



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	269
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7478
Engelsk tittel *:	Aphasia- Psychosocial needs and psychological well-being

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:	77
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Afasi- Psykososiale behov og psykisk velvære

Aphasia- Psychosocial needs and psychological well-being

Kandidatnummer: 269

Bachelor i sykepleie- Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Campus Haugesund

Innleveringsdato: 05.05.20 kl. 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn: Afasi er en vanskelig konsekvens av hjerneslag, og språkvanskene kan være krevende for både pasienten, deres pårørende og helsepersonell. På grunn av utilstrekkelige logopedtjenester i kommunehelsetjenesten i Norge, blir ofte sykepleieren den som er mest tilgjengelig for den afasirammede. Afasirammede pasienter har psykososiale behov som alle andre, men står i fare for sosial isolasjon og redusert psykisk velvære.

Hensikt: Oppgavens hensikt var å øke kunnskapen omkring afasi og hva som skal til for at den afasirammede pasienten skal oppleve å få helhetlig pleie og omsorg. Mer spesifikt vil oppgaven fokusere på psykososiale behov og psykisk velvære blant afasirammede pasienter, og hvordan sykepleieren kan fremme meningsfulle samtaler og psykisk velvære.

Problemstilling: *«På hvilken måte kan sykepleieren i kommunehelsetjenesten bidra til at pasienten med afasi opplever å få dekket sine psykososiale behov?»*

Metode: I denne bacheloroppgaven er litteraturstudie med tematisk analyse benyttet som metode. Forskningslitteratur som handler om afasirammedes psykososiale behov og opprettholdelse av psykisk velvære er inkludert og benyttet for å belyse problemstillingen.

Resultat/Funn: Resultatene indikerer at afasirammede pasienters psykososiale behov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt av helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Pasienter med afasi trenger å bli hørt og snakket til som alle andre, og har behov for dype personlige relasjoner med andre mennesker. Sykepleieren må ha god forståelse om afasi og konsekvensene det medfører.

Konklusjon: Afasirammede pasienter har behov for anerkjennelse, respekt og personsentrert omsorg fra helsepersonell. Sykepleieren må anerkjenne pasienten som et menneske med egne ønsker, verdier og mål.

Abstract

Background for choice of theme: Aphasia is a tough consequence of stroke, and the difficulties in communication can be hard for both the patient, their family and health providers. Because of inadequate speech therapy services in the municipal health service in Norway, the nurse is often the one who is most accessible to the person with aphasia. Aphasia-affected patients have psychosocial needs like everyone else but are at risk of social isolation and reduced psychological well-being.

Purpose: The purpose of this thesis was to increase the knowledge about aphasia and what it takes for the patient to experience holistic care. Specifically, the focus was psychosocial needs and psychological well-being among patients with aphasia, and how the nurse can promote meaningful social interactions and psychological well-being.

Research question: *“In what way can the nurse in the municipal health service contribute to the patient with aphasia experiencing having their psychosocial needs covered?”*

Method: In this thesis a literature review with thematic analysis was used as method. Research literature about the psychosocial needs of people with aphasia and the maintenance of psychological well-being is included.

Findings: The results indicate that the psychosocial needs of patients with aphasia are not adequately taken care of by health personnel in the municipal health service. Patients with aphasia need to be heard and talked to like everyone else, and need deep personal relationships with other people. The nurse must have a good understanding of aphasia and the consequences it entails.

Conclusion: Patients with aphasia need recognition, respect and person-centered care from health professionals. The nurse must recognize the patient as a person with own wishes, values and goals.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
1. Bakgrunn	6
1. 1 Presentasjon av tema	6
1. 2 Hjerneslag og afasi	6
1. 3 Afasi	7
1. 4 Psykososiale behov, psykisk velvære og livskvalitet.....	7
1. 5 Brukermedvirkning og afasi.....	8
1. 6 Personsentrert praksis- teori/teoretisk grunnlag.....	10
1. 8 Bakgrunn for valg av tema	12
1. 9 Hensikt og presentasjon av problemstilling.....	12
1. 9. 1 Presisering og avgrensninger.....	12
2. Metode	13
2. 1 Forskningsmetode.....	13
2. 2 Litteraturstudie	13
2. 3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier:.....	14
2. 4 Søkeprosess	14
2. 5 Metodekritikk	16
2. 6 Kildekritikk	17
2. 7 Forskningsetikk	18
3. Tematisk analyse.....	18
3. 1 Sykepleierens praksis	20

3. 2 Psykososiale behov- pasientperspektiv.....	21
3. 3 Sykepleierolle og funksjon	23
4. Diskusjon	24
4. Konklusjon og implikasjoner for praksis	29
5. Referanser	30
5. Vedlegg.....	34
<i>Vedlegg I: Tabell over søkestrategi i CINAHL og Pubmed.....</i>	<i>34</i>
<i>Vedlegg II: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie</i>	<i>36</i>

Tabeller og figurer i fortløpende tekst:

Figur 1: Rammeverk for personsentrert praksis. s.11

Tabell 1: Utdrag av litteratursøk i CINAHL og Pubmed, med nøkkelord, antall treff, leste og valgte artikler. s.15-16

Tabell 2: Litteraturmatrise av valgte artikler. Kortfattet oversikt. s.19

1. Bakgrunn

1. 1 Presentasjon av tema

Hjerneslag er en vanlig sykdom, særlig hos eldre, og rammer om lag 12 000 mennesker hvert år i Norge (Helsedirektoratet, 2018). På grunn av en økende andel eldre i befolkningen, regner man med at antallet tilfeller med hjerneslag også vil stige (Det humanistiske fakultet, 2020). Cirka en tredjedel av hjerneslagrammede får afasi (språkvansker)(Folkehelseinstituttet, 2016). Hjerneslag med påfølgende afasi rammer både unge og eldre, kvinner og menn, og det anslås at minst 15 personer får afasi i Norge hver dag, hvor 5 av disse er i yrkesaktiv alder (Det humanistiske fakultet, 2020). Afasi eller språkvansker er en vanskelig konsekvens av hjerneslag (Kirkevold, 2016, s. 477). Afasirammede står i fare for å bli sosialt isolert, mange blir behandlet som mentalt tilbakestående eller dumme, og de opplever å ikke bli behandlet med respekt eller tatt med i beslutninger som har med dem å gjøre (Bronken et al., 2012; Kirkevold et al., 2014). Mennesker rundt den rammede opplever ofte kommunikasjonen som vanskelig, og helsepersonell føler seg ofte utilstrekkelige i møte med den afasirammede (Bronken et al., 2012; Kirkevold et al 2014). I Norge har kommunehelsetjenesten ansvar for å følge opp og rehabilitere den afasirammede etter den akutte fasen, men på grunn av utilstrekkelig med logopedtjenester sliter mange med utilstrekkelig oppfølging. Dermed er sykepleiere de som er mest tilgjengelige for den afasirammede etter utskrivelse fra sykehuset (Kirkevold et al., 2014). Med bakgrunn i dette vil det være viktig at sykepleieren i kommunehelsetjenesten har kunnskap om hvilke utfordringer den afasirammede har, og hvordan man kan fremme helhetlig omsorg til denne pasientgruppen.

1. 2 Hjerneslag og afasi

Hjerneslag vil si at hjernen får en lokal skade på grunn av oksygenmangel og celledød, som følger av redusert blodtilførsel ved blødning eller blodpropp (Kirkevold, 2016, s. 464-465). De viktigste språkfunksjonene hos de fleste mennesker er knyttet til den venstre hjernehalvdelen, og det er skader i dette område som kan forårsake afasi (Det humanistiske fakultet, 2020). Andre

nevrologiske sykdommer, infeksjoner, hjernesvulster og hodeskader kan også føre til talevansker (Det humanistiske fakultet, 2020), men denne oppgaven vil fokusere på afasi etter hjerneslag.

1. 3 Afasi

Afasi er en betegnelse på vedvarende språkvansker, som omfatter at personen har vansker med å snakke, lese, skrive og forstå språk (Det humanistiske fakultet, 2020). Noen ganger kan afasityper klassifiseres, men det er mest vanlig å ha en kombinasjon av flere afatiske vansker (Røste et al., 2016). Afasi rammer personer i svært ulike grader og graden av kommunikasjonsvansker er individuell, fra å ha noen vansker med å finne de rette ordene til å fullstendig miste tale-, lese-, og skriveferdigheter. I tillegg kan de rammede ha store problemer med å forstå hva andre sier (Røste et al., 2016). Selv om den afasirammede har alle de nevnte kommunikasjonsvanskene, trenger ikke evnen til å tenke klart være skadet (Det humanistiske fakultet, 2020). Gjenvinning av språk- og kommunikasjonsferdigheter er avhengig av skadens omfang. De fleste vil oppleve bedring av ferdighetene, men alle har ikke mulighet for å gjenvinne talespråk (Ihme & Sigmond, 2016, s. 4).

