thidemann, 2015, s.81). Litteraturstudie som metode er data samlet inn av andre, og kalles da sekundærdata som man kan finne i bøker, databaser, tidsskrifter og lignende (Thidemann, 2015, s.77).

Det er i denne oppgaven blitt brukt primær- og sekundærlitteratur, men i hovedsak sekundærlitteratur. Det er valgt tre systematiske oversikter fordi de belyser det som er av forskning rundt problemstillingen for denne oppgaven. En systematisk oversikt reanalyserer alle aktuelle studier, oppsummerer og sammenligner resultatene fra studiene. Dette er en tolkning av andre studier og er derfor en sekundærlitteratur (Thidemann, 2015, s.71).

I tillegg til systematiske oversikter er det brukt annen sekundærlitteratur som har vært relevant for oppgaven. Det er nøye blitt valgt ut bøker som har stått på pensumlisten gjennom sykepleierutdanningen, samt brukt nettorganisasjoner som for eksempel ”Afasiforbundet i Norge” og ”Norsk Helseinformatikk”. Sammen med pensumlitteratur og nettorganisasjoner har disse kildene har vært aktuelle til å beskrive definisjoner, men også finne teori som oppgaven og problemstillingen er bygget på.

Ved å kun bruke sekundærlitteratur var det mangel på forskning som kunne svare godt på problemstillingen i oppgaven, og det måtte derfor søkes på primærlitteratur. Ut av søket på enkeltstudiet, ble det funnet en relevant artikkel som svarte på det som ikke ble funnet i sekundærlitteraturen. Fordelen med sekundærlitteratur er at en får samlet tidligere forskning



om et aktuelt tema i en og samme artikkel og en bredere oversikt. Med primærlitteratur og da enkeltstudiet er dataen som kommer frem mer tilspisset og detaljert.

### **3.2 Fremgangsmåte på søkene**

Etter valg av problemstilling og metode ble det laget en oversikt med søkeord som ble brukt ved hjelp av PICO. PICO er et hjelpemiddel for å få en presis og søkbar problemstilling. PICO består av pasientgruppe (P), tiltak (I), sammenligning av tiltak (C) og utfallet (O) (Thidemann, 2015, s.86). For å svare på problemstillingen i denne oppgaven ble pasientgruppe, tiltak og utfall brukt. Sammenligning av tiltak (C) ble ekskludert da tiltak ikke skulle sammenlignes opp mot hverandre. PICO-skjema (vedlegg 1) og søkehistorikk (vedlegg 2) følger med i eget vedlegg. Søkene ble utført i helsebibliotekets databaser: Cochrane Library, Epistemonikos, EMBASE, MEDLINE, PubMed, CINAHL og PsycINFO. Søkene ble delt opp i to faser. Første fase involverte utforskende søk for å finne ut hva som var tilgjengelig av litteratur knyttet til problemstillingen. Deretter ble det gjort et mer omfattende søk hvor søkeord ut ifra PICO ble brukt. Søkene ble kombinert med “and” slik at artiklene inneholdt en kombinasjon av disse termene. “And” ble også brukt for å ekskludere artiklene som inneholdt bare noen av termene.

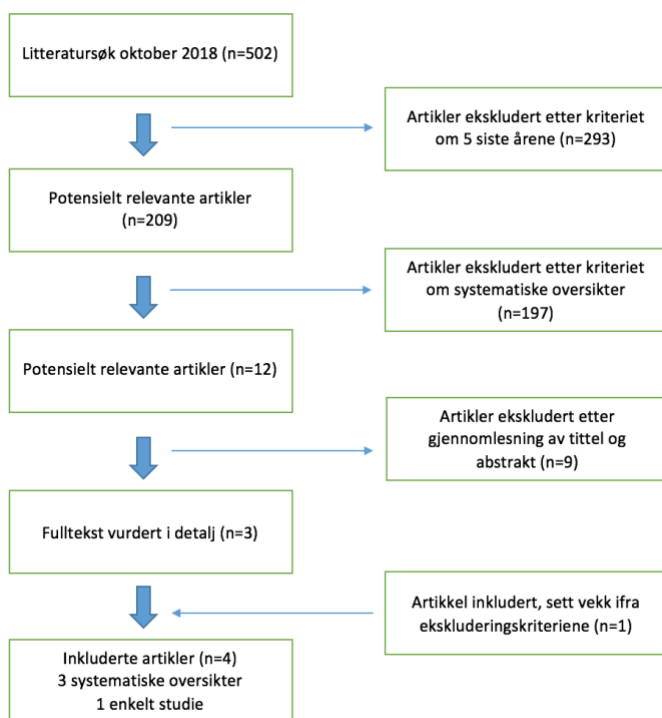
I søkene for denne oppgaven ble kunnskapspyramiden fra helsebiblioteket benyttet som er en modell som skal hjelpe å finne hva man skal søke etter, og hvilke databaser man skal bruke (Helsebiblioteket, 2016a). Helsebiblioteket (2016b) hevder også at man skal finne systematiske oversikter før man leter etter enkeltstudier som et prinsipp i kunnskapsbasert praksis. Etter prinsippet i kunnskapsbasert praksis ble det først søkt etter systematiske oversikter hvor det ble funnet tre forskjellige oversikter. Oversiktene dekket problemstillingen, og ble derfor inkludert i denne oppgaven.

For å finne de mest relevante artiklene ble det brukt eksklusjons- og inklusjonskriterier. Første kriteriet var å avgrense søket til systematiske oversikter for å få en oversikt over all tidligere forskning som er blitt gjort på dette området. Ved å finne forskjellige systematiske oversikter, dekket det en større del av forskningen rundt problemstillingen. I tillegg til systematiske oversikter var nyere forskning et kriteriet. Artikler som var eldre enn fem år ble ekskludert. Etter søkene og ut ifra å lese titlene og abstraktene til forskningsartiklene, ble artiklene som var aktuelle og omhandlet problemstillingen inkludert. Artiklene som ble valgt var fagfellevurdert, som betyr at den er vurdert og godkjent av to eller flere eksperter fra samme

fagfelt uten en forbindelse (Utdanningsforbundet, 2016). De tre oversiktene er skrevet av forfatterne Wray F. og Clarke D. (2017), Hilari. K, Needle. Justin og Harrison. K (2012) og Baker. C et al. (2018). De inkluderte oversiktene ble funnet i flere av de nevnte databasene.

På tross av kriteriet om at forskningen ikke skulle være eldre enn fem år, ble artikkelen til Sundin. K, Jansson. L og Nordberg. A (2002) inkludert. Andre søkeord ble brukt for å finne denne artikkelen og artikkelen ble inkludert fordi den tok for seg ulike tiltak som det gjennom pensumlitteraturen og erfaring er blitt sett som nødvendig. Denne artikkelen er også fagfellevurdert.

I figur 1 er søkeprosessen illustrert med inkluderings- og ekskluderingskriteriene.



Figur 1: Flytskjema

### 3.3 Metodekritikk

Som studenter er man mindre erfaren med litteratursøk og forskning generelt, som kan ha påvirket antall artikler og innhold som ble funnet. Det er derfor viktig å være kritisk til egen metode. I tillegg kan det være utfordrende å finne den nyeste forskningen og vite om en forskningsartikkel er av god kvalitet, selv om en har sjekklister som hjelpemiddel. Grunnen til at det er viktig å bruke ny forskning er fordi det innen forskning skjer hyppige endringer, og stadige nye funn (Dalland, 2012, s.76-77).

I denne oppgaven ble det inkludert en studie fra Sundin et. al (2002) som omhandler tidsbruk og nonverbal kommunikasjon hos pasienter med afasi. Dette var temaer som i praksis og i pensumlitteratur ble erfart som to viktige tiltak, men som ikke ble dekket i de systematiske oversiktene. Det ble ikke funnet nyere forskning om tid og nonverbal kommunikasjon, og derfor ble artikkelen til Sundin et. al fra 2002 kritisk vurdert, og inkludert på tross av ekskluderingskriteriene som ble satt for oppgaven. Det ble også søkt på andre enkeltstudier, men det var utfordrende å finne studier som dekket temaene. Det er mange pasienter med afasi som følge av hjerneslag som blir utelukket fra mange hjerneslagstudier. Samtidig omhandlet ikke studiene problemstillingen eller pasientgruppen for denne oppgaven. Det sees heller ikke bort fra at vår søkeerfaring ikke er optimal.

For å kvalitetssikre artiklene ble det tatt i bruk en sjekkliste både for vurdering av systematiske oversikter og for enkeltstudier. Sjekklisten ble funnet på helsebiblioteket og ble gjennomført på alle fire artiklene (Helsebiblioteket, 2016b). Alle artiklene oppfylte kriteriene i sjekklisten. En utfordring som kan ha påvirket resultatene og vår forståelse av artiklene er oversettelsen fra engelsk til norsk. Dette kan ha ført til misforståelser eller feiltolkninger.

### **3.4 Kildekritikk**

Å være kritisk til informasjonen man finner er av stor betydning (Dalland, 2012, s.72). Dalland (2012, s. 72-73) følger opp med at kildekritikk betyr at man ikke skal legge en dom på kildene man har funnet, men at man skal vurdere i hvilken grad de utvalgte kildene klarer å belyse problemstillingen som er satt for oppgaven.

Oversikten til Wray og Clark (2017) er en syntese av kvalitative studier og er fagfellevurdert. I denne studien har tre forfattere kritisk gjennomgått artiklene og brukt "NICE" som sjekkliste til å kvalitetssikre artiklene som ble inkludert i oversikten. Wray og Clark (2017) sin systematiske oversikt er rettet mot oppgavens problemstilling om pasienter med afasi, men forskningen inneholdt også noen tilfeller av dysartria og apraxia, som er andre mulige konsekvenser av hjerneslag. En mulig svakhet med dette forskningsarbeidet er at det kommer frem i flere av tilfellene at det kun er gjennomført et intervju med hver av deltakerne. Det komme ikke fram hvor langt tid som er brukt på hvert intervju, og det kan imidlertid ikke utelukke om hvert av intervjuene kan ha hatt en lengre varighet. Intervjuenes varighet kan ha

en betydning for utfallet av forskningen. Fra hva som kommer frem i oppgaven er dette en pasientgruppe som trenger tid, både til å kommunisere, men også for trygghet til å våge å kommunisere. Resultatet i Wray og Clarke (2017) sin artikkel samsvarer med de andre artiklene som er inkludert i oppgaven, og dette kan kompensere for svakheten med tidsbruk for intervjuene.

Av de 42 inkluderte artiklene i den systematiske oversikten til Wray og Clark (2017, s.9) kommer det frem at 11 av artiklene ikke ble tilstrekkelig rapportert når det kom til etiske overveielser. I artikkelen blir det ikke nevnt årsaken, men det kan være på grunn av mangel på anonymitet eller bruk av uetiske metoder. I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. Litteraturstudie bygger på andres forskning innenfor temaet i oppgaven og forutsetter at forfatterne i de systematiske oversiktene som er valgt, skriver litt om det etiske perspektivet.

Artikkelen til Hilary (2012) er også fagfellevurdert. I tillegg har denne systematiske oversikten kun inkludert engelske publikasjoner. Etersom oversettelser av forskning kan miste sammenheng eller betydning, er engelske publikasjoner et godt inkluderingskriterie. Artikkelen inkluderte kun voksne som hadde fått afasi etter hjerneslag og ekskluderte andre kriterier som kjønn, alder, afasitype, noe som er kritikkverdig med tanke på at man da ikke vil kunne analysere hvilke type pasienter som kan være i de forskjellige risikogruppene. Hilari (2012, s.89) sin systematiske oversikt hadde i noen av studiene brukt tiltak som ikke var gjort ordentlig til rede for. Eksempel på dette var i et av studiene som artikkelen bruker om helsereelatert livskvalitet. Forskerne for den systematiske oversikten stilte seg kritisk på de etiske overveielserne, da en studie var godkjent av universitetet, men manglet detaljer om samtykke, konfidensialitet og forklaringer til deltakerne (Hilari et al., 2012, s.89).

I Sundin et. al (2002, s.96) blir det skrevet at alle deltakerne fikk både muntlig og skriftlig informasjon om garantert konfidensialitet. De ga informasjonen til deltakerne i studien om samtykke til videoopptak, og de måtte bekrefte både skriftlig og muntlig på om de var villig til å delta. Dersom forfatterne var i tvil om pasienten sin forståelse om samtykke, hadde de i det ene tilfelle ringt pårørende om bekreftelse til deltakelsen. Deltakerne ble også informert om at det var mulighet til å trekke seg fra studien når som helst om de ønsket det. Forfatterne ville da ikke prøve å overtale deltakeren til å fortsette, men godta dens avgjørelse (Sundin et al., 2002, s.96). Selv om artikkelen er fra 2002 er den fortsatt aktuell i dag. Resultatene viser

at ved nonverbal kommunikasjon og gi tid til pasienter med afasi til å respondere på informasjon, gjør at pasientene kjenner på et tryggere miljø og en tryggere atmosfære (Sundin et al., 2002, s.101).

Oversikten til Baker et. al (2018) er også fagfellevurdert. I oversikten blir det forsket på en rekke ulike tiltak til hva som kan forebygge eller forhindre depresjon, men beskrivelsene av tiltakene er mangelfull og lite detaljerte. Baker et al. (2018, s.1888) er kritiske til varigheten på utførelsen av tiltakene, og mener forebyggende tiltak burde starte fire til seks uker etter hjerneslaget og vare seks måneder for å kunne få god effekt. I omtrent en tredjedel av studiene var det ikke noen klar data på når tiltakene hadde startet (Baker et al., 2018, s.1888). Hvor lang tid det går før det startes opp med forebyggende tiltak vil kunne ha noe å si på tiltakenes forebyggende effekt. Går det lang tid før forebyggende tiltak startes opp, kan muligheten være større for at deltakeren blir mer deprimert enn dersom behandling hadde startet tidligere. En kombinasjon av at forebyggende tiltak ble startet for sent, og om behandlingsperioden ble avsluttet for tidlig kan ha påvirket at utfallene ikke ble signifikante.

Alle forfatterne stiller seg kritisk til forskningsartiklene de har brukt samt egen forskning, noe som styrker og fremhever nøye gjennomgang av forskningen. Ettersom alle de inkluderte artiklene er fagfellevurdert og belyser problemstillingen som er satt for oppgaven, viser dette at artiklene både er pålitelige og relevante.

## 4.0 Resultater

I resultatdelen er resultatene fra de valgte forskningsartiklene fremstilt tematisk. Aksept og mestring, depresjon og sosiale utfordringer er de ulike temaene som kommer frem i de ulike forskningsartiklene. Litteraturmatrikse (vedlegg 3) er lagt til som vedlegg med oversikt over alle de inkluderte artiklene i oppgaven.

### 4.1 Aksept og mestring

Wray og Clarke (2017, s.1) fant fire temaer som var knyttet til langsiktig behov. Dette var å mestre kommunikasjon utenfor hjemmet, skape en meningsfull rolle, skape eller opprettholde et støttenettverk, og til slutt ta kontroll og aktivt komme seg videre med livet. Mange var klar over hvordan de snakket i offentlighet, og unngikk derfor sosiale interaksjoner fullstendig

eller snakket minimalt der kommunikasjon krevdes. Ved å unngå dialoger ville deltakerne kunne risikere å miste sine sosiale nettverk og bli sosialt isolert (Wray og Clarke, 2017, s. 10). For noen var utfordringene ved kommunikasjon en kilde til emosjonelt stress, følelser av sorg, tap og tristhet (Wray og Clarke, 2017, s.11). Følelse av ydmykelse og nedsatt selvsikkerhet, frykt for å kommunisere og stigmatiserende reaksjoner bidro til at de unngikk sosiale interaksjoner. Andre hadde akseptert kommunikasjonsutfordringene sine og hadde klart å omstille seg og finne tilfredshet med forandringene i livene deres (Wray og Clarke, 2017, s.11). I en av enkeltstudiene i den samme systematiske oversikten beskrives en av deltakerne som utfordres til å bestille seg en kaffe på egenhånd. Kaffebaren hadde allerede kunnskap om deltakerens språkutfordringer, noe som gjorde det lettere for deltakeren å gjennomføre aktiviteten (Wray og Clarke, 2017, s.12).

I artikkelen til Hilari et. al (2012, s.90) viser resultatet viktigheten av å tilpasse og akseptere egen oppfatning av seg selv for å kunne leve ”suksessfullt” med afasi. Det kom frem at det var viktig å ta ansvar for sin egen forbedring av kommunikasjonen. Å lære og leve med afasi omfattet god forståelse av afasi, utvikling av en sterk personlighet, og å finne andre med afasi for å utvikle en kollektiv identitet. Det kom frem at det er viktig å undervise og informere de som møter mennesker med afasi, både helsevesenet og deres støttenettverk, for å bryte barrierer som personer med afasi møter. Ved å skape en slik bevissthet vil det kunne bidra til å overkomme blant annet holdningsbarrierer og kommunikasjonsbarrierer, som gjør det lettere for personer med afasi å mestre sin nye tilværelse (Hilari et. al, 2012, s.90).

## **4.2 Depresjon**

I Baker et. al (2018, s.1889) sin artikkel kommer det fram at mennesker som lever med afasi etter hjerneslag har høy risiko for å få psykologiske problemer, og den mest vanlige formen er depresjon. Baker et. al (2018) tar for seg ulike tiltak som kan være med på å både forebygge, men også behandle depresjon. I artikkelen blir det tydeliggjort flere steder at mennesker med afasi i mange studier blir utelatt fra studiene, noe som fører til at det er mangel på forskning rettet mot denne pasientgruppen (Baker et. al., 2018, s.1887-1888).