1. 4 Psykososiale behov, psykisk velvære og livskvalitet

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (2019) kapittel 2 står det at sykepleieren skal ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg, fremme helse og forebygge sykdom. God helse handler om hvordan mennesket fungerer ut ifra sine egne mål og verdier, og må ses på som forenelig med noen grad av sykdom og funksjonssvikt (Kristoffersen, 2016, s. 54). Begrepet livskvalitet legger vekt på de subjektive faktorene innenfor helse, og er et mål for pasientpleien (Kristoffersen, 2016, s. 55). Siri Næss (2001) definerer livskvalitet med å ha det godt, noe som innebærer å ha gode følelser som glede, engasjement og kjærlighet, samt positive vurderinger av eget liv som tilfredshet, selvrespekt og en opplevelse av mening i tilværelsen. Livskvalitet knyttes til den enkeltes indre opplevelser og betegnes som psykisk velvære. Videre legger Næss (2001) vekt på at å ha det godt er avhengig av fravær av vonde følelser, som nedstemthet,

angst, og ensomhet samt negative vurderinger som misnøye med eget liv, skamfølelse og en opplevelse av ubrukte evner. Ut ifra denne beskrivelsen blir livskvalitet et rent subjektivt begrep som utelukker de objektive forholdene ved livet, som for eksempel god økonomi, familie og estetikk (Næss, 2001).

Ifølge Wergeland et al. (2017, s. 309) kan hjerneslag oppleves som en katastrofe for pasienten og føre til psykiske forandringer, kommunikasjonsproblemer, tretthet, synsutfall og smerter. Dette kan få psykososiale konsekvenser for pasientens selvbilde, sosiale relasjoner og syn på fremtiden. For mange resulterer det i nedsatt livskvalitet (Wergeland et al., 2017, s. 309-312). Selv om mange pasienter opplever en bedring i funksjonsnivå etter trening og behandling, vil mange måtte leve med funksjonshemming (Wergeland et al., 2017, s. 309-312). Ifølge Kirkevold (2016, s. 470) får 20% av hjerneslagrammede depresjon, og det er viktig at sykepleieren medvirker i identifiseringen av de som trenger behandling for angst og depresjon. Videre forklarer Kirkevold (2016, s. 471) at de konkrete psykososiale utfordringene gjerne kommer etter at rehabiliteringstilbudet er avsluttet, og at sosial isolasjon kan være et betydelig problem. Betydelige endringer i selvforståelse og identitet er også vanlig, og sykdommen kan oppleves som en potensiell trussel mot personens integritet. Sykepleieren må derfor understøtte pasientens forsøk på å skape mening ut av kaos og fortolke situasjonen pasienten befinner seg i etter slaget (Kirkevold, 2016, s. 476). Ifølge Helgesen (2016, s. 142) vil det å være knyttet til andre mennesker gjennom felles verdier, interesser og aktiviteter tilfredsstillende våre psykososiale behov ved å gi oss en følelse av identitet, anerkjennelse, verdighet, selvfølelse og velvære. Man får en følelse av trygghet når man vet at man kan regne med støtte fra andre når man har behov for det (Helgesen, 2016, s. 142).

1. 5 Brukermedvirkning og afasi

Som sykepleier skal man fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser og medvirke til egen pleie, omsorg og behandling, ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund (NSF), 2019).

Afasirammede opplever hyppig å ikke bli informert og inkludert i samtale, selv om de på samme

måte som andre har behov for å bli snakket med og være en del av et felleskap. Likevel blir de ofte møtt med taushet, da folk ikke tar seg tid til å skape god kontakt, eller ikke ser hensikten på bakgrunn av at pasienten ikke får noe ut av det uansett (Eide & Eide, 2018, s. 325-326).

Afasirammede som ikke klarer å uttrykke seg særlig godt, kan likevel ha god oppfatningsevne. I samtale klarer de gjerne ikke å svare som de gjorde før, som kan få motparten til å tro at de heller ikke forstår hva han sier. Det er ikke uvanlig at når en møter en person med svekket funksjonsevne på et område, at man bevisst eller ubevisst, tenker at de også har nedsatt funksjonsevne på andre områder. Slike fordommer forekommer dessverre hyppig i mange sammenhenger og kan være ødeleggende for kommunikasjonen, samt svært frustrerende for den det gjelder (Eide & Eide, 2018, s. 324). Sykepleieren har en særlig oppgave i å tilrettelegge kommunikasjonen slik at den afasirammede best mulig kan delta i meningsfulle samtaler (Kirkevold, 2016, s. 477).

Det er ikke uvanlig at den afasirammede opplever å ikke bli tilstrekkelig informert om videre behandling (Eide & Eide, 2018, s. 325). Å gi tilstrekkelig informasjon i tillegg til å forsikre seg om informasjonen er forstått kan være en utfordring i samhandling med pasienter med afasi. Språkvanskene legger opp til en utfordring om å la pasienten ta selvstendige avgjørelser, da forståelse og tolkning av hva den afasirammede uttrykker kan være svært vanskelig. Ifølge Eide og Eide (2018, s. 325) er årsaken som nevnt fordommer og mangel på kunnskap, slik at man antar at vedkommende ikke får utbytte av det uansett. En viktig sykepleieoppgave blir dermed å informere pasienten på en tilrettelagt og god måte. Samtidig som man skal minne kolleger på å informere om pasientens tilstand, og viktigheten av å holde pasienten informert og oppdatert (Eide & Eide, 2018, s. 325). Pasient og brukerrettighetsloven §3-1 (1999) understreker at pasienten har rett til å medvirke i gjennomføring av helse og omsorgstjenester, og derunder rett til å gjøre valg. Videre i §3-2 (pasient og brukerrettighetsloven, 1999) skal pasienten ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

1. 6 Personsentrert praksis- teori/teoretisk grunnlag

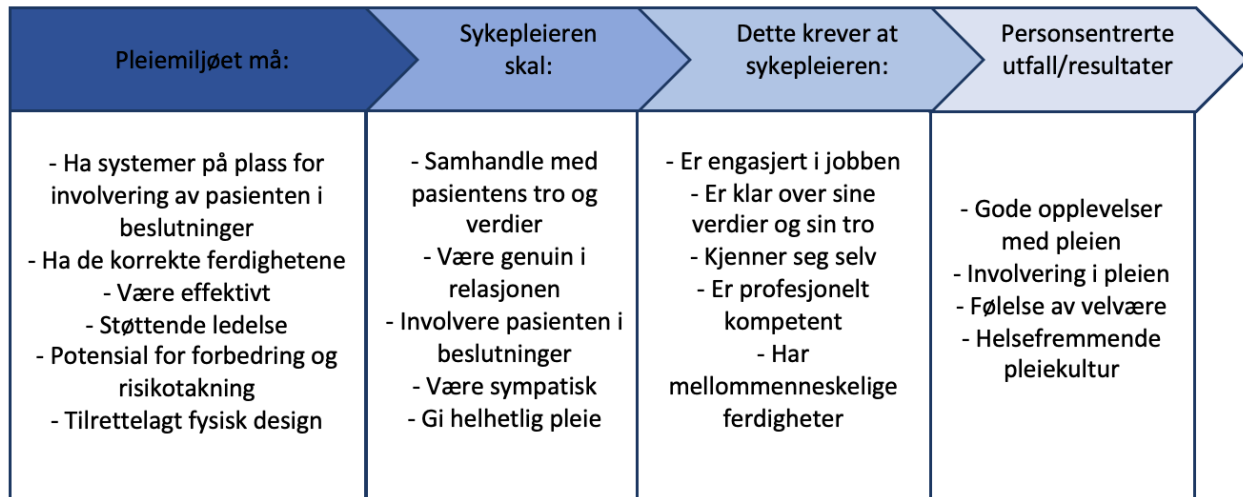
McCormack og McCance (2016, s. 20) har det siste tiåret arbeidet med et rammeverk for personsentrert praksis for sykepleiere. Målet med rammeverket er at pasientene skal oppleve pleien som god, og bli inkludert i omsorgen og beslutninger som tas, på en slik måte at de føler på velvære og opplever å få helhetlig pleie (McCormack & McCance, 2016, s. 53-54).

Teoretikerne definerer personsentrert praksis som en fremgangsmåte til praksis etablert gjennom utvikling og ivaretagelse av gode relasjoner mellom helsepersonell, pasient og andre som står pasienten nær. Sentralt ligger respekten for det enkelte mennesket, individuelle rettigheter til selvbestemmelse, gjensidig respekt og forståelse (McCormack & McCance, 2016, s. 41). Helt fra starten er det sentralt å anerkjenne at personsentrert praksis flettes inn i omsorgen. Fra et omsorgsperspektiv vil rammeverket gjøre det mulig å se etter signaler som hjelper sykepleieren til å ta beslutninger ut ifra pasientens ønske, situasjon og identitet (McCormack & McCance, 2016, s. 23).

McCormack & McCance (2016, s. 33) forklarer at dersom man skal kunne legge til rette for at de som trenger vår hjelp får være seg selv er det nødvendig å sikre at vi er i best mulig stand til å gjøre det. Når vi virkelig er koblet sammen i et personsentrert forhold og deler av våre verdier, håp og ønsker, gjør vi det mulig for andre å bli kjent med oss som personer (McCormack & McCance, 2016, s. 33). Videre er det å kjenne pasienten på denne måten er essensielt for å kunne praktisere personsentrert. Imidlertid er livene våre dominert av mønstre - noen gode og nyttige, og andre ikke. Disse mønstrene former vår eksistens og kvaliteten på forholdene vi opplever, og er årsaken til at teoretikerne valgte å lage rammeverket for personsentrert praksis for sykepleiere (McCormack & McCance, 2016, s. 33). Rammeverket inneholder forutsetninger for helsepersonellens egenskaper og betraktes som de viktigste byggesteinene i utviklingen av personell som kan tilrettelegge for god personsentrert omsorg. Egenskapene inkluderer at pleieren skal være profesjonelt kompetent, har evne til å kommunisere på flere nivåer ved hjelp av effektive verbale og non verbale interaksjoner og er bevisst på hva som skal til for å fremme helhetlig og god personsentrert omsorg (McCormack og McCance, 2016, s. 41-46). Pleiemiljøet skal kjennetegnes ved at avdelingen har den korrekte blandingen av helsepersonell, som

inkluderer tilstrekkelig med sykepleiere. I tverrfaglig sammenheng betyr det at de ansatte har den nødvendige kunnskapen og ferdighetene som må til for å kunne yte pleie av kvalitet (McCormack og McCance, 2016, s. 47-53).

Figur 1: Rammeverk for personsentrert praksis, basert på McCormack og McCance (2016, s.42) sin illustrasjon.



Den personsentrerte prosessen fokuserer på å utøve pleie gjennom aktiviteter som legger til rette for forskjellige vinklinger til personsentrert praksis. Disse komponentene av rammeverket fokuserer spesielt på pasienten, og beskriver at pasienten skal ha et klart bilde av hva han verdsetter i sitt liv og hvordan han finner mening i hverdagen ut ifra hans individuelle behov og rolle. Sykepleieren skal tilrettelegge for involvering av pasienten og dens pårørende i beslutningsprosesser på en måte som viser hensyn til deres verdier, erfaringer, bekymringer og fremtidige mål. Videre skal sykepleieren anerkjenne pasientens individuelle egenskaper og verdier, og benytte en blanding av behandling og omsorg som tar hensyn til fysiologiske, psykologiske, sosiokulturelle, utviklingsmessige og åndelige dimensjoner hos pasienten (McCormack & McCance, 2016, s. 54-58).

1. 8 Bakgrunn for valg av tema

Mine erfaringer viser at pasienter med afasi får svært forskjellig pleie, alt etter hvem som er på jobb. Noen dager får de god tålmodighet og det såkalte gode stellet. Andre dager blir de liggende i sengen nærmest uten mat og drikke på grunn av misforståelser og dårlig kommunikasjon. Erfaring tilsier at det er store forskjeller på hvordan helsepersonell, inkludert sykepleiere møter denne pasientgruppen. Dette kan bety at det trengs mer kunnskap om afasi i helsetjenesten og hos sykepleiere som yrkesgruppe.

1. 9 Hensikt og presentasjon av problemstilling

Hensikten med denne oppgaven var å øke kunnskapen omkring afasi og hva som skal til for at den afasirammede pasienten skal oppleve å få helhetlig pleie og omsorg. Mer spesifikt vil oppgaven fokusere på psykososiale behov og psykisk velvære blant afasirammede pasienter. Problemstillingen blir dermed:

«På hvilken måte kan sykepleieren i kommunehelsetjenesten bidra til at pasienten med afasi opplever å få dekket sine psykososiale behov?»

1. 9. 1 Presisering og avgrensninger

Oppgaven vil fokusere på voksne, afasirammede pasienter, som følge av slag, med behov for langsiktig sykepleie. Det blir gjort på bakgrunn av at det i problemstillingen knyttes til kommunehelsetjenesten, hvor disse pasientene danner en pasientgruppe som i hovedsak følges opp av sykepleiere. Videre blir det ikke begrenset til type afasi på bakgrunn av at de fleste studier tar for seg en blanding av afatiske vansker, og ikke spesifiserer type afasi. Fokusområdet mitt har vært på hva som er viktig for pasienten med afasi, og hvordan den informasjonen kan bidra til helhetlig pleie og omsorg. Afasirammedes erfaringer og tanker har vært sentralt for å belyse problemstillingen.

2. Metode

2.1 Forskningsmetode

Vilhelm Aubert (1985, referert i Dalland, 2017, s. 51) definerer metode som en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Alle midler som tjener det formålet går inn under metode (Aubert, 1985, referert i Dalland, 2017, s. 51). Kvalitativ og kvantitativ er to forskjellige metoder å utføre et forskningsprosjekt på, og som på hver sin måte bidrar til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan mennesker handler og samhandler (Dalland, 2017, s. 52). Kvalitative metoder har ofte et mindre antall deltakere, og gir oss opplysninger som går mer i dybden ved hjelp av intervjuer eller ustrukturert observasjoner. Kvalitative data er mer fleksible og tar sikte på forståelse og sammenheng. Kvantitativ metode kjennetegnes ved at man går mer i bredden ved at man har et større antall deltakere og leter etter det gjennomsnittlige. Da brukes ofte spørreundersøkelser med avklarte svaralternativer eller systematiske og strukturerte observasjoner (Dalland, 2017, s. 52-53). I nyere tid opererer flere med blandet metode, som inkluderer metodetrekk fra både kvalitativ og kvantitativ metode (Carlsen & Staff, 2012, s. 26).

2.2 Litteraturstudie

Metoden som ble tatt i bruk i denne bacheloroppgaven for å finne svar på problemstillingen var litteraturstudie. Litteraturstudie som metode kan forklares med at man tar utgangspunkt i allerede eksisterende forskningslitteratur for å belyse en problemstilling (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80). Forklart på en annen måte er en litteraturstudie en studie som systematiserer kunnskap fra flere skriftlige kilder, velger ut, kritisk vurderer og til slutt sammenfatter det hele. Formålet med studien er å gi leseren god forståelse og oppdatert kunnskap om det området som problemstillingen etterspør i tillegg til at det opplyses om skriveprosessen (Thidemann, 2015, s. 79-80). For å kunne utføre en litteraturstudie av god kvalitet, er det nødvendig med nok forskningslitteratur for å belyse tema. I denne litteraturstudien ble valg av artikler basert på følgende inklusjon og eksklusjonskriterier:

2. 3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier:

For å bli inkludert i studien, måtte forskningslitteraturen i hovedsak handle om afasirammede personer etter slag, med alder over 18 år og behov for langvarig sykepleie. Afasirammede barn utelukkes i denne oppgaven med bakgrunn i at de har andre behov enn afasirammede voksne. Artikkene måtte være på engelsk eller skandinaviske språk, da dette er språk jeg mestrer. Videre ble det ikke gjort geografiske avgrensninger, for å unngå og utelukke relevant forskningslitteratur fra andre deler av verden. Det ble imidlertid fokusert på at forskningen hadde blitt utført i i-land, slik at forutsetningene sammenlignet med afasirammede i Norge var noenlunde like. Alle typer design (kvalitativ, kvantitativ, litteraturstudier) ble vurdert for inklusjon, men det ble funnet få kvantitative studier på området. Tanken bak å inkludere alle typer design var for å sikre en best mulig besvarelse av problemstillingen. Informantene i forskningslitteraturen kunne være sykepleiere, afasirammede og pårørende. Lite forskningslitteratur med fokus på kommunehelsetjenesten ble identifisert, og inklusjonskriteriene ble derfor utvidet til å også inkludere spesialisthelsetjenesten. Artikkene måtte være fra 2011 og/eller nyere, for å sikre fremdeles relevant og aktuell ny kunnskap.

2. 4 Søkeprosess

Innledende søk om tema ble gjort i Google Scholar for å få et innblikk i hvor mye forskning som er utført omhandlende afasi, før problemstillingen ble til. Søk etter nyere forskning om tema ble gjennomført i databasene Pubmed og CINAHL. Disse databasene har god dekning av referanser innen medisin og sykepleierelaterte tidsskrift samt avhandlinger og rapporter. CINAHL inneholder også en del kvalitativ forskning og pasienterfaringer, som er svært sentralt med bakgrunn i min problemstilling (Høgskulen på vestlandet, u.å.). Litteratursøkene er gjort ved to forskjellige anledninger. Bakgrunnen for det er at ved å lese gjennom aktuell litteratur og forskningsartikler, ble det funnet flere nøkkelord som var relevante for problemstillingen. I søkestrategien ble AND brukt mellom nøkkelordene for å avgrense søket, mens OR ble brukt for å utvide. Etter hvert i prosessen og gjennomgang av aktuell litteratur og forskning ble det lettere å velge relevante nøkkelord. Hovednøkkelord som ble brukt var Aphasia, psychological well-

being, nurs* og quality of life. Se Tabell 1 for utdrag av søkene, inkluderer oversikt over hvilke artikler som ble lest, analysert, og til slutt valgt som en del av datamaterialet. Mer utfyllende søkemetode er vedlagt under vedlegg I, *tabell over søkestrategi*.