Resultatene i den systematiske oversikten til Baker. et al (2017, s.1876) viser til en multimodal tilnærming til målsetting og oppnåelse. Det inkluderte bruk av sammensatte hjelpemidler som for eksempel kombinasjonen bilde og verbaltekst, eller kombinasjonen verbal tekst, lyd og film (Baker et al., 2018, s.1876). Bruk av en multimodal tilnærming

reduerte depressive symptomer de tolv første månedene etter hjerneslaget, og er en pasientsentrert og sammensatt tilnærming for å hjelpe pasienter med afasi ved målsetting og måloppnåelse. Forfatteren av studiet rapporterte begrensede kliniske forandringer hos enkeltpersoner i behandlingsgruppene for depresjon (Baker et. al, 2018, s. 1876). Det er mangel på signifikante endringer for å foreslå en multimodal tilnærming som et tydelig forebyggende tiltak for depresjon hos de med afasi etter hjerneslag (Baker et al., 2018, s.1876).

Baker et. al (2018, s.1887) sin oversikt delte depresjon inn i fire nivåer, fra mild til alvorlig depresjon. Det kommer frem at det er mangel på bevis for å foreslå forebyggende tiltak for mild depresjon hos mennesker med afasi. Likevel var det noen tiltak som viste endring i humøret hos denne pasientgruppen. Tiltakene var blant annet støtte fra familie, kommunikasjonspartner, atferdsterapi og psykososial gruppebehandling. Ingen av disse tiltakene viste heller noen tydelige bedring i humør hos deltakerne, men viste heller ingen forverring. Tiltakene ble derfor ikke foreslått som forebyggende eller behandlingstiltak for depresjon (Baker, 2018, s 1887). Hos deltakerne med afasi som hadde moderat eller alvorlig depresjon, ble det ikke funnet noen tiltak med effekt (Baker, 2018, s.1887).

Den systematiske oversikten til Hilary (2012, s.90) beskriver at virkningen til emosjonelt stress på livskvaliteten hos pasienter med afasi etter hjerneslag, samsvarer med resultatene fra hjerneslagstudier gjort over tid. Depresjon vises å være et større problem hos pasienter med afasi etter hjerneslag, enn hos de uten afasi. Depresjon etter hjerneslag har blitt assosiert med dårlig recovery, dårlig funksjonelle utfall, dårlig sosiale utfall, økt hjelpebehov og verste fall død (Hilary, 2012, s. 90).

I Sundin (2002, s.100) sin enkeltstudiet kom det frem at en følelse av tilhørighet og å føle seg "hjemme" reduserte behovet for emosjonell beskyttelse, og flyttet partene fra tragedie til sårbarhet. Dette fikk partene til å se fremover mot muligheter i fremtiden og se forbi tragedien som har skjedd (Sundin, 2002, s.100). Studien erfarte viktigheten av at sykepleierne våget å gå inn i kommunikasjonssituasjoner hos pasienter med afasi, fremfor å trekke seg grunnet usikkerhet. Dette kunne forebygge at pasienten med afasi følte seg forlatt, isolert og kunne bli likegyldig (Sundin, 2002, s.100).

### 4.3 Kommunikasjon

I artikkelen til Wray og Clarke (2017, s.11) kom det frem at noen pasienter med afasi brukte sine egne strategier til å lette samtalen og et bredt spekter med strategier ble identifisert. Det ble blant annet brukt kommunikasjonshjelpemidler som tegning, skrive ned informasjon og rekke opp hånden i gruppesituasjoner. Likevel ble det i noen studier identifisert en stigma hos pasienter med afasi forbundet til bruk av kommunikasjonshjelpemidler (Wray & Clarke, 2017, s.11).

Det kom også frem at interaksjoner kunne bli ”suksessfulle” ved bruk av en samtalepartner som hadde kompetanse om afasi (Wray & Clarke, 2017, s.11). Deltakerne satt da igjen med en god følelse av at samtalen var ”suksessfull”, og dette hjalp pasienten med afasi med å få bedre selvtillit og selvfølelse (Wray og Clarke, 2017, s.12). Bruk av samtalepartner ble derfor sett på som et tiltak for vellykket kommunikasjon. Wray og Clarke (2017, s.12) trakk fram at det bør tilbys trening for familien og venner til pasienten med afasi for å legge til rette for optimal kommunikasjon.

I Sundin et al (2002, s. 94) sin artikkel kom det frem at det er viktig for pasienter med afasi og for omsorgspersonene å forstå og bli forstått, slik at tilstrekkelig omsorg og omsorgshandlinger kunne utføres i samsvar med pasienten sine behov og ønsker. Det kom også tydelig frem viktigheten over å ha kunnskap og kjennskap til pasienten sin diagnose. Når omsorgspersoner ikke hadde kunnskap eller utviklet en relasjon til pasienten, ble de tvunget til å gjettet seg fram til de riktige svarene. Dette ville da belyse omsorgspersonenes mangel på engasjement og kvalifikasjoner (Sundin, 2002, s. 96). Manglende kunnskap om pasientens diagnose utviklet videre en usikkerhet hos pasientene. I en slik situasjon ble rommet for å prøve å feile med deres kommunikasjon redusert, som skapte en usikkerhet hos begge parter (Sundin, 2002, s. 96).

For omsorgspersoner var det utfordrende å finne balansen mellom å ikke sette for store krav til pasienten, og det å unnlate å stille spørsmål (Sundin, 2002, s.97). For store krav fra omsorgspersonene kunne gjøre at pasienten fikk dårlig mestringsfølelse og følte seg utilstrekkelig. Om omsorgspersonene ble passive og unngikk å stille spørsmål kunne dette derimot føre til at pasienten følte seg dum og utilpass (Sundin, 2002, s.97). Helsepersonellet måtte være klar over viktigheten av å være tålmodig og gi pasienter med afasi god tid. De følte at stress hemmet forståelsen i kommunikasjonen. Partene trengte derfor god tid, rolige



omgivelser, formidlingstid, og stillhet. Sundin (2002, s. 99) formidler også viktigheten av at pasientene skulle føle tilfredshet og ikke få for mange krav rettet mot seg. Et viktig tiltak som kom frem hos Sundin (2002, s. 97) for å få til denne balansen, var at omsorgspersonene holdt seg til et spørsmål om gangen, for å så være tålmodige og vente på svar. Det kom da frem at man kunne stille et spørsmål og vente på en reaksjon fra pasienten, for å så observere om spørsmålet ble forstått før man kom med et oppfølgingsspørsmål.

Å skape en avslappet atmosfære var en viktig faktor for at pasientene med afasi skulle føle seg til rette og mindre utilpass (Sundin et al., 2002, s.96). Det kom frem at når helsepersonell brukte humor medførte dette en mer avslappet stemning og dermed også en åpenhet. Humor reduserte også gapet mellom den profesjonelle og pasienten som gjorde det enklere å omgås (Sundin, 2002, s. 98). Nonverbal kommunikasjon var et av tiltakene for å skape den avslappede atmosfæren rundt pasientene med afasi ved å gå rolig inn i rommet, berøre pasienten, vise nærhet og vise respekt (Sundin et al., 2002, s.100). I møte med pasienten var det viktig å vie full konsentrasjon og oppmerksomhet mot pasienten og ikke la seg distrahere av det rundt, eller la seg påvirke av stillheten. Ved å presentere god holdning og god tilstedeværelse med kroppsspråk var dette med på å skape en avslappet atmosfære (Sundin, 2002, s. 100).

#### **4.4 Støttenettverk**

I studien til Hilari (2012, s. 92) kom det frem at lav tilfredshet med sitt sosiale nettverk i kombinasjon med ensomhet har blitt assosiert med dårlig livskvalitet. Wray og Clarke (2017, s.11) sin studie viser betydningen av å ha et støttenettverk med familie og venner.

Støttenettverket var høyt verdsatt og gjorde at deltakerne fikk gjennomført aktiviteter utenfor hjemmene sine, noe som hadde vært vanskelig å fått gjennomført uten støttenettverket. Noen pasienter med afasi diskuterte at mangel på støtte resulterte i følelse av sosial isolasjon (Wray og Clarke, 2017, s.11). Deltakerne merket at deres gamle venner hadde problemer med å kommunisere med dem og tilpasse seg den nye situasjonen. Videre ble det beskrevet hvordan venner hadde vært rundt dem og hjulpet rett etter hjerneslaget, men gradvis trukket seg unna (Wray og Clarke, 2017, s.13).

I den ene studien i Wray og Clarke (2017, s.13) sin systematiske oversikt ble det beskrevet hvordan venner nølte med å ta kontakt med pasienten med afasi. Wray og Clarke (2017, s. 13)

hevder at sosiale nettverk kan være vanskelig å gjenoppbygge, og mener fremtidige tiltak bør gjenkjenne verdien og viktigheten av å skaffe og opprettholde sosiale nettverk, slik at de kan utnyttes i framtidig støtte til pasienter med afasi og forbedre deres livskvalitet. Pasienter med afasi sto i risiko for å miste venner og få redusert sosialt nettverk, noe som kunne påvirke deres livskvalitet og føre til sosial isolasjon (Wray og Clarke, 2017, s.13). Noen pasienter med afasi oppga kommunikasjonsgrupper som en måte å få sosial støtte, og en måte å erstatte noen av de vennene de hadde mistet etter hjerneslaget. I kommunikasjonsgruppene opplevde de å få forståelse fra andre som var i samme situasjon, noe de ikke fikk fra venner og familie (Wray og Clarke, 2017, s.13).