I de første søkene ble det avgrenset til europeiske studier, og studier i Norden, med bakgrunn i at studiene skulle kunne sammenlignes med hvordan helsevesenet fungerer i Norge. Veileder tipset om at det kunne være lurt å prøve og søke uten geografisk avgrensning, med bakgrunn i muligheten for å også identifisere nyttig kunnskap utenfor landegrensene. Disse søkene gav bredere resultater, blant annet flere studier fra USA. Jeg merket meg av flere av forskerne gikk igjen i flere studier, og at flere av de samme studiene kom opp på flere av de forskjellige søkene. Etter søkene satt jeg igjen med i underkant av 20 studier med mulig relevans for oppgaven. Deretter ble artiklene lest og analysert, før jeg til slutt hadde 5 studier som ble datamateriale for denne litteraturstudien/bacheloroppgaven. Artiklene som ble ekskludert i utvelgelsesprosessen ble tatt bort basert på at de ikke direkte svarte på problemstillingen og/eller på grunn av ordbegrensning i oppgaven, i tillegg til nevnte eksklusjonskriterier. Målet var å finne studier som så på hva som er viktig for pasienter med afasi, og hvordan sykepleieren kan utøve helhetlig pleie og omsorg, med fokus på psykisk velvære og psykososiale behov.

Tabell 1: Utdrag av de utførte søkene gjort ved to anledninger.

Database	Søkeord	Treff	Lest	Valgt	Database	Treff	Lest	Valgt
CINAHL	Aphasia AND Psychological Well-Being Dato for søk: 9.03.21	17	(Northcott et al., 2018) (Wallace et al., 2017) (Manning et al., 2020) (Cruice & Ten, 2019) (Shiggins et al., 2020)	(Wallace et al., 2017) (Shiggins et al., 2020)	Pubmed	90	0	
	Aphasia AND Quality of life AND Nurs* Dato for søk: 9.03.21	6	(Hilari et al., 2012)	(Hilari et al., 2012), inkludert i teori.		24	(Thompson & Mckeever, 2014) (Hjelle et al., 2019) (Kirkevold et al., 2014)	(Thompson & Mckeever, 2014)

Aphasia AND Psychological Well-Being AND Nurs*	2	(Thompson & Mckeever, 2014)	Thompson & Mckeever, 2014)	13	(Strong et al., 2018)	
Dato for søk: 21.03.21						
Neuroscience nursing AND aphasia	5	(Cheba et al., 2014)			-	
Dato for søk: 21.03.21						
Aphasia or dysphasia AND care or Psychological Well-Being AND nurs*	40	(Rijssen et al., 2019) (Shafer et al., 2019) (McKinley et al., 2016) (Cameron et al., 2017) (Pound & Jensen, 2018) (Azios et al., 2018) (Saldert et al., 2018)	(Azios et al., 2018) (Saldert et al., 2018)	-		
Dato for søk: 21.03.21						

2. 5 Metodekritikk

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 26) kan svake sider ved en litteraturstudie for eksempel være at forskeren kun har hatt tilgang til et begrenset antall studier, eller at han har valgt litteratur selektivt på bakgrunn av et ønske om å støtte opp egne meninger (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26). Dalland (2017, s. 61) belyser at det er viktig å redegjøre for egen posisjon, da holdninger, kunnskaper og forhistorie virker inn på hvordan man omtolker og bearbeider datamateriale. I denne litteraturstudien er det jeg som sykepleierstudent på tredje året som er forskeren. Basert på dette er det selvsagt at man har egne erfaringer fra praksisfeltet, og som beskrevet innledningsvis er erfaringer fra praksis en del av grunnlaget for valg av tema. Jeg kan dermed ikke garantere objektivitet, men har etter beste evne forsøkt å hente inn data basert på problemstillingen og relevans, og ikke ut ifra egne tanker og holdninger.

For å kunne belyse flere sider ved problemstillingen og få en bred forståelse ble 5 forskningsartikler inkludert i datamaterialet. Det ble da tatt med kvalitative forskningsartikler og

litteraturstudier. Alle artiklene er skrevet på engelsk, noe som er positivt med bakgrunn i at litteraturen skal kunne nå ut til mange. På en annen side vil det gi en større risiko for feiltolkning fra min side i prosessen med å oversette innholdet i artiklene. Risiko for feiltolkningen har jeg vært bevisst på fra starten av for å prøve å unngå dette. Dalland (2017, s. 60) skriver at ved godt forarbeid og oppmerksomhet i gjennomføringen kan en del av de vanligste feilene reduseres.

2. 6 Kildekritikk

Metodene som brukes for å fastslå om en kilde er troverdig kalles kildekritikk. Det vil si å både vurdere og karakterisere litteraturen som er funnet, samt redegjøre for hvilke kriterier som er benyttet under utvelgelsen (Dalland & Trygstad, 2017, s.158). Ifølge Dalland (2017, s. 60) skal man se etter hvilken relevans datamaterialet har for problemstillingen, og hvor pålitelig materialet er samlet inn på. For å kunne sikre at datamateriale er pålitelig og av kvalitet, er artiklene sjekket ved bruk av en sjekkliste for kvalitative studier. I vedlegg II er det lagt ved et eksempel på hvordan dette er gjort. Basert på denne sjekklisten fra helsebiblioteket (2020) er datamaterialet brukt i denne studien av tilfredsstillende kvalitet. Målbevisst har jeg tatt i bruk artikler som er fagfellevurdert (peer reviewed), og som i tillegg er utgitt av anerkjente tidsskrift.

Under søkeprosessen ble flere studier lest og gjennomgått for å finne ut om deres materiale var relevant for problemstillingen i denne oppgaven. Ut ifra søkene var det lite forskningslitteratur som omhandlet hvordan afasirammede opplevde ivaretakelsen av dem på sykehjem, spesielt da i Norge. Basert på disse søkene er ikke litteraturen tilstrekkelig dekket på dette fagfeltet. To av de inkluderte artiklene som gikk på spesifikke sykehjem er utført i Sverige og USA. Det kan være et problem da pleiekultur, bemanning, ferdigheter og kunnskap hos sykepleierne kan variere, og må tas i betraktning når en leser denne oppgaven. Det var relevant å finne data fra både sykepleie- og pasientperspektivet, for å kunne sammenligne og se om dette stemte overens, og eventuelt finne forbedringsområder.

2. 7 Forskningsetikk

Forskning innen helse og medisin i Norge er regulert av helseforskningsloven og forskningsetikkloven. Helseforskningsloven (2008, §1, §5) har som formål å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning, og skal være basert på respekt for deltakernes menneskerettigheter og menneskeverd. Deltakernes velferd, personvern og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser (Helseforskningsloven, 2008, §5).

Forskningsetikkloven (2017, §1) har som formål å bidra til at forskning, både offentlig og privat, skal skje i henhold til anerkjente forskningsetiske normer. Innenfor helsefaglig og medisinsk forskning er det krav om at studier skal være forhåndsgodkjent av De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), for vurdering om studien kan utføres på riktig juridisk og etisk grunnlag (Helseforskningsloven, 2008, §9-§10). Videre skal den forskningsansvarlige samt prosjektlederen av studien sørge for åpenhet rundt forskningen (Helseforskningsloven, 2008, §39). En forsker har et selvstendig ansvar for å sikre at studien er basert på objektivitet og upartiskhet, uavhengig av hvem som har tatt initiativ til prosjektet (Carlsen & Staff, 2012, s. 20). For denne oppgaven betyr det at artiklene skal velges ut ifra problemstillingen og studier som svarer på den, og ikke på bakgrunn av om resultatet er ønsket eller ikke. Det vil bidra til å få et større og mer troverdig bilde.

3. Tematisk analyse

Av de 5 inkluderte artiklene i denne litteraturstudien er det en litteraturstudie, tre kvalitative studier og en studie med blandet metode (mixed method studie). Analysen av de valgte studiene startet med at det ble utviklet en artikkelmatrise som trakk ut hovedessensen og karaktertrekkene til hver av studiene. Videre ble funnene jobbet med og sammenlignet, og temapunkter ble satt etter runder med omformuleringer. Hvert tema vil videre bli presentert under punktene; Sykepleierens praksis, psykososiale behov- pasientperspektiv, og sykepleierrolle og funksjon.

Tabell 2: Artikkelmatrise av valgte artikler.