#### **4.5 Behov for mer forskning**

I de tre systematiske oversiktene kommer det frem at det er for lite forskning på pasienter med afasi som følge av hjerneslag. I artikkelen til Baker et al. (2018, s.1888) kom det frem at mennesker med afasi må bli inkludert i hjerneslagstudier som omhandler depresjon og humør, og at en må unngå bias. De som lever med afasi etter hjerneslag har høy risiko for psykiske problemer som depresjon (Baker et al, 2018, s. 1887).

Variasjonen i målemetoder og mangelen på intervjudata når det gjelder depresjon, reflekterer mangelen på en felles standard for å beskrive depresjon i en afasi- og hjerneslagpopulasjon (Baker et. al, 2018, s.1888). Forfatterne etterlyser at det er nødvendig med ytterligere veldeignede studier som spesifikt omhandler forebygging og behandling av depresjon etter hjerneslag hos pasienter med afasi. Dersom man skal ta for seg data om afasi er det nødvendig å gå bak tallene å se på årsakene til afasien (Baker et al, 2018, s. 1888).

I artikkelen til Wray og Clarke (2017, s.15) kom det frem at framtidig forskning bør undersøke langsiktige omsorgstiltak for pasienter med afasi sine kommunikasjonsvansker, og muligheten for selvmestring som et tiltak. Få studier forsket på problemene med tilpasning som oppsto etter utskrivning av sykehus og på behovene deres det første året etter hjerneslaget (Wray & Clarke, 2017, s.15).

I artikkelen til Hilari et. al (2012, s.93) skriver de at de fant en rekke studier som omhandlet helsereelatert livskvalitet etter hjerneslag, men at disse ikke kunne bli tatt med i denne oversikten fordi de ikke inkluderte pasienter med afasi. Derfor mener forfatterne at det er behov for en tverrsnittstudie som går over tid og følger utviklingen og endringene hos

pasienter med afasi etter hjerneslag, og rapporterer funnene fra studiet (Hilari et al., 2012, s.93).

## 5.0 Drøfting

I drøftingsdelen trekkes det fram elementer fra resultatdelen, i lys av teoridelen og fra erfaringer som er blitt gjort i praksis for å svare på problemstillingen: Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge depresjon hos pasienter med afasi som følge av hjerneslag? Temaene som blir drøftet er aksept og mestring, kommunikasjon, støttenettverk, og sykepleiers rolle i det tverrfaglige samarbeidet.

### 5.1 Aksept og mestring

For å forebygge depresjon hos pasienter med afasi er aksept en viktig faktor for å komme gjennom sorgen over funksjonstapet etter hjerneslaget. I artikkelen til Hilari et. al (2012, s.90) viser resultatet viktigheten av å tilpasse og akseptere egen oppfatning av seg selv for å kunne leve ”suksessfullt” med afasi. Ettersom tale er et av menneskers viktigste kommunikasjonsverktøy vil hverdagen kunne bli mer utfordrende, og det kan bli vanskelig å klare og akseptere tapet og de nye forandringene (Gustin, 2016, s. 220). Å få afasi som følge av hjerneslag kan hos de fleste oppleves som en krise eller et traume. Et menneske i krise vil gå gjennom ulike faser før man vil akseptere forandringene, og kan da få en følelse av å komme ut av kurs (Gustin, 2016, s. 217, s.220). Følelsesmessige, psykososiale reaksjoner og fysiske symptomer kan oppstå gjennom de ulike fasen når en krise oppstår (Gustin, 2016, s.221). Sykepleieren sin oppgave for å forhindre depresjon blir å hjelpe pasienten å håndtere de ulike fasene og gi rom til følelsene som oppstår. Målet blir til slutt å hjelpe pasienten med å finne en måte å akseptere tapet av språket og sin nye tilværelse.

Wray og Clarke (2017, s.10) hevder at ved å unngå dialogsituasjoner ville deltakerne kunne risikere å miste sine sosiale nettverk, og bli sosialt isolert. Ved å unngå dialoger ble de heller ikke konfrontert med ubehagelige følelser som minnet de på språket de hadde mistet. På denne måten vil det på kortere sikt være lettere å håndtere sine følelser, men i det lange løp vil dette forsterke følelsen av å ikke mestre tilværelsen, og pasienten vil kunne utvikle symptomer på depresjon (Gustin, 2016, s. 222). Det sentrale for sykepleieren blir da å støtte pasienten i prosessen, og hjelpe med å finne igjen kursen og ta tilbake kontrollen i livet

(Gustin, 2016, s. 223). Å kommunisere utenfor hjemmet, skape en meningsfull rolle, skape eller opprettholde støttenettverk og til slutt ta kontroll og aktivt komme seg videre i livet, var fire nødvendige tiltak for å mestre sin nye tilværelse (Wray & Clarke, 2017, s.1).

Internasjonal forskning sier at mellom 20 og 40 prosent av alle som har hatt hjerneslag, fra milde til alvorlige, lider av depresjon og angst (Fure, 2007). Om ikke pasienten klarer å akseptere sin nye tilværelse kan dette føre til at personen risikerer å bli isolert og deprimert (Gustin, 2016, s.225). Likevel viser forskningen at opp til 60 prosent ikke blir deprimerte (Fure, 2007). En kan tolke disse tallene som at de som ikke blir deprimerte kan ha hatt lettere for å akseptere sin nye tilværelse. Forskning viser at de som klarte å ha et fint liv på tross av afasi, hadde godtatt endringene som har tatt plass i livet og funnet en tilfredshet rundt deres nye livstilværelse (Wray og Clarke, 2017 s. 11). Ettersom den største prosentandelen av personer med afasi som følge av hjerneslag ikke får depresjon, er det mulig at disse personene har fått mindre skade som følge av hjerneslaget. Det kan da vurderes om de 20 til 40 prosentene kan være personer som har fått større skade etter hjerneslaget, og en mer utfordrende rehabiliteringsprosess. Ettersom denne pasientgruppen har fått lese,- skrive,- og talevansker kan det være mørketall på hvor mange som får depresjon etter hjerneslag.

Kommunikasjonsvansker kan være utfordrende for pasienter med afasi og kan utløse emosjonelt stress, nedsatt selvsikkert og sorg av tapet, som kan gi sosial isolasjon og depresjon (Wray & Clarke, 2017, s. 11). Kari Martinsen mener at det å leve i isolasjon ikke er gunstig når sykdom eller funksjonshemming fremtrer fordi vi er avhengig av andre mennesker når man blir syke (Kirkevold, 1992, s. 132). Siden aksept er en betydelig faktor for å komme seg videre, er det viktig at sykepleier følger de yrkesetiske retningslinjene i punkt 2.2 ved å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleieforbund, 2011). For å hjelpe pasienten og akseptere sin nye tilværelse må sykepleier også ha evnen til å kunne sette seg inn i pasientens situasjon, noe Kari Martinsens mener er grunnleggende sykepleie for å kunne gi god omsorg (Kirkevold, 1992, s.132).

Basert på erfaring fra praksis ble det bekreftet fra flere pasienter med afasi med forskjellige utgangspunkt og alder, at aksept var avgjørende for å klare og komme seg videre i livet. De hadde selv erfart en periode etter hjerneslaget hvor de ikke klarte å akseptere sin nye tilværelse, som førte til at de isolerte seg fra det sosiale. I artikkelen til Hilari (2012, s.90) belyses det at depresjon etter hjerneslag ble sett i sammenheng med dårlig recovery,

funksjonelt- og sosialt utfall, økt hjelpebehov og i verste fall død. I praksis fortalte en pasient at han hadde hatt problemer med å akseptere sin nye tilværelse, og hadde forsøkt å ta sitt eget liv. Dette fremhever viktigheten av at sykepleier må hjelpe pasienter med afasi til å akseptere sin nye tilværelse.

Det er ikke mulig for sykepleier å gi tilbake de funksjonene pasienten har mistet som følge av hjerneslaget, eller fjerne sorgen pasienten har (Gustin, 2016, s.224). Med kombinasjonen av det Martinsen i sin teori (Kirkevold, 1992, s.132) forteller om nødvendigheten av å sette seg inn i den andre sin situasjon, og det som står i de yrkesetiske retningslinjene om å understøtte håp, mestring og livsmot, vil målet som sykepleier bli å hjelpe pasienten til å forsones seg med den nye vendingen som livet har tatt. For å nå dette målet er det også viktig at sykepleierne gir rom for at pasienten kan uttrykke både de positive og negative følelsene (Gustin, 2016, s. 224).