Referanse/Land/Metode	Hensikt /mål	Resultat/ funn	Tema
Saldert et al., 2018 Land: Sverige Metode: Blandet. Kvalitative intervjuer i tillegg til videoobservasjon av pleiesituasjoner.	Å utforske samspill og samhandlings mønstre til sykepleiere som arbeider med pasienter med alvorlig afasi på langtidssykehjem.	Sykepleiere skiftet ofte samtaleemne i dialog med afasirammede, istedenfor å prøve å forstå hva pasienten ønsket å formidle. Tre ulike fokus hos sykepleierne under en stellesituasjon; Noen hadde fokus på å få stellet gjennomført, noen fokuserte på å prate om andre ting, mens andre fokuserte på å inkludere pasienten i stellet ved å gi pasienten alternativer eller snakke om problemer knyttet til oppgaven	Sykepleierrolle og funksjon
Shiggins et al., 2020 Land: Norge, UK, Israel, Danmark og Israel Metode: Kvalitativ, intervjubasert	Å utforske relevans og potensial for ressurs basert tilnærming for å fremme og vedlikeholde psykisk velvære for afasirammede og deres pårørende på kryss av kontekster og kulturer.	Nøkkelt tema ble identifisert: personlig reise, å hjelpe andre, lære å kjenne seg selv og andre, aktiviteter og personlige egenskaper. Å selv kunne identifisere ressurser, innenfor personen og deres miljø og relasjoner hjalp afasirammede og pårørende til å komme over barrierer og få tilbake selvtillit og selvfølelse. Å fokusere på personens annerkjennelse, personlige egenskaper, aktivitet og aktivering av ressurser, kan øke personens forståelse og finne mening rundt slaget og afasien.	Psykisk velvære
Wallace et al., 2017 Land: Australia, Danmark, USA, Canada, UK, Sør Afrika og Kina. Metode: Kvalitativ, intervjubasert	Å identifisere viktige behandlingsutfall/resultater fra den afasirammedes og deres pårørendes perspektiv	Å kunne øke egenskapene innen kommunikasjon, være kapabel til å ha lengre samtaler, si lengre setninger, å kunne uttrykke seg selv klart og tydelig, å uttrykke sine følelser. Å ha normale og dype samtaler på egen hånd. Å ha et sosialt liv med venner og familie, være selvstendig. Å bli sett på som den samme personen som før. Å få respekt og annerkjennelse fra andre. Ønsket økt kunnskap hos andre mennesker, både i miljø og samfunn generelt.	Hva er viktig for den afasirammede og deres pårørende?
Thompson, J., & McKeever, M. 2014. Metode: Litteraturstudie	Tar sikte på å finne hvordan afasi går ut over helse og velvære, og bidrar med forslag til sykepleietiltak.	Afasi påvirker personlig identitet. Pasienten blir sett på som en byrde, med lav sosial verdi. Sykepleierne fokuserer kommunikasjonen med pasienten inn på oppgave-relaterte tiltak, mens pasienten sjelden tar initiativ og påvirker til valg av tema. Den afasirammede ofrer ofte seg selv istedenfor å kjempe for egen identitet og verdi. Sykepleieren må først bli kjent med pasienten på et personlig nivå.	Psykisk velvære Sykepleierens rolle og funksjon
Azios et al., 2018 Land: USA Metode: Kvalitativ studie. Intervjubasert.	Målet er å utforske tilgjengeligheten den afasirammede hadde til å skape relasjoner og delta i sosiale settinger på langtidssykehjem.	Hvordan sykehjemmet fungerte påvirket den afasirammede negativt i forhold til å kommunisere med andre og utvikle meningsfulle relasjoner. Relasjonen mellom pasient og pleier er utrolig viktig for pasientens livskvalitet. Viktig å ta seg tid.	Sykepleierens rolle og funksjon Psykososiale behov

3. 1 Sykepleierens praksis

I flere av studiene kommer det frem at sykepleiere mer eller mindre styrer kommunikasjonen med den afasirammede, og ofte går videre i samtale, eller fysisk unngår sosiale interaksjoner når pasienten ikke klarer å uttrykke det han prøver å få ut verbalt (Azios et al., 2018; Saldert et al., 2018; Thompson & McKeever, 2014). Den sosiale interaksjonen mellom pasient og pleier er ofte oppgaveorientert, og pasientene tar sjelden initiativ til diskusjon og hadde dermed liten innvirkning over samtaleemne (Azios et al., 2018; Saldert et al., 2018; Thompson & McKeever, 2014). Det medførte en reduksjon i pasientens selvfølelse og identitet, og tok bort pasientens rett til å delta i egen pleie og fremtid, i tillegg til risiko for tap av identitet og ferdigheter i relasjonsbygging (Thompson & McKeever, 2014). Saldert et al. (2018) fant i sin studie tre ulike fokus hos sykepleierne under en stellesituasjon. Noen hadde fokus på å få stellet gjennomført, noen fokuserte på å prate om andre ting, mens andre fokuserte på å inkludere pasienten i stellet ved å gi pasienten alternativer eller snakke om problemer knyttet til oppgaven. Fra sykepleiernes side var det et mål å bruke stellesituasjonen til å snakke med pasienten da dette ofte var den tiden av dagen de fikk mest tid sammen (Saldert et al., 2018). Azios et al., (2018) kom frem til at den fysiske oppbygningen av avdelingen, generell underbemanning, lav forståelse av afasi og dets konsekvenser, i tillegg til at sykepleierne ikke hadde trening i hvordan man kunne kommunisere med afasirammede førte til at pasientene ikke ble tilstrekkelig ivaretatt (Azios et al., 2018).

Azios et al. (2018) fant gjennom sine intervjuer ut at måten sykehjemmet fungerte på påvirket de afasirammedes muligheter for sosialisering med andre og utvikling av meningsfulle relasjoner negativt. Selv om sykepleierne hadde stor respekt for og brydde seg om pasientene, gjorde de sine oppgaver uten å vektlegge mellommenneskelig kommunikasjon før handlingene. For eksempel ved å prate til pasienten med ryggen til (Azios et al., 2018). Azios et al. (2018) kom frem til at sykepleierne hadde lav forståelse av afasi og dets konsekvenser, i tillegg til at de ikke hadde trening i kommunikasjonsmetoder medførte at pasientene ikke ble tilstrekkelig ivaretatt (Azios et al., 2018). Fokuset på avdelingen var på pasientenes fysiske behov og var godt tilrettelagt for at pasientene ikke skulle falle, kveles, få trykksår eller bli dehydrerte. Derimot var

det ingen informasjon om kommunikasjonsferdigheter eller strategier for å bedre kommunikasjonen. Lavt til ingen fokus på ensomhet, kjedsomhet, utmattelse, eller isolasjonssymptomer og ingen prosedyrer på hvordan en kan fremme emosjonell helse eller velvære. Sykepleierne hadde ingen kunnskap om hvordan de kunne handle ved psykososiale problemer. Pasientene hadde dermed små muligheter til å utvikle meningsfulle relasjoner og samtaler (Azios et al., 2018). Saldert et al. (2018) foreslår at variasjonen av tid som ble brukt på sosial interaksjon hadde mye med sykepleierens personlige egenskaper, fremfor graden av afasi og type aktivitet. Studien viste at sykepleierne kunne bruke mye tid på sosial kommunikasjon med pasienten selv om pasienten hadde svært høy grad av afasi (Saldert et al., 2018). Dette bekreftes av Azios et al. (2018) som fant ut at det var sosiale interaksjoner og varierende nivå av sosial eksklusjon, uavhengig av afatiske vansker.

3. 2 Psykososiale behov- pasientperspektiv

Shiggins et al. (2020) fant at opplevelsen og situasjonen rundt slaget og afasien var individuell. Deltakerne trakk fem at livet er hardt, og rehabiliteringstiden var tid- og energikrevende. Videre rapporterte deltakerne at å anerkjenne forandringene etter slaget, la tiden være til hjelp og sakte med sikkert komme tilbake til seg selv, hjalp for å opprettholde et positivt psykisk velvære (Shiggins et al., 2020). Realitetsorienterende faktorer som å ikke kunne svare på telefonen på samme måte som før opplevdes hardt, og ble en påminnelse om tapt funksjon. Repetisjon av informasjon om afasi og hjerneslag var sentralt for at deltakerne kunne rejustere tankene og føle seg vel (Shiggins et al., 2020). Personlige egenskaper er av betydning for psykisk velvære. Å være optimistisk samt å ha en positiv innstilling bidro til å fokusere på hva man faktisk kunne få til, istedenfor hva han ikke kunne lengre (Shiggins et al., 2020). Ifølge Shiggins et al. (2020) har de afasirammede behov for en pause fra pasientrollen. For å finne sin identitet utenom afasien fant flere tilbake til aktiviteter de likte før slaget, som for eksempel å gjenvinne spesielle ferdigheter, gjøre husarbeid, eller å få tilbake førerkortet. Dette bidro til økt psykisk velvære (Shiggins et al., 2020). Shiggins et al. (2020) beskrev at aktiviteter og fritidsaktiviteter som ikke var forbundet med arbeid, gav de afasirammede en følelse av psykisk velvære. De understreket viktigheten av å skape rom for å ha det hyggelig. Eksempler på slike aktiviteter kunne være alt i

fra å se på sport, synge i kor og høre på musikk til å være ute i naturen og kjenne solen på kroppen eller å delta på et kurs om afasi og hjerneslag. Dette var sentralt for å komme tilbake til seg selv (Shiggins et al., 2020).

Sosial støtte fra andre mennesker, i grupper og i nære relasjoner samt å ha et sosialt liv er en svært viktig faktor for afasirammedes psykososiale behov (Azios et al., 2018; Shiggins et al., 2020; Wallace et al., 2017). Afasirammede har nytte av å bevare «gamle» eller utvikle nye relasjoner med andre (Shiggins et al., 2020; Wallace et al., 2017). De afasirammede uttrykte også nytten av å være en del av sosiale grupper, som for eksempel støttegrupper for personer med afasi (Shiggins et al., 2020; Wallace et al., 2017). Å dele erfaringer sammen med andre i samme situasjon fremmet utviklingen av en felles identitet i tillegg til nye, sterke og dype sosiale relasjoner med mennesker som virkelig forstod (Shiggins et al., 2020). Deltakerne i studien til Azios et al. (2018) hadde behov for kontakt med andre med kommunikasjonsvansker på utsiden av sykehjemmet, som hjelp til å utvikle meningsfulle relasjoner med andre og til å forstå følelser knyttet til afasien.

Shiggins et al. (2020) fant at mange opplevde hensikt i livet ved å ta på seg en rolle, for eksempel i en støttegruppe, hvor de kunne bidra til å hjelpe andre mennesker. Det gjorde at de kunne bruke egenskaper og ferdigheter de hadde bygget seg fra «sitt forrige liv», eksempelvis i tidligere arbeidsforhold. Å stille seg behjelpelig til andre følte bra (Shiggins et al., 2020). Flere følte de hadde blitt bedre mennesker etter afasien inntraff (Shiggins et al., 2020). De afasirammede i studien til Wallace et al. (2017) uttrykte et ønske om å trene opp sine kommunikasjonsferdigheter slik at de ville være kapable til å ha lengre og normale samtaler. Ut ifra det ville de uttrykke seg klart og tydelig, kunne uttrykke sine følelser og si lengre setninger på egen hånd (Wallace et al., 2017). Videre hadde deltakerne behov for å være selvstendige og kunne gjøre daglige oppgaver uten hjelp av andre, samt å få respekt og annerkjennelse av mennesker rundt dem. De rammede hadde behov for meningsfulle samtaler som gikk på mer enn bare grunnleggende behov. Å bli sett på som den samme personen var sentralt for opprettholdelse av psykisk velvære (Wallace et al., 2017).

3. 3 Sykepleierolle og funksjon

Flere studier viste at helsepersonell som arbeider med afasirammede må ha god kunnskap om afasi for å kunne ivareta pasientens psykiske behov (Azios et al., 2018; Wallace et al., 2017; Thompson & McKeever, 2014). Kunnskap og kommunikasjonsferdigheter vil hjelpe sykepleieren til å se alle konsekvensene afasi har på pasientens liv, og på den måten kunne tilrettelegge for gode, støttende og helsemessige tiltak for å hjelpe den rammede til å akseptere en ny hverdag (Thompson & McKeever, 2014). Thompson og McKeever (2014) kommer frem til at sykepleieren trenger trening i hvordan man kan inkludere pasient og pårørende i beslutningsprosesser, slik at man sikrer individuelle rettigheter. Videre må pårørende brukes for å samle data om pasienten som person, og gjerne også som en type tolk. Pårørende vet gjerne mye om hva som trolig vil være pasientens bekymringer. Imidlertid er det en risiko med tanke på autonomien til pasienten å involvere pårørende (Thompson & McKeever, 2014). Videre konkluderer Azios et al. (2018) med sykepleierne hadde en misoppfattet forståelse av hva afasi er og hvordan det påvirket personens kommunikasjon, og at de hadde behov for kurs og undervisning om afasi og dets utfordring til for å endre pleiekulturen på en avdeling. Wallace et al. (2017) konkluderte i sin studie med at helsepersonell i rehabiliteringen av personer med afasi burde fokusere på å forbedre kommunikasjonsferdigheter, forbedre kunnskapen om afasi, støtte pasientene til å akseptere deres nye hverdag, tilrettelegge og koordinere for gode helse og støttende tiltak.

Thompson og McKeever (2014) konkluderer i sin litteraturstudie med at fundamentale grunnleggende behov inkluderer sosiale og psykologiske behov på lik linje som fysiske behov. Studien kom frem til at for å kunne støtte pasientenes uavhengighet og selvbestemmelse må sykepleieren unngå svekkelser hos pasienten, ved å tilegne seg mer kunnskap om afasi og alternative kommunikasjonsmetoder (Thompson og McKeever, 2014). Videre må sykepleieren innse at kommunikasjon er en delt aktivitet med delt ansvar, og aktivt gå inn for å få frem pasientens individuelle jeg ved bruk av pårørende og oppmuntre til spørsmål. Vilje til å møte pasienten på halvveien gjør det mulig for sykepleieren å bringe verden til pasienten, gjennom miljøtilpasninger, støtte og oppmuntrende tilknytning til relevante grupper (Thompson & McKeever). Å ha en empatisk holdning er i seg selv er en kommunikasjonsmåte som viser

varme, solidaritet og man tar pasienten i betraktning. Sykepleieren må først bli kjent med pasienten på et personlig nivå og fokusere på relasjonsbygging basert på omsorg og medfølelse (Thompson og McKeever, 2014). Ved å tørre og kommunisere med den afasirammede, vil sykepleieren åpne seg for en risiko for å misforstå, men forsøket i seg selv viser modighet og villighet til å forstå. Det vil gi et bilde av at sykepleieren er kompetent, og samtidig vise at pasienten er viktig (Thompson & McKeever, 2014). De afasirammede i studien til Shiggins et al. (2020) fremhevet at ved å selv kunne identifisere ressurser, innenfor personen og deres miljø og relasjoner hjalp dem til å komme over barrierer og få tilbake selvtillit og selvfølelse. Å fokusere på personens annerkjennelse, personlige egenskaper, aktivitet og aktivering av ressurser, kan øke personens forståelse og finne mening rundt slaget og afasien (Shiggins et al., 2020).

4. Diskusjon

Resultatene i denne litteraturgjennomgangen indikerer at de psykososiale behovene til afasirammede pasienter ikke blir tilstrekkelig ivaretatt på sykehjem. Selv om funnene er delt inn under tema, henger det hele sammen. Funnene viser at pasientenes behov for mellommenneskelig kontakt er store, og at dersom sykepleieren ikke har tilstrekkelige ferdigheter eller kunnskaper vil det påvirke den helhetlige ivaretagelsen av den afasirammede. Videre viser funnene indirekte og direkte at dette har konsekvenser for pasientens psykiske velvære. Sammenhengen mellom temaene kan for eksempel ses i forhold til at sykepleierne i de inkluderte artiklene ofte unnlot å forsøke og fikse opp i misforståelser og skiftet samtaleemne eller fysisk forlot pasienten (Azios et al., 2018; Saldert et al., 2018; Thompson & McKeever, 2014), noe som medførte at pasienten ikke fikk muligheten til å gjøre seg forstått (Azios et al., 2018; Thompson & McKeever, 2014). Unnlatelse av å fremme pasientenes psykososiale behov og inkludering i meningsfulle samtaler som en konsekvens av fordommer og ubevissthet påvirker pasientene på måter som ikke alltid er direkte synlige, og kan medføre pasientene redusert psykisk velvære ved å redusere deres selvfølelse og identitet (Thompson & McKeever, 2014).

Ifølge litteraturen kan slike unnlatelser fra kommunikasjonen komme av fordommer mot den afasirammede. En bevisst eller ubevisst tanke om at pasienten ikke forstår på grunn av sine kommunikasjonsvansker, og at det dermed ikke har betydning eller hensikt å rette opp misforståelsen, mens sannheten vil være at det egentlig er svært frustrerende for den det gjelder (Eide & Eide, 2018, s. 324). At helsepersonell ikke er bevisste på den afasirammedes psykososiale behov er bakgrunnen for at de fleste inkluderte artiklene kommer med en anbefaling om at de som arbeider med afasirammede må ha god kunnskap om afasi og konsekvensene det medfører. Slik at man lettere kan forstå hvordan dette påvirker pasientene og dermed kan arbeide for å unngå slike hendelser (Azios et al., 2018; Wallace et al., 2017; Thompson & McKeever, 2014). Anbefalingen om at helsepersonell skal ha god kunnskap om afasi, samsvarer med McCormack og McCance (2016) sitt rammeverk for personsentrert praksis. Rammeverket sier at sykepleieren skal ha mellommenneskelige ferdigheter, og evne å kommunisere effektivt både verbalt og non verbalt. Sykepleieren skal kommunisere på en måte som viser personlig bekymring for pasientens situasjon og en forpliktelse til å finne løsninger (McCormack og McCance, 2016, s. 41-46). Kirkevold (2016, s. 477) bekrefter også at sykepleieren har en særlig oppgave i å tilrettelegge kommunikasjonen slik at den afasirammede best mulig kan delta i meningsfulle samtaler.