## **5.2 Kommunikasjon**

Pasienter rammet av afasi har på lik linje som mennesker uten afasi behov for å kommunisere og uttrykke seg (Eide & Eide, 2014, s.389). Det er derfor viktig at sykepleierne våger å gå inn i kommunikasjonssituasjoner hos pasienter med afasi, fremfor å trekke seg grunnet usikkerhet (Sundin et al., 2002, s.100). Det er viktig å delaktiggjøre pasienter for å fremme god mestringsfølelse og forhindre å bryte ned selvtilliten (Eide & Eide, 2014, s.17). Dette kan forebygge at pasienten med afasi flykter fra kommunikasjonssituasjoner, blir likegyldig og isolerer seg (Gustin, 2016, s.222). Et viktig sykepleietiltak blir derfor å sørge for å tilrettelegge god kommunikasjon som gir mestringsfølelse hos pasienten, for eksempel gjennom støttesamtale. Å få til god kommunikasjon med pasienter som har afasi krever bred kunnskap om pasientens lidelse (Eide & Eide, 2014, s.384). Eide og Eide (2014, s.384) skriver også at evnen til å leve seg inn i pasientens situasjon er en viktig faktor for god kommunikasjon, hvilket samsvarer med Martinsen sitt andre aspekt i omsorgsteorien som er basert på en forståelse av hva som er til den andres beste (Kirkevold, 1992, s.132). Wray og Clarke (2014, s.11) hevder at det er viktig at samtalepartneren har kunnskap om afasi, slik at pasienter med afasi da sitter igjen med en god følelse og god selvtillit.

Dersom sykepleier ikke har kunnskap om afasi eller kjennskap til pasienten sin historie vil det kunne utvikle seg en usikkerhet hos pasienten. Usikkerheten som oppstår gir mindre rom til å

prøve og feile som fører til at kommunikasjonen blir redusert og vil kunne gi dårlig mestringsfølelse (Sundin, 2002, s. 96). Uten fokus på støttesamtale kan "ansvaret" fort falle på pasienten med afasi og pasienten vil kunne føle skyld for at samtalen stopper opp. Med en støttesamtale vil dette ansvaret heller hvile mer på personen uten afasi og man unngår at pasienten sitter igjen med dårlig selvfølelse og dårlig mestring (Corneliussen et al., 2006, s.67). Eksempelet hvor en deltaker kjøpte kaffe fra en kjent kaffebar og de ansatte hadde kunnskap om språkutfordringene til deltakeren gjorde det lettere for deltakeren å utføre aktiviteten (Wray & Clarke, 2017, s.12). Dette viser viktigheten av å mestre og bygge opp god selvtilit, slik at kommunikasjonssituasjonene blir mindre ubehagelige og lettere å stå i, istedenfor at pasienten flykter fra situasjonen.

Ekspressiv afasi har stor betydning for hvordan ord formuleres ved uttale, og hvordan pasientene finner ord som skal uttrykkes (Corneliussen et al., 2006, s.14). Ut ifra Eide og Eide (2014, s.384) og fra erfaring i praksis vil pasienter med afasi trenge god tid og ha behov for å uttale ord og setninger høyt for å prøve seg frem. Sykepleiere skal ha kunnskap om utfordringer knyttet til ekspressiv afasi, og viktige tiltak vil da bli å lytte, gi pasienten god tid, observere og vise interesse (Sundin et al., 2002, s.97). Som sykepleier kan det være utfordrende å finne en balanse mellom to ytterpunkter som gjør at pasienten kan føle seg mislykket. Enten kan sykepleier stille for store krav og forvente for mye av pasienten, eller kan sykepleier stille for få spørsmål og pasienten med afasi vil kunne kjenne på et ansvar for at kommunikasjonen stopper opp. Begge ytterpunktene kan få pasienten til å føle seg mislykket, dum og utilstrekkelig (Sundin, 2002, s.97). Siden ekspressiv afasi rammer språkproduksjonen vil pasientene kunne oppleve det vanskelig å forholde seg til store mengder informasjon av gangen (Corneliussen et al., 2006, s.15). Det er derfor viktig at sykepleier prøver holde seg til ett og ett budskap om gangen. I tillegg vil det være nyttig å ta for seg lukkede spørsmål om pasienten har problemer med å svare utdypende (Eide, 2014, s.563). Ved å observere reaksjonen vil man få bekreftet om pasienten forstår spørsmålet, før det stilles nye spørsmål (Sundin et al., 2002, s.97).

Kommunikasjonshjelpemidler som tegning, skrive ned informasjon og rekke opp hånden var tiltak som kom frem i oversikten til Wray og Clarke (2017, s.11). I oversikten til Baker et al.(2018, s.1876) nevnes det at de brukte en multimodal tilnærming til målsetting og måloppnåelse, for å hjelpe deltakerne til å forstå og bli forstått. En innvending til dette var at det for noen ble identifisert en stigma knyttet til bruk av kommunikasjonshjelpemidler (2018,

s.1876). Ved et hjerneslag vil mange oppleve at skrive- og leseferdighetene i forskjellig grad blir redusert, og dette kan føre til stigma rundt kommunikasjonshjelpemidlene på grunn av vanskeligheter med å mestre tegning og skriving (Wray & Clarke, 2017, s.11).

Ettersom stress kan hemme forståelsen mellom helsepersonell og pasienten med afasi er et viktig sykepleietiltak å sørge for en rolig atmosfære, slik at stresset ikke påvirker kommunikasjonen (Corneliussen et al., 2006, s.15). I en rolig atmosfære føler pasientene seg mer til rette og mindre utilpass (Sundin, 2002, s.98). En følelse av tilhørighet og å føle seg "hjemme" reduserer behovet for emosjonell beskyttelse, og flytter fokuset til å tenke fremover og akseptere krisen som har skjedd (Sundin, 2002, s.100). Å ha kunnskap og kjennskap til pasientens diagnose bidrar til å skape en rolig atmosfære. Ved manglende kunnskap kan det utvikle seg en usikkerhet hos pasienten med afasi som fører til at det blir mindre rom for å mislykkes i forsøk på kommunisere (Sundin et al., 2002, s.99). Usikkerheten kan utvikle seg til at pasienten trekker seg tilbake og isolerer seg. Humor vises å være en stressreducerende faktor. Ved bruk av humor blir gapet mellom sykepleier og pasienten mindre og det blir lettere og tryggere å omgås med hverandre (Sundin et al., 2002, s.96).

Å være bevisst på det nonverbale språket er et annet tiltak for å skape en rolig atmosfære (Sundin et al., 2002, s.98). Som sykepleier vil man kunne oppleve at det verbale språket ikke strekker til når man kommuniserer med pasienter med afasi, og da vil det nonverbale språket bli nødvendig (Eide & Eide, 2014, s.386). Nonverbal kommunikasjon var også et tiltak i Sundin (2002, s.100) sin forskning for å skape en rolig atmosfære. Det er viktig at sykepleierne viser med kroppsspråket at de ønsket å kommunisere med pasienten og viser interesse ved å vise nærhet, respekt og å være bevisst på stemmebruk og ansiktsuttrykk (Andreassen, 2013, s.563). Det er også viktig at sykepleier går inn i møtet med pasienten med full tilstedeværelse og konsentrasjon rettet mot pasienten (Sundin et al., 2002, s.100). Satt opp mot erfaring fra de ulike praksisperiodene er sykepleieryrket et yrke som består av mye tidspress og mange arbeidsoppgaver som skal utføres på kort tid. Det kan derfor være utfordrende i møte med pasienter med afasi å gi full oppmerksomhet hos denne pasientgruppen ettersom tidspresset er stort. Likevel må et mål for sykepleiere være å vise pasienten full oppmerksomhet uten å vise tegn til distraksjoner (Sundin et al., 2002, s.100). Dersom man som sykepleier har kunnskap om afasi, bruker humor og nonverbal kommunikasjon og viser god tilstedeværelse i møte med pasienten, vil dette kunne skape en

rolig og trygg atmosfære som vil fremme forståelsen mellom pasient og helsepersonellet.

### **5.3 Støttenettverk**

Å opprettholde et støttenettverk for pasienter med afasi er et nødvendig tiltak for å forhindre depresjon. Hilary (2012, s.92) viser til forskning som forteller at lav tilfredshet med eget sosialt nettverk er en av fire kritiske faktorer, som kan føre til dårlig livskvalitet hos pasienter med afasi. Det er derfor viktig at sykepleiere hjelper pasientene med å opprettholde det sosiale nettverket og sørger for at de blir inkludert i et fellesskap. For venner og pårørende kan det oppleves vanskelig å tilpasse seg den nye tilværelsen til pasienten, noe som kan føre til at de trekker seg unna på grunn av kommunikasjonsutfordringene. Gjennom Wray og Clarke (2017, s.13) sin studie ble det bekreftet at familie og venner var der i starten, men trakk seg gradvis unna. Pasienter som er rammet av afasi står derfor i en risikogruppe for å miste sitt sosiale nettverk (Wray & Clarke, 2017, s.13).

Å etablere god kontakt for å opprettholde god kommunikasjon er noe Eide og Eide (2014, s.386) mener er nødvendig. Uten nok kunnskap om afasi er kommunikasjonen utfordrende for både pasienten med afasi, men også for pårørende som venner og familie som kan gjøre det vanskeligere å opprettholde god kontakt. Wray og Clarke (2017, s.13) hevder at sosiale nettverk kan være vanskelig å gjenoppbygge. For sykepleierne er det da viktig å gi pårørende god informasjon om utfordringer pasienten med afasi vil møte etter hjerneslaget og ulike tiltak som kan lette utfordringene de vil møte. Å ha pårørende- og pasientopplæring vil være et forebyggende tiltak som kan forhindre at pasientene mister sine støttenettverk. Et av målene for sykepleierne vil da bli å hjelpe å bevare et godt støttenettverk for pasienten med afasi som kan forhindre psykososiale konsekvenser som blant annet isolasjon, ensomhet, depresjon eller at man mister interesse og blir likegyldig. Dette kommer frem i artikkelen til Wray og Clarke (2017, s.11) hvor deltakerne diskuterte at manglende støtte resulterte i en følelse av sosial isolasjon.

Støttenettverket kan glemme at pasienten med afasi fortsatt har mange av de kognitive og sosiale ferdighetene som de hadde før hjerneslaget (Wray & Clarke, 2017, s.13). Det vil da føre til at pasienten ikke får vist frem sin identitet, fordi den blir skjult bak språkvanskene. De pårørende vil da kunne oppfatte pasienten som kognitivt redusert eller som mindre kompetente enn det de var før hjerneslaget (Corneliussen et al., 2006, s.66). Dette viser viktigheten av at sykepleierne videreformidler kunnskapen til pårørende om afasi for å kunne



unngå en slik misoppfatningen, og lærer de opp i kommunikasjonsteknikker som gjør kommunikasjonen lettere og mer verdig for pasienten med afasi.

Martinsen sin omsorgsteori er også aktuell for pårørende. Det å sette seg inn i pasienten sin situasjon gjør det lettere for pårørende å støtte pasienten med afasi. Det vil ikke nødvendigvis være en lett oppgave for pårørende, spesielt hvis ikke kunnskapen er tilstede. Pasienten vil derfor kunne ha behov for å utvikle et annet støttenettverk. Å lære og leve med afasi omfatter god forståelse av diagnosen, utvikling av en sterk personlighet, og å finne andre med afasi for å utvikle en kollektiv identitet (Hilari et al., 2012, s.90). Det omfatter også å dele ansvar med personer uten afasi for å fjerne barrierer som møter mennesker med afasi (Corneliussen et al., 2006, s.66). Som sykepleier kan man motivere og informere pasienten om gruppesamtaler hvor de kan møte andre som har opplevd hjerneslag og fått afasi. Martinsen formidler at felles erfaringer vil gi en bedre forståelse for den andre (Kirkevold, 1992, s.133). Wray og Clarke (2017, s.11) nevner at pasienter med afasi oppga kommunikasjonsgrupper hvor de opplevde å få forståelse fra andre i samme situasjon. Dette var en måte å få sosial støtte og erstatte pårørende som hadde trukket seg unna.

I praksisperiodene ble det erfart viktigheten for pasienter med afasi å møte andre mennesker med samme utfordringer. Når de var sammen som gruppe hjalp de hverandre med sine forskjellige utfordringer når det kom til kommunikasjon. Når helsepersonellet hadde vanskeligheter med å forstå den ene pasienten hjalp de hverandre med å finne ordene, samtidig som de også hjalp personalet til å forstå dersom noe var uklart. I og med at de hadde en felles erfaring var det lettere for dem å forstå hverandre, noe Martinsen i sin omsorgsteori formidler (Kirkevold, 1992, s.133). Det ble også observert at det ble brukt mye humor om egne og hverandres utfordringer, noe som skapte en avslappet atmosfære og ga rom for å prøve og feile (Sundin et al., 2002, s.96). Fremover bør derfor sykepleierne se viktigheten av å ha gruppesamtaler som et tiltak for pasienter med afasi, samt å videreformidle kunnskap om afasi til pårørende for å forbedre livskvaliteten som kan forebygge depresjon (Wray og Clarke, 2017, s.13).

## **5.4 Tverrfaglig samarbeid**

For at pasienter med afasi som følge av hjerneslag skal få best mulig hjelp, er et samarbeid på tvers av profesjonene nødvendig. I de yrkesetiske retningslinjer blir det beskrevet i punkt 4.1

at sykepleieren skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten. Videre i punkt 4.2 at står det at sykepleieren skal ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i omsorgsfunksjoner (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sykepleieren har en viktig rolle i å koordinere de ulike faggruppene og sørge for at det tverrfaglige teamet jobber mot et felles mål (Ribu & Singstad, 2013, s.656). Tidlig tverrfaglig samarbeid er sentralt for god rehabilitering hos pasienter med afasi. Denne pasientgruppen har en stor risiko for å utvikle psykologiske problemer som depresjon (Baker et al, 2018, s.1889). Depresjon belyses i Hilari (2012, s.90) sin artikkel å være et større problem hos pasienter med afasi etter hjerneslag enn hos de uten afasi. Forebyggende tiltak burde derfor starte fire til seks uker etter hjerneslaget og vare minst seks måneder for å kunne få god effekt (Baker et al., 2018, s.1888).

En pasient rammet av afasi har sammensatte behov. Tverrfaglig samarbeid er derfor et viktig tiltak fordi diagnosen påvirker ulike kroppsfunksjoner, som en sykepleierprofesjon alene ikke har nok kompetanse til å behandle (Andreassen, 2013, s.564). En pasient med afasi vil derfor trenger hjelp fra ulike helseprofesjoner for å få en helhetlig omsorg.

I punkt 2 i de yrkesetiske retningslinjene blir viktigheten av at sykepleier ivaretar pasientens verdighet og integritet beskrevet (Norsk sykepleierforbund, 2011). Pasienter rammet av afasi kan være en sårbar pasientgruppe ettersom de kan ha mistet sine kommunikasjonsmuligheter, og er derfor mer avhengig av at sykepleierne ser deres helhetlig behov. Dersom sykepleier gjør en dårlig koordinering kan pasienten oppleve å ikke få den hjelpen den trenger i rehabiliteringen. Dårlig koordinering kan føre til at pasienten kan føle at sin integritet og verdighet ikke blir tatt hensyn til. I et slikt tilfelle har ikke sykepleieren klart å ivareta sitt etiske veiledningsansvar (Norsk sykepleierforbund, 2011). Videre vil en dårlig koordinering av de forskjellige helseprofesjonene ikke gi pasienten et best mulig utbytte av rehabiliteringen, og dermed heller ikke en helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I Hilari sin oversikt (2012, s.90) blir det belyst at depresjon ofte blir assosiert med blant annet dårlig recovery, som kan være et resultat av dårlig koordinering og tverrfaglig samarbeid. For å forhindre dårlig recovery kan man ta i bruk en individuell plan som er en langsiktig behandlingsplan for best mulig samarbeid for helsetjenestene, men også brukeren selv. Pasienter som har behov for en langsiktig behandlingsplan og koordinerte tjenester har ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven §7-1 (2011) rett til å få en individuell plan. Pasienter rammet

av afasi har en lang rehabilitering og vil ha behov for en individuell plan. I en slik plan styrkes samarbeidet mellom tjenestene og ansvaret blir tydeligere fordelt i det tverrfaglige samarbeidet (Norsk sykepleierforbund, 2011). Yrkesgruppene som inngår i det tverrfaglige samarbeidet skal finne felles mål som pasienten skal forsøke å oppnå. Under planleggingen skriver både Helse- og omsorgstjenesteloven §7-1 (2011) og de yrkesetiske retningslinjene punkt 2 (Norsk sykepleierforbund, 2011) at pasienten har rett til medbestemmelse og utarbeidelse av sin egne individuelle plan.

Formålet med rehabiliteringen er å hjelpe pasienten til å gjenvinne eller kompensere mest mulig av de tapte funksjonene (Norsk sykepleierforbund, 2011). Likevel er det ikke alle som får gjenvunnet de tapte funksjonene. Når det gjelder språket, vil ikke alltid pasienter rammet av afasi få tilbake fullstendig tale, og det er da avgjørende og hjelpe pasienten til å finne andre kommunikasjonsmetoder som kan hjelpe pasienten (Andreassen, 2013, s.554). Med tanke på andre kroppsfunksjoner vil funksjonen heller ikke alltid bli helt gjenvunnet, og det er da viktig å finne andre teknikker og hjelpemidler, slik at pasienten kan fungerer best mulig i hverdagen (Andreassen, 2013, s.564). Sykepleiere kan ikke gi tilbake den tapte funksjonen, men det handler om å gjøre det mulig for pasienten å forsones seg med den nye tilværelsen (Gustin, 2016, s.224).

## 6.0 Konklusjon

Sykepleierne har en sentral rolle for å forebygge depresjon hos pasienter med afasi som følge av hjerneslag. Ved tap av språket vil pasienten oppleve en krise eller et traume. Sykepleiernes oppgave er da å understøtte håp, mestring og livsmot og hjelpe pasienten å finne kursen tilbake til å akseptere og mestre den nye tilværelsen.

Å tilrettelegge for god kommunikasjon som gir pasienten god mestringsfølelse er sentralt for å forebygge depresjon hos denne pasientgruppen. Vår gjennomgang av forskning viser at et sykepleietiltak som kan bidra til mestringsfølelse er å ta i bruk støttesamtaler, som tilrettelegger at ansvaret for samtalene ligger på sykepleierne og sørger for god flyt. At sykepleierne har kunnskap om afasi kan føre til at pasientene føler seg bedre forstått, og kan bidra til at det er rom for å prøve og feile i kommunikasjonssituasjoner. Når sykepleierne skal kommunisere med pasienter med afasi er det viktig å vise god tilstedeværelse og gi pasienten tid for å tilrettelegge god kommunikasjon.

Humor er også et tiltak som kan bidra til at gapet mellom sykepleier og pasient reduseres. Alle sykepleietiltakene for å tilrettelegge for god kommunikasjon med pasientene kan skape en rolig atmosfære som kan gjøre muligheten for å kommunisere tryggere og lettere.

Forskningsgjennomgangen viser videre at når pasientene får afasi som følge av hjerneslag opplever de at pårørende trekker seg gradvis unna og synes det er utfordrende å stå i kommunikasjonssituasjoner. Sykepleierne sin oppgave er da å videreformidle kunnskapen om afasi til pårørende. I tillegg kan sykepleierne motivere pasienten med afasi til gruppesamtaler hvor man møter andre som har opplevd det samme, og kan få en bedre forståelse enn hos pårørende. Et godt støttenettverk kan forhindre at pasienten isolerer seg fra sosiale omgivelser og kan dermed forebygge depresjon.

Vår gjennomgang viser også at for å få en helhetlig omsorg er det viktig at sykepleierprofesjonen inkluderer de andre helseprofesjonene og at de jobber mot et felles mål, slik at pasienten med afasi får en best mulig rehabilitering. Det er stor mangel på forskning rundt forebygging av depresjon hos pasienter med afasi som følge av hjerneslag, på grunn av kommunikasjonsutfordringene. Det etterlyses derfor at det er nødvendig med ytterligere veldesignede studier som spesifikt omhandler forebygging og behandling av depresjon etter hjerneslag hos pasienter med afasi. Selv om sykepleiere har en sentral rolle for å forebygge depresjon kan de ikke gi tilbake den tapte funksjonen, men hjelpe dem å mestre og forsones seg med den nye tilværelsen.

## 7.0 Litteraturliste

Afasiforbundet i Norge. (2014, 10.januar). Om afasi. Hentet fra

[https://www.lhl.no/hjerneslag/hjerneslag/?fbclid=IwAR147Bc-ofs3w2U4exxT2ieKUq1O6-i1w5x9juQI3MdwIsBYp4yLdC\\_XanE](https://www.lhl.no/hjerneslag/hjerneslag/?fbclid=IwAR147Bc-ofs3w2U4exxT2ieKUq1O6-i1w5x9juQI3MdwIsBYp4yLdC_XanE)

Andreassen, H. M. (2013). *Sykepleieboken : 3 Utøvelse av klinisk sykepleie* (2. utg. ed. Vol. 3). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

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.  
doi:10.1080/09638288.2017.1315181

Bertelsen, A. K. (2016). *Sykdom og behandling* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Bjerke, M. L. (2015, 7.januar). Hjerneinfarkt. Hentet fra <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/fakta-om-hjerneslag/hjerneinfarkt/?fbclid=IwAR1sYqdprwtbLBGCh1WDFi7K2rsA9JcUyavu4By4JSdAq8mqNHFYcgh1qwc>

Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., Lind, M., & Qvenild, E. (2006). *Afasi og samtale : gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Elling, I., Welhaven, I. L., Mathiesen, T. S., & Skar, T. (2014, 10. januar). Hjerneslag. Hentet fra [https://www.lhl.no/hjerneslag/hjerneslag/?fbclid=IwAR147Bc-ofs3w2U4exxT2ieKUq1O6-i1w5x9juQI3MdwIsBYp4yLdC\\_XanE](https://www.lhl.no/hjerneslag/hjerneslag/?fbclid=IwAR147Bc-ofs3w2U4exxT2ieKUq1O6-i1w5x9juQI3MdwIsBYp4yLdC_XanE)

Fure, B. (2007). Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(10), 1387-1389.

Gustin, L. W. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Bergen: Fagbokforl.

Helsebiblioteket. (2016, 7.juni a). Kildevalg. Hentet fra

[https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg?fbclid=IwAR1Wt\\_tW8WWCfvPCic8ToIngUhu97FygXAI3QEoQoKCZxjv5fwKabY\\_Pjbo](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg?fbclid=IwAR1Wt_tW8WWCfvPCic8ToIngUhu97FygXAI3QEoQoKCZxjv5fwKabY_Pjbo)

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni b). Sjekklistor. Hentet fra

[https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor?fbclid=IwAR24not4HAtQvkryhSgiftv5RmxRCxliVhd9oH2OCNlCc7\\_CgrmOVpkyYd8](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor?fbclid=IwAR24not4HAtQvkryhSgiftv5RmxRCxliVhd9oH2OCNlCc7_CgrmOVpkyYd8)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m, (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hilari, K., Needle, J. J., & Harrison, K. L. (2012). What Are the Important Factors in Health-Related Quality of Life for People With Aphasia? A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), S86-S95.e84.  
doi:10.1016/j.apmr.2011.05.028

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Mathiesen, T. S. (2016, 15. desember). 12 000 rammes av hjerneslag hvert år. Hentet fra

[https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/aktuelt/12-000-rammes-av-hjerneslag-hvert-ar/?fbclid=IwAR17CeakVFVefj1Z\\_8ZXcY9a7lA4NBL4Po5IZiHaLacAKUcDJOhlfKm54cg](https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/aktuelt/12-000-rammes-av-hjerneslag-hvert-ar/?fbclid=IwAR17CeakVFVefj1Z_8ZXcY9a7lA4NBL4Po5IZiHaLacAKUcDJOhlfKm54cg)

Norsk Helseinformatikk (2017, 27. november). Hjerneslag. Hentet fra

<https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/hjerneslag-og-blodninger/hjerneslag/?page=all>

Norsk Helseinformatikk. (2019, 22. februar). Depresjon, en oversikt. Hentet fra

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt/>

Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra

[https://www.nsf.no/Content/113944/NSF\\_yrkesetisk\\_nettsversjon.pdf](https://www.nsf.no/Content/113944/NSF_yrkesetisk_nettsversjon.pdf)

- Qvenild, E. (2017). Hva er AFASI? Informasjon til deg som har afasi. 5. Hentet fra [https://afasi.no/wp-content/uploads/sites/2/2016/01/Hva-er-Afasi\\_2017-3.pdf?fbclid=IwAR1cL1QRxXEctg1rPzK2lPyI7kO7SvRB7Bpbefe7nykr2ISobIOM2xkI53M](https://afasi.no/wp-content/uploads/sites/2/2016/01/Hva-er-Afasi_2017-3.pdf?fbclid=IwAR1cL1QRxXEctg1rPzK2lPyI7kO7SvRB7Bpbefe7nykr2ISobIOM2xkI53M)
- Ribu, L., & Singstad, T. (2013). *Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (2. utg. ed. Vol. 3). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2002). Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: A phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiry*, 9(2), 93-103. doi:10.1046/j.1440-1800.2002.00135.x
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Utdanningsforbundet. (2016, 15.april). Fagfelle vurdering. Hentet fra [https://utdanningsforskning.no/artikler/artikler-om-utdanningsforskning/hva-er-fagfelle-vurdert-artikkel/?fbclid=IwAR24dfbuL5e12H3i9pbT8Vlj-kt4xa2m3fRCHcTaZsATzjuoC\\_8IiEKJpfM](https://utdanningsforskning.no/artikler/artikler-om-utdanningsforskning/hva-er-fagfelle-vurdert-artikkel/?fbclid=IwAR24dfbuL5e12H3i9pbT8Vlj-kt4xa2m3fRCHcTaZsATzjuoC_8IiEKJpfM)
- Wray, F., & Clarke, D. (2017). Longer-term needs of stroke survivors with communication difficulties living in the community: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*, 7(10). doi:10.1136/bmjopen-2017-017944





## Vedlegg 1: PICO-SKJEMA

<b>P</b> <b>PASIENT/PROBLEM</b>	<b>I</b> <b>INTERVENSSION/ TILTAK</b>	<b>C</b> <b>COMPARISON/ SAMMENLIGNING</b>	<b>O</b> <b>OUTCOME/ UTFALL</b>
Afasi Hjerneslag	Tid Aksept Kommunikasjon Sykepleie Nonverbal Omsorg		Forhindre Depresjon
Aphasia Stroke	Time Accept Communication Nursing Nonverbal Caring		Prevent Depression

## Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkene ble gjennomført i oktober 2018 utenom Sundin et. al. (2002) sin artikkel som ble funnet i mars 2019, ettersom vi manglet noen elementer i oppgaven.

**Tabell 1 Søk i MEDLINE**

A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia (Baker et al., 2018)

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limits)	Resultat (antall)
S1	Aphasia		16536
S2	Communication		319651
S3	Depression		362371
S4	Stroke		257069
S5	S1 and S2 and S3 and S4	AND	29

S6	S1 and S2 and S3 and S4	Last 5 years	15
S7	S1 and S2 and S3 and S4	Systematic review	2

### Tabell 2 Søk i PubMed

What Are the Important Factors in Health-Related Quality of Life for People With Aphasia? A systematic review (Hilari et al., 2012)

Nummer	Søkeord	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Aphasia		16536
S2	Stroke		257069
S3	Communication		319651
S4	Nursing		570862
S5	S1 and S2 and S3 and S4	AND	25

S6	S1 and S2 and S3 and S4	Last 5 years	5
S7	S1 and S2 and S3 and S4	Systematic review	3

### Tabell 3 Søk i MEDLINE

Long-term needs of stroke survivors with communication difficulties living in the community: a systematic review and thematic of qualitative studies (Wray & Clarke, 2017)

Nummer	Søkeord	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Aphasia		16874
S2	Stroke		267403
S3	Communication		331247
S4	S1 and S2 and S3 and S4	AND	445

S5	S1 and S2 and S3 and S4	Last 5 years	189
S7	S1 and S2 and S3 and S4	Review	7

**Tabell 4: Søk i PubMed**

Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry (Sundin et al., 2002)

Nummer	Søkeord	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Aphasia	OR	17108
S2	Stroke	OR	324319
S3	Nonverbal communication	OR	351334
S4	Caring	OR	416725
S5	S1 and S2 and S3 and S4	AND	3

## Vedlegg 3: Litteratormatrise

<b>Forfatter(e), utgivelse, tidsskrift og land</b>	Faye Wray og David Clarke, BMJ Open, 2017, UK	Katerina Hilari, Justin J. Needle og Kristy L. Harrison, 2012, Archives Physical and Rehabilitation, London, UK.	Caroline Baker, Linda Worrall, Miranda Rose, Kyla Hudson, Brooke Ryan og Leana O´Bryne 2018, Disability and Rehabilitation, Melbourne, Australia.	Karin Sundin, Lilian Jansson og Astrid Norberg, 2002, Department of Nursing and Health Sciences, Umeå, Sverige
<b>Artikkel</b>	Longer-term needs of stroke survivors with communication difficulties living in the community: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies	What Are the Important Factors in Health-Related Quality of Life for People With Aphasia? A Systematic Review	A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia	Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry
<b>Hensikt med studie</b>	Målet for den systematiske oversikten var å utforske behovene til pasienter med afasi	Å finne faktorer assosiert med dårlig recovery for å forhindre dårlig	Hensikten med studien var å analysere og syntetisere forskning på rehabiliteringstiltak for å effektivt forebygge og	Hensikten med studien var å belyse betydningen av omsorgsarbeidere sin opplevelse og erfaring av

	sine kommunikasjonsutfordringer i forhold til langsiktig behandling.	livskvalitet hos mennesker med afasi etter hjerneslag. En bedre forståelse for dette kan gi bedre rehabiliteringsprogram.	behandle depresjon hos pasienter med afasi etter hjerneslag, og hvordan tiltakene kan hjelpe på kommunikasjonsutfordringer.	forståelse i kommunikasjon med pasienter med afasi etter hjerneslag.
<b>Metode</b>	En systematisk oversikt og tematisk syntese av kvalitative studier.	En systematisk oversikt. Metaanalyse som inkluderte både kvalitative og kvantitative enkeltstudier.	En systematisk oversikt. Metaanalyse	En fenomenologisk hermeneutisk forespørsel. Det ble utørt video-opptak mens de hadde samtaler rundt to bilder. Opptaket fokuserte både på omsorgsperson og pasient for å ta opp interaksjonen mellom dem.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Voksne (16+) med kommunikasjonsproblemer som følge av hjerneslag. Inkludert afasi, apraksi og dysartri.	Pasienter måtte ha fått afasi etter hjerneslag. Et krav var å være voksne (uvisst) men andre kriterier som kjønn, type afasi var	Studie inkluderte voksne med afasi etter hjerneslag uten andre betydningsfulle sykdommer som demens, traumatisk hjerneskade, nevrologiske sykdommer.	4 omsorgspersoner, 3 pasienter med afasi som følge av slag i aldersgruppe 60-80 år.

		ikke inkludert.		
<b>Resultater</b>	32 studier ble inkludert. Fire temaer knyttet til langsiktig behov ble utviklet. Disse var å mestre kommunikasjon utenfor hjemmet, skape en meningsfylt rolle, skape eller opprettholde et støttenettverk, og ta kontroll og aktivt komme seg videre med livet.	Bevisene i denne forskningen er ikke sterke nok til å fastslå om det påvirker livskvalitet. Men faktorer som bla. depresjon, afasi, kommunikasjonsvansker og aktivitetsbegrensninger er viktige faktorer.	45 studier ble inkludert. Mennesker med afasi med mild depresjon kan tjene på psykososial behandling. Det er ikke klart hvilke tiltak som kan forhindre depresjon hos langtkommet afasi, ettersom resultatene ikke var signifikante. Det ble heller ikke funnet behandling fra moderat til alvorlig afasi.	Ved at omsorgspersoner har kunnskap og forståelse om pasientens tilstand skaper dette en ”avslappet” atmosfære. Dette gjør at omsorgspersonene har mulighet å forstå og bli forstått sammen med pasienten som skaper en trygghet og selvsikkerhet hos pasientene. Humor, nonverbal språk og tid er faktorer som spiller inn for å skape denne atmosfæren.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	3 forfatter til å kvalitetssikre forskningen i tillegg til bruk av verktøyet NICE	Brukt en sjekklister for kvantitativ forskning og et for kvalitativ forskning i den	To forfattere som for å kvalitetssikre kilder. PEDro-scale som sjekklister. Det var mangel på når	Studien er fagfellevurdert. Brukt sjekklister for kvalitativt studie fra helsebiblioteket og oppfylte alle kravene.



	<p>som er en sjekklister til å kvalitetssikre artiklene.</p> <p>Artikkelen er fagfellevurdert.</p>	<p>systematiske oversikten.</p> <p>Bruker kun engelskpubliserte forskningsartikler.</p> <p>Artikkelen er fagfellevurdert.</p>	<p>behandlingstiltakene startet og avsluttet i en tredjedel av studiene som var inkludert i den systematiske oversikten.</p> <p>Dette antyder at det er nødvendig med ytterligere godt utformede studier som spesifikt omhandler forebygging og behandling av depresjon etter hjerneslag for pasienter med afasi.</p> <p>Mangel på informasjon om strategier for å optimalisere kommunikasjon innenfor tiltakene hos pasienter med afasi. Få studier beskrev tiltakene til de individuelle behovene til deltakerne med afasi.</p>	
--	--	---	---	--

<b>Etiske overveielser</b>	<p>Mangel på refleksivitet. Forskerne ser ikke betydningen i sin egen rolle i samhandling med deltakerne.</p> <p>11 av 42 inkluderte artikler rapporterte ikke tilstrekkelig data når det kom til etiske overveielser. Årsak ble ikke nevnt.</p>	<p>Forfatterne har vært kritiske til de etiske overveielser.</p> <p>I den ene artikkelen var studiet godkjent av universitet, men det var mangel på dokumentasjon om samtykke, konfidensialitet og forklaringer til deltakerne.</p>		<p>Deltakerne ble spurt flere ganger om tillatelse både skriftlig og muntlig om video-opptak.</p> <p>Det ble også gjort klart at videoen ikke skulle vises til andre en forskerne selv, og at deltakerne kunne trekke seg når som helst i studie om de skulle ønske det.</p> <p>I tillegg ble nærmeste pårørende tatt med i vurderingen om pasientens deltakelse ved usikkerhet.</p> <p>Studiet er også godkjent av The Research Etichs Committee og the Medical Faculty, Umeå Universitet.</p>
<b>Konklusjon</b>	<p>Hvis fokuset rettes kun mot pasientens funksjonshemming</p>	<p>Det er ulike faktorer som påvirker livskvaliteten, men det</p>	<p>Studien fant tiltak som kan forbedre depresjonsutfall for de med mild depresjon eller ingen,</p>	<p>Oppsummert går denne studien ut på at omsorgspersoner må fokusere</p>

	<p>(språket) kan dette hindre å oppdage psykososiale konsekvenser, som kan hindre pasienten å takle tilværelsen. Tiltak for å håndtere tilværelsen kan være nyttige for å tilrettelegge for en tilpasning til sin nye tilværelse.</p>	<p>er for lite forskning på pasienter med afasi. Forfatterne konkluderer med at pasienter med afasi må bli inkludert i studiene i framtiden, men at de må rapporteres separat fra andre hjerneslagstudier.</p>	<p>men tiltakene hadde ikke signifikante endringer. Pasienter med afasi trenger å bli inkludert i slagstudier, og få bedre design på studiene.</p>	<p>på hva pasienten føler og disse følelsene veileder omsorgspersonen når forståelse og det å bli forstått er oppnådd.</p> <p>En avslappet omsorgsatmosfære og følelse av å være ”hjemme” tilrettela dette for forståelse og bli forstått.</p>
--	---	--	--	--