Den sosiale interaksjonen mellom pasient og pleier er ifølge funnene i denne studien ofte oppgaveorientert (Azios et al., 2018; Saldert et al., 2018; Thompson & McKeever, 2014), og tydeliggjør at det er et behov for at sykepleiere legger større vekt på psykososiale behov og psykisk velvære hos afasirammede pasienter. Ifølge Azios et al. (2018) og Thompson og McKeever (2014) må psykiske behov likestilles med fysiske behov for å gi helhetlig pleie og omsorg. Et viktig aspekt å ta med i denne diskusjonen er som tidligere nevnt at de studiene som direkte handler om hvordan sykepleieren ivaretar den afasirammede på langtidssykehjem ikke ble gjennomført i Norge, men i Sverige og USA (Azios et al., 2018; Saldert et al., 2018). Ut ifra dette kan ikke funnene i denne litteraturstudien si hvordan den afasirammede opplever ivaretagelsen av deres psykososiale behov i kommunehelsetjenesten i Norge. Imidlertid viser norsk forskningslitteratur at helsepersonell i Norge også prioriterer fysiske behov fremfor

psykososiale behov i møte med pasienten (Hansen et al., 2017). Hansen et al. (2017) fant i sin studie at sykepleierne var oppgaveorienterte i interaksjon med pasientene, og kun så fysiske behov som grunnleggende behov. Sykepleierne mente at kun fysiske behov som hjelp til mat, personlig hygiene og medisiner var deres oppgave, og at pårørende og/eller en dagavdeling hadde ansvar for å dekke pasientens behov for sosiale stimuli (Hansen et al., 2017).

Flere studier fant og konkluderte med at helsepersonell som arbeider med afasirammede må ha god kunnskap om afasi og gode kommunikasjonsferdigheter for å kunne ivareta pasientens psykiske behov (Azios et al., 2018; Wallace et al., 2017; Thompson & McKeever, 2014). De afasirammede i Wallace et al. (2017) sin studie foreslo at forbedrede kommunikasjonsferdigheter og økt kunnskap om afasi ville hjelpe sykepleieren å tilrettelegge og koordinere for helsefremmende og støttende tiltak. Northcott et al. (2018) fant i sin studie at logopeder hadde god effekt av kurs og trening i hvordan de kunne støtte afasirammede med sin nye livssituasjon, på en slik måte at de rammede kunne få dele sine følelser og få psykologisk hjelp. Logopedene opplevde at kurs og trening gjorde dem tryggere på hvordan de skulle håndtere den afasirammedes situasjon og følelser, og rapporterte at de følte at arbeidet var blitt mer personsentrert. Videre konkluderte flere av deltakerne i studien at sykepleiere samt andre som arbeider med afasirammede skulle fått den samme treningen, slik at mennesker med afasi kan få så gode sosiale interaksjoner som mulig i møte med helsevesenet (Northcott et al., 2018). Det kan tenkes at dette er kunnskap som også kan overføres til sykepleiernes praksis.

Ifølge Thompson og McKeever (2014) vil det å ha en empatisk holdning er i seg selv er en kommunikasjonsmåte som viser varme, solidaritet og man tar pasienten i betraktning. Sykepleieren må først bli kjent med pasienten på et personlig nivå og fokusere på relasjonsbygging basert på omsorg og medfølelse (Thompson og McKeever, 2014). McCormack og McCance (2016, s. 33) fremhever at det er essensielt at sykepleieren skaper en relasjon og tilknytning til pasienten basert på hans tro og verdier, for å kunne arbeide personsentrert. Eide og Eide (2018, s. 324) beskriver betydningen av å spørre, lytte og vente. Ved å observere, lytte og være tålmodig, får personen anledning til å svare så godt han kan med de signalene han har

til rådighet, og deretter respondere på sin egen måte. Videre skal man ikke sende for mange budskap på en gang, og heller ta en ting av gangen slik at vedkommende får mulighet til å respondere, før man går videre i samtalen (Eide & Eide, 2018, s. 324). Thompson og McKeever (2014) fant at når sykepleieren turte og kommunisere med den afasirammede åpnet hun seg for en risiko for å misforstå, men forsøket i seg selv viser modighet og villighet til å forstå. Det medfører et bilde av at sykepleieren er kompetent, og samtidig viser pasienten at han er viktig (Thompson & McKeever, 2014).

Som tidligere nevnt indikerer resultatene i studiene som er gjennomgått her at sykepleierens kunnskaper og kommunikasjonsferdigheter er sentrale for den afasirammedes psykiske velvære. Imidlertid er det flere aspekter som må tas i betraktning før det dannes en konklusjon. Pasient og brukerrettighetsloven (1999) §2-1a. sier at pasienten har rett til nødvendige helse og omsorgstjenester fra kommunen, og at tilbudet skal være verdig. I helse og omsorgsloven §4-1 (2011) som omhandler forsvarlighet, skal den enkelte pasienten gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, tilrettelagt av kommunen. I tillegg skal kommunen tilrettelegge for at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1). Dermed ligger ikke det fulle ansvaret på sykepleieren, men også på det administrative nivået i kommunehelsetjenesten som skal tilrettelegge for gode helhetlige tilbud til pasienten.

Negative innvirkninger på den afasirammedes psykososiale behov som ikke går på sykepleierens ferdigheter og egenskaper nevnes i Azios et al. (2018) sin studie hvor den fysiske oppbygningen av avdelingen og generell underbemanning påvirket den afasirammedes psykiske velvære negativt. Sykepleierne i Saldert et al. (2018) sin studie hadde som mål å bruke stellesituasjonen til å snakke med pasienten da dette ofte var den tiden av dagen de fikk mest tid sammen. Dette indikerer at sykepleierne ikke hadde tid til sosial interaksjon utenom ved fysiske oppgaver. Videre viste Saldert et al. (2018) at sykepleierne kunne bruke mye tid på sosial kommunikasjon med pasienten selv om pasienten hadde svært høy grad av afasi. Det sier oss at det nødvendigvis ikke er afasi som kommer i veien for sosiale interaksjoner mellom pasient og pleier, men at andre grunner som tidsmangel, ubevissthet og oppgaveorientert fokus kan være

årsaker. Glette et al. (2017) fant at mangel på sykepleiere ved underbemanning har negative effekter på pasientsikkerheten, og kan resultere i dårligere kvalitet på pleien som gis samt forskjellige konsekvenser for pasientens velvære, helse og behandlingsutfall (Glette et al., 2017). Forskning viser også at helsepersonell blir sett forskjellig av pasientene, og at pleierne tar på seg ulike roller for å fylle hull i helsevesenet, og ellers for å legge tilrettelegge for at den afasirammedes skal rehabiliteres. Eksempler på disse rollene er motivatorer, talsmenn, terapeuter og beskyttende roller (Shafer et al., 2019).

For å presisere hvilke tiltak som er aktuelle for sykepleieren i møte med den afasirammede pasienten, presenterer funnene i denne litteraturstudien flere viktige momenter for afasirammedes psykososiale behov og opprettholdelse av psykisk velvære/livskvalitet som kan møtes av sykepleieren. Afasirammede har nytte av å bevare «gamle» eller utvikle nye relasjoner med andre (Shiggins et al., 2020; Wallace et al., 2017). Noe som samsvarer med McCormack og McCance (2016, s. 33) sin personsentrerte prosess som innebærer at sykepleieren skaper en nær relasjon til pasienten. Videre skal sykepleieren anerkjenne pasienten, og basere sine tiltak på pasientens individuelle egenskaper og verdier. Det vil si at pasientens situasjon, ønsker og identitet skal være i fokus (McCormack og McCance, 2016, s. 54-58). Sykepleieren kan også være inkluderende, og tilrettelegge for at pasienten blir inkludert i samtale, for eksempel ved matbordet eller under aktiviteter i fellesmiljøer på sykehjemmet (Kirkevold, 2016, s.477). Videre har de afasirammede behov for å være selvstendige og kunne gjøre daglige oppgaver uten hjelp av andre, å bli sett på som en person istedenfor en pasient er sentralt (Wallace et al., 2017). Sykepleieren kan tilrettelegge for at den afasirammede skal få bruke sine ressurser, og legge til rette for aktivitet, som ifølge Shiggins et al. (2020) kan øke personens forståelse og finne mening rundt slaget og afasien. Helgesen (2016, s. 142) bekrefter at dersom mennesker knyttes sammen gjennom felles verdier, interesser og aktiviteter, vil det tilfredsstillende våre psykososiale behov ved å gi oss en følelse av identitet, anerkjennelse, verdighet, selvfølelse og velvære.

4. Konklusjon og implikasjoner for praksis

Denne litteraturstudien viser at psykososiale behov og psykisk velvære hos pasienter med afasi er svært sentralt for å kunne gi helhetlig omsorg til pasienten. Pasienter i kommunehelsetjenesten har behov for helhetlig pleie med fokus på psykiske behov i tillegg til de fysiske behovene. Gjennom den personsentrerte prosessen illustrert av McCormack og McCance (2016, s. 42) kan sykepleieren fremme relasjonsbygging og personsentrert praksis til den afasirammede. Resultatene viser at pasienter med afasi trenger å bli hørt og snakket til som alle andre, og har behov for dype personlige relasjoner med andre mennesker, også med sykepleiere. Basert på funnene i denne studien kan sykepleieren trekke direkte og indirekte linjer, og se hva som påvirker den afasirammedes psykososiale behov og psykiske velvære positivt og negativt. Viktigst av alt vil være å anerkjenne den afasirammede som en person, og ikke la kommunikasjonsvanskene komme i veien for et helsefremmende forhold. Afasi kan være krevende både pasient, pårørende og helsepersonell, men det gir etter min mening kun større grunn til å lære mer, prøve å forstå og stadig finne bedre måter å utøve sykepleie på.

5. Referanser

- Azios, J. H., Damico, J. S. & Roussel, N. (2018). Communicative Accessibility in Aphasia: An Investigation of the Interactional Context of Long-Term Care Facilities. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(4), 1474–1490. https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1044/2018_AJSLP-17-0099
- Bronken, A. B., Kirkevold, M., Martinsen, R., Wyller, B. T. & Kvigne, K. (2012). Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke. *Nursing Research and Practice*, 568242–14. <https://doi.org/10.1155/2012/568242>
- Carlsen, L. C. K & Staff, A. (2019). Fra idé til publikasjon: Forskningshåndboken (5. utg). Oslo universitetsykehus.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving (6. utg.)*. Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. & Tygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (s. 149-165). Gyldendal akademisk.
- Det humanistiske fakultet. (2020, 09, 06). *Afasi*. Universitetet I Oslo. <https://www.hf.uio.no/iln/tjenester/kunnskap/sprak/sprakvansker/vansker/afasi/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg). Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2016, 22, 12). *Språktrening etter slag bedrer trolig evnen til å kommunisere*. <https://www.fhi.no/publ/2016/spraktrening-etter-slag-bedrer-trolig-evnen-til-a-kommunisere/>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Glette, M. K. Aase, K & Wiig, S. (2017). The relationship between understaffing of nurses and patient safety in hospitals - A literature review with thematic analysis. *Open Journal of Nursing*, 7, 1387-1429. <https://doi.org/https://doi.org/10.4236/ojn.2017.71210>

- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie- praktiske råd i skriveprosessen*. Vigmostad & Bjørke AS.
- Hansen, A, Hauge, S & Bergland, Å. (2017). Meeting psychosocial needs for persons with dementia in home care services - a qualitative study of different perceptions and practices among health care providers. *BMC Geriatrics*, 17(1), 211–211.
<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0612-3>
- Helgesen, K. A. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 141-167). Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#§4-1
- Helsedirektoratet. (2018). *Fakta grunnlag: Sammen redder vi liv*.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sammen-redder-vi-liv-strategidokument/Sammen_redder_vi_liv_-_fakta_grunnlag.pdf/
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å). *Søk etter fagressursar*. <https://hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjuepleie>
- Ihme, A. W & Sigmond, K. H. (2016). *Talevansker og kommunikasjon*. Pedlex.
- Kirkevold, M., Martinsen, R., Bronken, B. A. & Kvigne, K. (2014). Promoting psychosocial wellbeing following stroke using narratives and guided self-determination: a feasibility study. *BMC psychology*, 2(1), 4. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/2050-7283-2-4>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom- utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie- fag og funksjon* (s. 29-87). Gyldendal Akademisk.
- McCormack, B. & McCance, T. (2016). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice*. ProQuest Ebook Central. <https://ebookcentral.proquest.com>

- Næss, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 16 (121), 1940-1944. <https://tidsskriftet.no/2001/06/kronikk/livskvalitet-som-psykisk-velvaere>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Northcott, S., Simpson, A., Moss, B., Ahmed, N. & Hilari, K. (2018). Supporting people with aphasia to 'settle into a new way to be': speech and language therapists' views on providing psychosocial support. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53 (1), 16–29. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/1460-6984.12323>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er!* Universitetsforlaget.
- Røste, I., Dalby, D. M. & Nordset, E. (2016). *For helsepersonell: Om afasi*. Afasiforbundet i Norge.
<https://afasi.no/2016/12/05/2618/>
- Saldert, C., Bartonek-Åhman, H. & Bloch, S. (2018). Interaction between Nursing Staff and Residents with Aphasia in Long-Term Care: A Mixed Method Case Study. *Nursing research and practice*, 9418692. <https://doi.org/10.1155/2018/9418692>
- Shafer, J. S., Shafer, R. P. & Haley, L. K. (2019). Caregivers navigating rehabilitative care for people with aphasia after stroke: a multi lens perspective. *International journal of language and communication disorders* 54 (4) 634-644. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12467>
- Shiggins, C., Soskolne, V., Olenik, D., Pearl, G., Haaland-Johansen, L., Isaksen, J., Jagoe, C., McMenamin, R. & Horton, S. (2020). Towards an asset-based approach to promoting and sustaining well-being for people with aphasia and their families: an international exploratory study. *Aphasiology*, 34 (1), 70–101. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/02687038.2018.1548690>

Thidemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Universitetsforlaget.

Thompson, J. & McKeever, M. (2014). The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: an exploration using the Theory of Human Scale Development. *Journal of clinical nursing*, 23(3-4), 410–420. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2702.2012.04237.x>

Wallace, S. J., Worrall, L., Rose, T., Le Dorze, G., Cruice, M., Isaksen, J., Kong, A. P. H., Simmons-Mackie, N., Scarinci, N. & Gauvreau, C. A. (2017). Which outcomes are most important to people with aphasia and their families? an international nominal group technique study framed within the ICF. *Disability & Rehabilitation*, 39(14), 1364–1379. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/09638288.2016.1194899>

Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T. G. (2017). Sykepleie ved hjerneslag. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (red.). *Klinisk sykepleie 2*. (s. 303- 328). Gyldendal Akademisk.

5. Vedlegg

Vedlegg I: Tabell over søkestrategi i CINAHL og Pubmed.

Søk i CINAHL 9.03.20:

Søk-nummer	Søkeord/term	Avgrensinger	Resultat	Valgt/lest
S1	Aphasia		5,596	
S2	Psychological Well-Being		26,112	
S3	Communication		80,429	
S4	S1 AND S2	Geografisk: Europa Språk: Engelsk Article journal Last 10 years	17	(Northcott et al., 2018) (Wallace et al., 2017) (Manning et al., 2020) (Cruice & Ten, 2019) (Shiggins et al., 2020)

Søk i CINAHL 9.03.20:

Søk-nummer	Søkeord/term	Avgrensinger	Resultat	Valgt/lest
S1	Aphasia		5,596	
S2	Quality of life		117,672	
S3	Nurs*		907,648	
S4	S1 AND S2 AND S3	Språk: Engelsk Peer Reviewed Article journal Last 10 years	7	(Hilari et al., 2012)
S5	Self-management		481	
S6	S1 AND S5		1	(Nichol et al., 2019)

Søk i Pubmed 9.03.20:

Søk-nummer	Søkeord/term	Avgrensinger	Resultat	Valgt/lest
S1	Aphasia		18,622	
S2	Psychological Well-Being		307,165	
S3	S1 AND S2	Last 10 years Språk Engelsk	90	
S4	Nurs*			
S5	S1 AND S2 AND S4	Last 10 years Språk: Engelsk Journal article	13	(Strong et al., 2018)

S6	Aphasia AND Quality of life AND Nurs*		24	(Thompson & Mckeever, 2014) (Hjelle et al., 2019) (Kirkevold et al., 2014)
----	---------------------------------------	--	----	--

Søk i CINAHL 21.03.21

Søk-nummer	Søkeord/term	Avgrensinger	Resultat	Valgt/lest
S1	Aphasia		5,601	
S2	Psychological well-being		26,262	
S3	Nurs*		908,665	
S4	S1 AND S2 AND S3	Journal article Engelsk Siste 10år	2	(Thompson & Mckeever, 2014)

Søk i CINAHL 21.03.21

Søk-nummer	Søkeord/term	Avgrensinger	Resultat	Valgt/lest
S1	Aphasia		5,601	
S2	Neuroscience nursing		2,886	
S3	S1 AND S2	Journal article Siste 10 år Engelsk	5	(Cheba et al., 2014)

Søk i CINAHL 21.03.21

Søk-nummer	Søkeord/term	Avgrensinger	Resultat	Valgt/lest
S1	Aphasia	Engelsk Siste 10 år	5,601	
S2	Dysphasia		2,780	
S3	S1 OR S2		5,707	
S4	Care		1,454,994	
S5	Psychological well-being		26,262	
S6	S4 OR S5		1,473,401	
S7	Nurs*		908,665	
S8	S3 AND S6 AND S7		48	(Rijssen et al., 2019) (Shafer et al., 2019) (McKinley et al., 2016) (Cameron et al., 2017) (Pound & Jensen, 2018) (Azios et al., 2018) (Saldert et al., 2018)

Vedlegg II: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Wallace, S. J., Worrall, L., Rose, T., Le Dorze, G., Cruice, M., Isaksen, J., Kong, A. P. H., Simmons-Mackie, N., Sarangi, N., & Gauvreau, C. A. (2017). *Which outcomes are most important to people with aphasia and their families? an international nominal group technique study framed within the ICF*.

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?

- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, [alder](#), sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, [video](#), notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: