



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Afasi etter hjerneslag

Aphasia after stroke

Malin Ekren Aae og Marthe Høgset

Totalt antall sider inkludert forsiden: 57

Molde, 25.03.2015



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Jeanette Varpen Unhjem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 23.03.15

Antall ord: 11 792

Forord



(Bronken et al. 2012)

Sammendrag

Bakrunn:

Afasi er en språkdefekt som skyldes skade i hjernens språkområde hos personer som tidligere har fungert språklig normalt. Å bli rammet av afasi forårsaker dramatiske endringer i livet både for den som blir rammet og dens nærmeste. Årlig rammes ca. 15 000 personer av hjerneslag i Norge. Av disse 15 000 nordmenn som rammes av hjerneslag får ca. 25-30% afasi. Vi har ofte møtt disse pasientene i praksis, og ønsker derfor å innhente mer kunnskap om pasientens opplevelse rundt det å ha afasi etter hjerneslag.

Hensikt:

Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan pasienter opplever afasi etter hjerneslag.

Metode:

En systematisk litteraturstudie med ti kvalitative forskningsartikler. Vi har analysert artiklene, og identifisert hovedfunn og underfunn.

Resultat:

I vår studie kom det frem at opplevelsen av å bli rammet av afasi var individuell. Følelser som ble gjentatt var sorg, frustrasjon, usikkerhet, stress og tap. De opplevde brått store forandringer i hverdagen.

Konklusjon:

Å bli rammet av afasi førte ofte til at dagligdagse aktiviteter endret seg betraktelig. De opplevde at deres sosiale relasjoner ble svekket og de reagerte ofte med sorg, frustrasjon og usikkerhet. Som sykepleier er det viktig å tilegne seg kunnskap og ha evnen til å kunne sette seg inn i pasientens situasjon. Sykepleier kan også ta opp temaer knyttet til opplevelsen av å ha afasi med pasienten. Det kan gi pasienten en opplevelse av å bli forstått og tatt på alvor.

Nøkkelord:

Afasi, hjerneslag, kommunikasjon, opplevelse, pasient

Summary

Background:

Aphasia is a language defect caused by damage in the brain's language area in people whose language worked normally. Aphasia causes dramatic changes in life for both the person diagnosed and the person's family. Every year approximately 15.000 are diagnosed with stroke in Norway. Of these 15.000 Norwegians who are diagnosed around 25-30% are diagnosed with aphasia. We have met these patients in practice and wish to obtain more knowledge about the patient's experience with having aphasia after stroke.

Aim:

The purpose of this literature study was to elucidate how patients experience aphasia after stroke.

Method:

The study is a systematic literature review where we have ten qualitative research articles. We have analyzed the articles and identified the main findings.

Results:

In our study we can see that the experience of being affected by aphasia was individual, but grief, frustration, insecurity, stress and loss were mentioned as the most common emotions. They also experienced large changes in everyday life.

Conclusion:

To be diagnosed with aphasia often led to a significant change in daily life activities. They also experienced that their social relation were weakened and they often reacted with depression, frustration and insecurity. As a nurse it is important to obtain knowledge about this subject and have the ability to put yourself in the patient's situation. A nurse could also bring up topics with the patient related to experience with having aphasia. This can give the patient an experience of being understood and taken seriously.

Keywords:

Aphasia, stroke, communication, experience, patient

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Hensikt.....	2
2.0	Teoribakgrunn	3
2.1	Å bli rammet av afasi	3
2.2	Afasi	3
2.3	Hjerneslag.....	4
2.4	Afasirehabilitering.....	5
3.0	Metode	7
3.1	Inklusjons -og eksklusjonskriterier	7
3.2	Datainnsamling.....	7
3.2.1	Søkestrategi	8
3.3	Kvalitetsvurdering	10
3.4	Etiske hensyn.....	11
3.5	Analyse.....	12
4.0	Resultat	13
4.1	Vanskeligere å gjennomføre dagligdagse aktiviteter	14
4.2	Endret forhold til sosiale relasjoner.....	15
4.2.1	Sosial tilbaketrekking.....	16
4.2.2	Behov for støtte	17
4.2.3	Opplevelse av sorg, frustrasjon og ensomhet.....	18
4.3	Flere veier til bedring	19
4.3.1	Betydningen av språkterapi.....	19
4.3.2	Nytten av hjelpemidler	20
4.3.3	Å være optimist	21
5.0	Diskusjon	22
5.1	Metodediskusjon	22
5.1.1	Søkestrategi	22
5.1.2	Kvalitetsvurdering.....	23
5.1.3	Analyse.....	24
5.2	Resultatdiskusjon.....	25
5.2.1	Utfordringer ved å gjennomføre dagligdagse aktiviteter	25
5.2.2	Endret opplevelse av sosiale relasjoner.....	28
5.2.3	Flere veier til god rehabilitering.....	31
6.0	Konklusjon	35
6.1	Konsekvenser for praksis	36
6.2	Forslag til videre forskning	36

Vedlegg 1- PIO-skjema

Vedlegg 2- Søkehistorikk

Vedlegg 3- Artikkeltabell for inkluderte artikler

1.0 Innledning

Hos de fleste som blir rammet afasi etter hjerneslag vil språkvanskene bare være en del av et mer omfattende sykdomsbilde med tilleggsvansker som kan være lammelser, apraksi og dysarti. Dette kan være med på å virke inn på afasirehabiliteringen. Hvert år rammes ca. 15 000 personer i Norge av hjerneslag (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). I løpet av de neste 20-30 årene vil mest sannsynlig antall hjerneslag øke med 50 % som følge av den kommende «eldrebølgen» (Fjærtøft og Indredavik 2007). Afasi etter hjerneslag er en dramatisk tilstand som oppstår plutselig og rammer pasienten både fysisk, psykisk og sosialt (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). Av disse ca. 15 000 nordmenn som rammes av hjerneslag får ca. 25-30% afasi (Helsedirektoratet 2010). Hver dag får omtrent 17-18 personer i Norge afasi (Corneliussen et al. 2014).

Afasi kan komme av hjerneslag, demens, hjernesvulst eller etter en ulykke (Eide og Eide 2011). Vi har valgt å skrive om afasi etter hjerneslag da vi synes at dette er et veldig spennende tema som vi ofte har møtt i praksis. Vi ønsker å innhente mer kunnskap om dette, og det er relevant for oss som fremtidige sykepleiere. Sykepleiere vil møte pasienter som er rammet av hjerneslag i ulike faser av livet, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Hvordan sykepleieren går frem for å hjelpe pasienten avhenger av utfallet av hjerneslaget, og hvilken grad utfallet påvirker pasientens funksjonsnivå (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). Sykepleieren skal være pasientens talsperson og bindeledd mellom de ulike yrkesgruppene i behandlingen av afasien (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011).

1.1 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan pasienter opplever afasi etter hjerneslag.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet presenterer vi teori som er relevant i forhold til vår hensikt, samt behandling og rettigheter.

2.1 *Å bli rammet av afasi*

Qvenild et al. (2010) beskriver at å bli rammet av afasi forårsaker ofte dramatiske endringer i livet både for den som har blitt rammet, og dens nærmeste pårørende. Å kunne kommunisere med hjelp av tale er særskilt for oss som mennesker, og for at kommunikasjonen skal fungere må vi ha kunnskaper og ferdigheter om hvordan språket kan brukes i ulike sammenhenger. Disse kunnskapene og ferdighetene får vi når vi tilegner oss et morsmål. Språkkunnskapene og ferdighetene våre blir utviklet gjennom hele livet når vi bruker språket (Qvenild et al. 2010).

Den vanligste årsaken til afasi er hjerneslag som kan komme av både hjerneblødning og hjerneinfarkt. Afasi påvirker i mange tilfeller den afasirammedes identitet og hvordan han eller hun oppfatter seg selv. Samtidig føler mange pårørende også at deres liv og hverdag blir brått forandret den dagen en av deres nærmeste blir rammet av afasi (Ringdal 2003). Hos de fleste afasirammede vil afasien bare være en del av et mer omfattende sykdomsbilde med andre tilleggsvansker som kan virke inn på den språklige rehabiliteringen som for eksempel lammelser og psykososiale problem som ensomhet og depresjon (Qvenild et al. 2010).

2.2 *Afasi*

Afasi er en språkdefekt som skyldes skade i hjernens språkområde hos personer som tidligere har fungert språklig normalt. Graden av forstyrrelser varierer med hvor stor skaden er, og hvilket språkområde som rammes (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). Man skiller mellom tre typer afasi.

Motorisk afasi: Er det samme som ekspressiv afasi, altså vansker med å uttrykke seg. Skade i fremre språkområde medfører motorisk afasi. Pasientens tale kan være oppstykket

i pauser og han kan blande bokstaver eller forvanske ordene (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011).

Sensorisk afasi: Er det samme som impressiv afasi, altså dårlig språkforståelse som betyr at pasienten produserer en flytende strøm av tale der innholdet ofte er meningsløst. Skade i bakre språkområde medfører sensorisk afasi. Siden språkforståelsen er nedsatt har pasienten vansker med å svare på konkrete spørsmål eller utføre det han blir bedt om (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011).

Total afasi: Ved total eller global afasi har pasienten problemer med alle former for språklig funksjon. Omfattende skade i både fremre og bakre språkområde medfører total afasi. Pasienten har både nedsatt evne til å uttrykke seg og nedsatt språkforståelse. Mange produserer bare meningsløse enstavelsesord eller banneord (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011).

De færreste har en ren afasiform. Pasienten har som regel en kombinasjon av de ulike formene. I tillegg har mange problemer med å lese og skrive (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011).

Språk er det viktigste middelet mennesket har til kommunikasjon, og evnen til å forstå og å bruke språk er det som i størst grad skiller oss fra andre levende vesener. Det å kunne språk innebærer at vi har mange typer kunnskap uten at vi nødvendigvis kan beskrive det vi vet, eller forklare hvorfor vi bruker språket som vi gjør. Når vi skal snakke med en som har afasi kan det være nyttig for oss å vite litt om hvordan språket er strukturert, og hvordan vi vanligvis bruker det (Corneliussen et al. 2014). Man kan da fokusere på nonverbal kommunikasjon ved å bruke og observere kroppslige uttrykk og bevegelser, mimikk, ansiktsuttrykk, stemmebruk og berøring (Eide og Eide 2011).

2.3 Hjerneslag

Dietrichs (2012) beskriver at hjerneslag som regel skyldes sykdom i hjernen eller halsens arterier. Hjerneslag er ikke en ensartet sykdom, men et felles begrep for det symptombildet en får når deler av hjernen helt eller delvis mister sin blodforsyning (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). Verdens helseorganisasjon definerer hjerneslag som en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som

vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død (World health organization 2015). Symptomer ved hjerneslag oppstår som regel plutselig både ved hjerneinfarkt og hjerneblødning, men noen ganger vil symptomene utvikle seg noe mer gradvis ved hjerneinfarkt. Disponerende faktorer for hjerneslag er blant annet alder, høyt blodtrykk, hyperkolestrolemi, hjertesvikt og atrieflimmer. Hjernen har et høyt behov for energi men ingen egne energireserver, og er derfor under normale forhold avhengig av jevnlig tilførsel av oksygen og glukose. Ved hjerneslag får cellene i det affiserte området for lite oksygen og energi til å kunne fungere. Ved uttalt sirkulasjonssvikt over flere timer vil cellene skades og etter hvert dø (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011).

2.4 Afasirehabilitering

Siden det finnes forskjellige typer afasi er det anbefalt at pasienter med språkforstyrrelser gjennomgår en nevrologisk og eventuelt en nevropsykologisk undersøkelse for å fastslå årsaken til språkforstyrrelsene. Mange pasienter opplever bedring av språkfunksjon ved behandling hos logoped. Klinisk erfaring viser i tillegg at personer med afasi kan ha stort utbytte av logopedbehandling i flere år etter skade (Qvenild et al. 2010). Det er individuelt hvordan afasi rammer. Derfor er det også stor variasjon på hvordan sammensetningen av symptomer og vanskelighetsgrad rammer de ulike menneskene med afasi. De har ofte det samme behovet for best mulig tilpasset hjelp og rehabilitering. Rehabiliteringen av språkvansker kan være rettet mot personen som er rammet av afasi, eller mot de som den rammede skal kommunisere med som for eksempel familie, kollegaer eller venner (Qvenild et al. 2010).

Qvenild et al. (2010) skiller mellom direkte og indirekte tiltak i afasirehabilitering. Ved direkte tiltak vil rehabiliteringen ofte være rettet mot selve språkskaden, mens indirekte tiltak vil vanligvis ha et sterkere fokus på ulike sosiale sammenhenger som ved sosial trening og hvordan de skal opptre i sosiale sammenhenger i forhold til sine språkvansker. Disse innfallsvinklene har forskjellige teoretiske og filosofiske utgangspunkt og kan derfor framstå som motsetninger, men de er likevel nødvendige i en helhetlig rehabilitering (Qvenild et al. 2010).

Den som rammes av afasi trenger språklig, fysisk, psykisk og sosial rehabilitering. Da er det behov for et rehabiliteringstilbud som gjør det mulig å få et liv med god livskvalitet.

De fleste trenger intensiv og langvarig språk rehabilitering (Qvenild et al. 2010). Mange behøver også livslang rehabilitering både for å kunne utvikle og for å opprettholde sine språkferdigheter. Opplæringsloven (2012) hjemler rett til språklig rehabilitering. Personer med afasi har behov for et individuelt tilpasset, helhetlig og målrettet tilbud over tid (Qvenild et al. 2010). Dette krever samarbeid på tvers av sektorer og profesjoner som logoped, fysioterapeut, ergoterapeut, lege og sykepleier. Når en person har blitt rammet av afasi er det svært viktig å komme raskt i gang med den språklige rehabiliteringen. Språkterapeuter jobber for at de afasirammede skal tilpasse seg med afasi og de tar ofte utgangspunkt i hvordan de afasirammede syntes afasien er et hinder for å leve det live de ønsker å leve. Den afasirammede kan sammen med språkterapeuten finne frem til hvilke strategier han eller hun vil bruke for å nå kommunikasjonsrelaterte mål (Qvenild et al. 2010).

3.0 Metode

I henhold til Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie (2014) skal oppgaven være en systematisk litteraturstudie der vi skal besvare hensikt og problemstilling. I en systematisk litteraturstudie skal man ha et tilstrekkelig antall studier der kvaliteten er god (Forsberg og Wengstrøm 2008).

3.1 Inklusjons -og eksklusjonskriterier

For å forenkle søket etter forskningsartikler har vi satt opp inklusjon og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier:

- Personer med afasi etter hjerneslag
- Pasientperspektiv
- Hjemmeboende
- Dagliglivet
- Motorisk og sensorisk afasi
- Over 18 år
- Kvalitative forskningsartikler fra 2009-2015
- Artikler som er etisk vurdert
- Artikler som er norsk, engelsk, svensk og danskspråklig
- Nivå 1 og 2 i tidsskriftet

Eksklusjonskriterier:

- Sykehjem
- Total afasi
- Review- og fagartikler
- Artikler som er eldre enn fra 2009
- Kvantitative forskningsartikler

3.2 Datainnsamling

Her skal vi beskrive søkestrategi, PIO-skjema og søkehistorikk.

3.2.1 Søkestrategi

I september 2014 startet vi arbeidet med å søke etter artikler til seminar 1. Ut i fra våre daværende søkeord fant vi fire kvalitative artikler i Ovid Medline på egenhånd. Siden vi var ganske usikre på å søke, bestemte vi oss for å bestille veiledningstime med bibliotekar. Den 05.12.14 fikk vi veiledningstime med bibliotekar. Vi hadde utarbeidet et PIO-skjema på forhånd med søkeord fra vår daværende problemstilling. Vi fikk god hjelp til å forbedre vårt PIO-skjema med nye og bedre søkeord for å få et best mulig søk. Vi valgte PIO-skjema da vi ikke hadde noe vi skulle sammenligne, derfor valgte vi å fjerne Comparison i PICO.

Nordtvedt et al. (2012) representerer PICO-skjema som en måte å dele opp spørsmål på slik at det blir strukturert på en hensiktsmessig måte. P står for problem, hvilken pasientgruppe man er ute etter. I står for intervention, hvilke tiltak eller intervensjon man ønsker å vurdere. C står for comparison, hva man ønsker å sammenligne. O står for outcome, hvilket utfall man er ute etter (Nordtvedt et al. 2012). Under P skrev vi Stroke*, Apoplex* Aphasia* og Dysphasia*. Under bokstaven I skrev vi kun Communicat*. Under bokstaven O skrev vi Experienc* (Vedlegg 1).

Vi brukte trunkeringstegn i slutten av våre søkeord. Det vil si at vi skrev starten av ordet og satte trunkeringstegn for å få forskjellige endinger på ordet. Som for eksempel communicat*. Da kan vi få treff på communication, communicating og communicate. Vi brukte kombinasjonsordene AND og OR for å skille ord fra hverandre eller kombinere ord. Vi brukte OR på ord som var synonyme for å få flere treff, og AND mellom de ulike ordene under hver bokstav i PIO-skjemaet (Vedlegg 1).

I vår studie ønsker vi å inkludere kun primærstudier. En primærstudie beskriver resultater fra et forskningsprosjekt (Nordtvedt et al. 2012).

Databaser som er relevante å søke i siden vi har primærstudier er Ovid Medline, PsycInfo, Clinical Trials og Cinahl (Nordtvedt et al. 2012). Under vår veiledningstime hos bibliotekar ble vi anbefalt å søke i Ovid Medline, Ovid PsycInfo og ProQuest da disse var mest relevant for vår hensikt og problemstilling. Siden vi er ute etter pasientens erfaringer og opplevelser har vi valgt å kun inkludere artikler som bruker kvalitativ metode i oppgaven vår.

Database: Ovid Medline

I Ovid Medline har vi til sammen gjort tre søk. I tre av søkene fant vi 8 artikler som vi inkluderte i studien vår (Vedlegg 2).

- Den 11.11.14 fikk vi 39 treff. Fire artikler ble inkludert (Johansson, Carlsson og Sonnander 2012, Young, Gomersall og Bowen 2013, Nätterlund 2010 og Dalemans et al. 2010). Limits: Kvalitativ studie, språk Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk, publikasjonsår 2009 til dags dato.
- Den 05.12.14 fikk vi 18 treff. Tre artikler ble inkludert (Pearl, Sage og Young 2010, Brown et al. 2013 og Niemi og Johansson 2013). Limits: Kvalitativ studie, Språk Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk. Publiseringsår 2009 til dags dato.
- Den 19.02.15 fikk vi 21 treff. Inkluderte en artikkel (Musser et al. 2015). Dette søket har samme søkehistorikk som søket vi gjorde 05.12.14 da vi gikk inn i søket for å se om det hadde kommet nyere forskning.

Vi søkte også i databasene Ovid PsycInfo og ProQuest. Fra disse databasene inkluderte vi ingen artikler.

Database: PubMed

Vi gjorde ett søk i denne databasen. Vi søkte på navnet til en forfatter (Brown, Kyla) som hadde skrevet en annen artikkel vi hadde inkludert. Vi fikk da åtte treff med alle artiklene denne forfatteren hadde skrevet. Inkluderte en artikkel (Grohn et al. 2012).

Database: Oria

Vi gjorde ett søk i denne databasen. Den 15.12.14 fikk vi 10 treff. Søkordene vi brukte i denne databasen var patient, Aphasia, Stroke, Communication og Experience. Limits: Språk Norsk, Engelsk, Svensk og Dansk, Artikler, publiseringsår 2009 til dags dato. Vi inkluderte en artikkel (Bronken et al. 2012). Detaljene viste at denne artikkelen var tilgjengelig via **ProQuest**.

3.3 Kvalitetsvurdering

Vi har kritisk vurdert våre 10 utvalgte artikler ved hjelp av en systematisk sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning. Sjekklistene ble lastet ned fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014), og er godkjent av høgskolens retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie (2014).

Sjekklisten for kvalitativ forskning (2014) inneholder 11 spørsmål som skal hjelpe oss å kritisk vurdere artiklene.

For å sikre oss at artiklene vi valgte var gode, laget vi et rangeringssystem for å finne hvilke artikler som eventuelt måtte ekskluderes fra studien.

10-11	- God
8-9	- Middels god
6-7	- Dårlig

Før vi begynte å kritisk vurdere artiklene bestemte vi oss for at alle artiklene som var god eller middels god ut i fra rangeringssystemet vårt, skulle bli inkludert i studien. Mens de som var dårlige ville bli ekskludert fra studien. Våre ti kvalitative forskningsartikler oppfylte kravene, og derfor ble ingen ekskludert. Deretter satte vi opp forskningsartiklene i en artikkeltabell der hvor forfatter, årstall, land, tidsskrift, tittel, metode, hensikt, deltakere/fracfall, hovedfunn og vurdering av kvalitet står i kolonner (vedlegg 3).

Vi valgte å først kritisk vurdere våre 10 artikler hver for oss, før vi gikk sammen for en gjennomgang av det vi hadde gjort, og drøftet oss frem til den endelige vurderingen av artiklene før vi inkluderte de i studien. Vi sjekket om artiklene var fagfellevurdert og hvilket nivå tidsskriftet de var publisert i hadde ved hjelp av Database for statistikk og høyere utdanning (2014). Alle de ti artiklene våre er fagfellevurdert.

3.4 Etiske hensyn

I vår studie var det viktig at forskningsetikken var godt ivaretatt. Personopplysninger skal være sikret, deltakerne skal være anonymiserte og godt informerte om hvordan studien foregår. Det er også viktig at deltakerne er informerte om at de kan trekke seg fra studien hvis de ønsker det. De etiske kravene som gjelder generelt for forskning som inkluderer mennesker skal også inkludere mennesker med redusert eller manglende samtykkekompetanse (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2009).

Alle våre ti artikler er etisk vurderte. I en artikkel står det ikke direkte at den er etisk vurdert, men når vi leser artikkelen ser vi godt at forskningsetikken er ivaretatt da deltakerne er anonymisert, godt informert om hvordan studien foregikk og at de har muligheten til å trekke seg fra studien om de ønsker det. Det kommer også frem at de har rett til å ta selvstendige beslutninger. I de resterende ni artiklene kommer det frem at de er etisk vurdert av etisk komite. Vi syntes at alle våre 10 artikler viser god forskningsetikk, derfor valgte vi å inkludere de i studien vår.

Vår egen forforståelse kan ha innvirkning på tolkning av datamateriale, og dermed resultatet. Derfor er det viktig at vi er oppmerksom på dette ved å for eksempel gjengi deltakernes utsagn som sitat (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2010). Dette valgte vi også å gjøre i vår oppgave for at vår forforståelse ikke skulle påvirke det endelige resultatet.

3.5 Analyse

For å systematisk analysere artiklene våre brukte vi Evans (2002) metode. Dette er en relevant metode for å analysere kvalitativ forskning, noe som passer bra for vår litteraturstudie siden den inneholder kun kvalitative forskningsartikler. Evans metode består av fire steg.

Evans første steg går ut på å samle inn forskning som er relevant i forhold til vår hensikt. Vi startet først å søke etter artikler i databasen Ovid Medline da dette var den databasen vi kjente best i daværende stund (Vedlegg 2). Etter hvert utvidet vi søket i flere databaser som ProQuest, Ovid PsycInfo, PubMed og Oria.

I Evans andre steg handler det om å gå gjennom hver studie så man sitter igjen med nøkkelfunnene (Evans 2002). Først startet vi med å lese artiklene hver for oss på engelsk for å få en oversikt over hva de handlet om. Oversatt deretter resultatdelen til norsk for å få en bedre forståelse av resultatet. Vi leste resultatdelen i artiklene før vi vurderte hvilke funn som svarte på vår hensikt, og skrev funnene ned på egne ark. Deretter så vi etter andre temaer som gikk igjen i artiklene som kunne være relevante for å bygge på nøkkelfunnene.

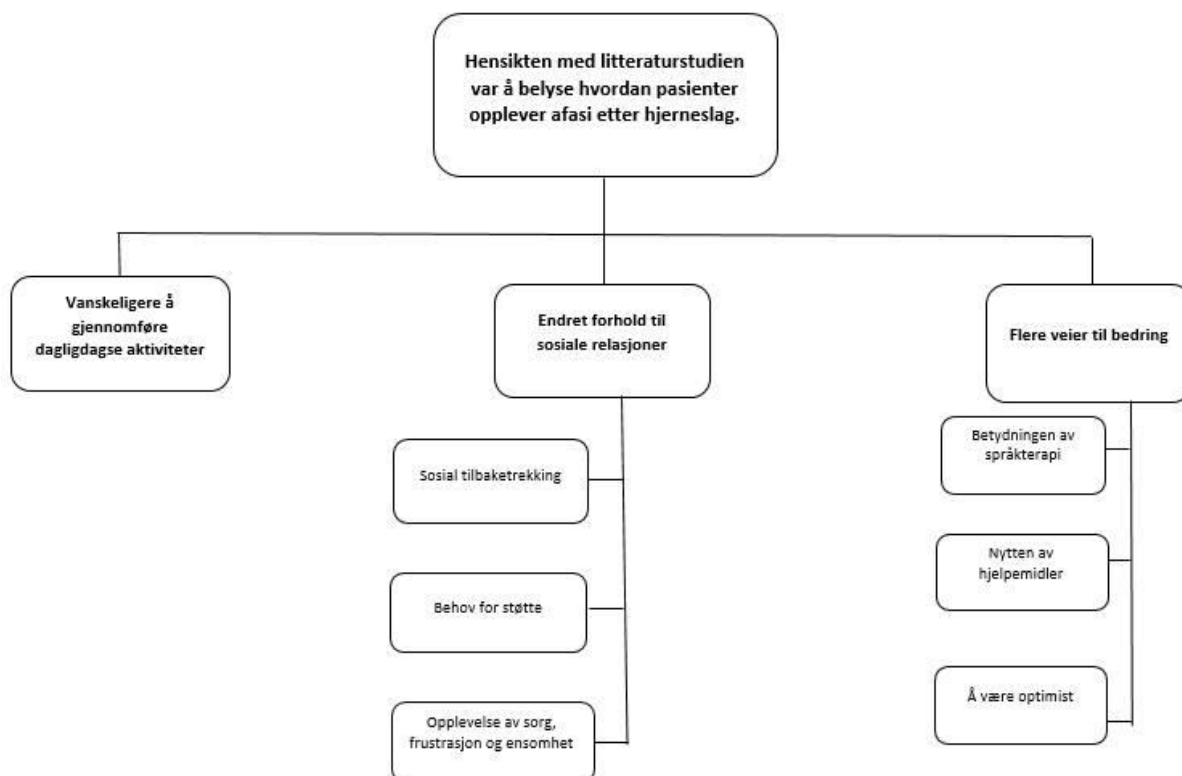
I Evans tredje steg skal funn sammenlignes fra flere forskjellige studier, og det skal utarbeides ulike hovedtema (Evans 2002). Vi nummerte hver artikkel fra 1-10. Vi utarbeidet så tre hovedtema med noen undertema. Vi laget en oversikt der vi skrev hovedtema øverst i hver sin farge, markerte så funnene i den fargen som passet i forhold til hovedtemaet (Figur 1, side 13).

I Evans fjerde og siste steg skal hvert tema refereres tilbake til artikkelen der funnene ble hentet ut fra (Evans 2002). På hvert hovedtema i tankekartet skrev vi inn nummeret på artikkelen som vi fant funn fra for å se hvilke, og hvor mange artikler som hadde like funn. Dette fordi vi enklere skulle finne tilbake til funnene i artiklene ut i fra tankekartet. Til slutt så vi hvilke funn som var sterke som vi ville presentere som hovedfunn i resultatdelen. Hovedfunnene er presentert i Figur 1, side 13.

4.0 Resultat

Vi har satt opp resultatdelen i tre hovedtema med seks undertema. Siden hensikten med studien vår var å finne ut hvordan pasienter opplever å ha afasi etter hjerneslag, har vi valgt å dele hovedtemaene inn i ulike undertema som beskriver hvordan pasienter opplever afasi.

Figur 1: Oversikt over hovedfunn



4.1 Vanskeligere å gjennomføre dagligdagse aktiviteter

Her beskriver vi utfordringer personer med afasi etter hjerneslag møter i hverdagen. Funnene vi beskriver er relatert til problemer, erfaringer og utfordringer i forhold til afasi.

Flere funn viser at meningsfulle aktiviteter er sentrale for menneskets opplevelser, men at dagligdagse aktiviteter endret seg betraktelig etter de fikk afasi. Deltakerne ble ofte hindret i å delta i aktiviteter på grunn av deres kommunikasjonsvansker og fysiske funksjonshemming (Brown et al. 2013 og Nätterlund 2010).

Deltakerne beskrev usikkerheten i forhold til hvordan sykdommen ville utvikle seg i fremtiden. Usikkerhet i forhold til familie, jobb og frykten for hvordan andre ville reagere etter de hadde fått diagnosen afasi. Deltakerne hadde problemer med å stole på seg selv med å utføre sitt tidligere yrke. Dette var en av grunnene til at de valgte å slutte i jobben, selv om de fikk tilrettelagte arbeidsoppgaver. Mange kjente seg ofte skamfull da de ikke hadde følelsen av tilhørighet på arbeidsplassen (Niemi og Johansson 2013, Bronken et al. 2012, Johansson, Carlsson og Sonnander 2012 og Dalemans et al. 2010).

Forandringer som deltakerne beskrev etter de hadde fått diagnosen afasi inkluderte et mindre sosialt engasjement. Dagligdagse aktiviteter ble litt enklere da de kom hjem til seg selv siden de var preget av rutiner fra før de fikk afasi. Men ting gikk saktere nå enn før. Noen hadde merket at det ble vanskelig å starte nye aktiviteter. Mange syntes det var irriterende og ikke mestre aktiviteter som var en selvfølge at de klarte før de fikk afasi (Nätterlund 2010, Brown et al. 2013 og Niemi og Johansson 2013).

«It's not like it used to be, there is no go in me...but maybe there was actually too much go then» (Nätterlund 2010, 120).

I Nätterlunds (2010) studie ble det beskrevet at til og med å begynne å lese avisen igjen var vanskelig. Det meste av dagligdagse aktiviteter som deltakerne gjorde var passive innendørsaktiviteter i hjemmet som for eksempel se på tv, høre på radio eller lydbøker. De hadde lært ulike mestringsstrategier for å takle ulike aktiviteter som for eksempel handling og hvordan håndtere penger (Nätterlund 2010).

Deltakerne hadde merket seg at de hadde mistet mange ord, og deres reduserte evne til å lese og skrive var fortsatt et stort problem. Det var enklere for de å lese i et stille rom enn der det var mennesker rundt. Å lese høyt gjorde de sliten, og de følte de ikke kunne takle det. De som hadde vansker med å lese, følte det var lettere å se på nyhetene på tv eller høre på lydbøker (Nätterlund 2010, Bronken et al. 2012 og Niemi og Johansson 2013).

Flere funn viste at det tok lang tid etter at de fikk diagnosen afasi før de kunne si noen ord igjen. Deltakerne brukte ofte enkle ord som: «hmm», «yes», «uff» og «right». De mumlet mye, og brukte ansiktsuttrykk. Mange ord kom feil ut i begynnelsen. Ordene kom ikke frem på rett måte, og de var vanskelig å finne. Det var vanskeligst da det var folksomt rundt dem eller hvis de snakket med folk utendørs, selv om de syntes det var positivt å møte mennesker (Nätterlund 2010, Bronken et al. 2012 og Niemi og Johansson 2013).

Funn fra Niemi og Johansson (2013) viste at deltakerne ofte valgte aktiviteter der de slapp å kommunisere så mye med andre mennesker, som for eksempel dansing og spill. Det ga mulighet for å hvile og de la fra seg tankene om afasien.

I Nätterlunds (2010) studie ble det rapportert at de fortsatt hadde talevansker selv om de hadde fått opplæring og råd om hvordan de kunne forbedre seg. De beskrev at det viktigste for dem var å lære å kunne snakke med de nærmeste pårørende, venner og kollegaer. Deltakerne syntes det var en utfordring å få besøk av for eksempel en venn av partneren, da de måtte anstrenge seg, engasjere seg i sosial deltakere og det ble en utfordring på grunn av sine kommunikasjonsvansker (Young, Gomersall og Bowen 2013 og Musser et al. 2015).

4.2 Endret forhold til sosiale relasjoner

I dette hovedtemaet skal vi beskrive hvordan kommunikasjonssvikt påvirker sosiale relasjoner. Vi har delt det inn i tre undertema. Det første undertemaet handler om sosial tilbaketrekking, det andre om behov for støtte, og det tredje om opplevelse av sorg, frustrasjon og ensomhet.

4.2.1 Sosial tilbaketrekking

I studien til Dalemans et al. (2010) beskriver de at noen deltakere følte seg som en byrde for andre, og sluttet derfor å gjøre visse aktiviteter. De ønsket å bli behandlet på en normal måte da de selv følte seg i stand til å utøve aktiviteter sammen med andre. Deltakerne følte seg ofte isolert fra andre mennesker som for eksempel når de var i familieselskap. De ønsket å involvere seg i samtaler, men det ble ofte vanskelig siden det tok lang tid for de å registrere hva som ble sagt, og støy var ofte en forstyrrende faktor. Dette førte ofte til at de trakk seg tilbake, da de følte de var i veien for andre (Dalemans et al. 2010).

Bert: I think that they also also also could not follow me and don't understand, they ... that I don't understand it either. ... No, no, I say it incorrectly, they don't understand that I don't understand it. Interviewer: And you don't say that you can't follow anymore? Bert: No. Interviewer: So you miss about 25% of what they are talking about? Bert: Yes and then I can not vote without my wife giving me more explanation (Dalemans et al. 2010, 542).

Funn fra Nätterlund (2010) viste at deltakernes sosiale aktivitetsnivå hadde blitt påvirket av sykdommen, siden de ikke lengre kunne delta i samtaler på samme måte som før. Men de hadde et sterkt ønske om å kommunisere slik de gjorde før de fikk afasi. Dette førte til at de ble betydelig mer ensom en før.

Tap av venner var et sterkt funn som mange av deltakerne hadde erfart. Funn fra Nätterlund (2010) viste at de ikke lengre var i stand til å delta i samtaler med venner, selv om de hadde et sterkt ønske om å kommunisere slik de gjorde før. De hadde også erfart tap av venner, og at deres sosiale nettverk hadde nesten forsvunnet (Musser et al. 2015, Brown et al. 2013, Niemi og Johansson 2013, Nätterlund 2010 og Dalemans et al. 2010).

“Well, that's the way it is, you see. I don't know, maybe they're afraid, I don't know” (Nätterlund 2010, 124).

Venner tok avstand fordi de ikke visste hvordan de skulle takle den nye situasjonen, og etterhvert ble det å holde kontakten vanskeligere. De hadde erfaringer med at mange ikke hadde forståelse for hva afasi var, og at det var derfor venner tok avstand. Mangel på

kunnskap og misforståelser av afasi førte også til at venner kunne tro at de hadde et mentalt problem. Flere erfaringer viste også at venner snakket «ned» til de eller brukte «babyspråk». Det kunne i høy grad føre til ødelagt selvtillit (Brown et al. 2013 og Dalemans et al. 2010).

Mange deltakere beskrev det å miste venner som sørgelig, mens noen fortalte at de aksepterte det, og lot det ikke påvirke dem negativt. Men de fant fort ut hvem som var deres ekte venner, og hvem som stod igjen da de trengte de aller mest. Mange sa de satte stor pris på nye vennskap (Brown et al. 2013 og Nätterlund 2010).

4.2.2 Behov for støtte

I fem av våre artikler rapporterte de betydningen av støtte etter de fikk afasi. Det å ha familie og venner i nærheten under rehabiliteringen ga de en følelse av trygghet. Noen deltakere uthevet at familie og venner spilte en stor rolle når det gjaldt å hjelpe dem til å forbedre selvtillit og føle seg kompetent. Noen følte at venner og familie ikke behandlet de annerledes enn før de fikk hjerneslag, selv om de merket at de hadde liten forståelse av hva afasi var. Deltakerne satte stor pris på den emosjonelle støtten som førte til motivasjon fra nære venner for å leve godt med afasi (Niemi og Johansson 2013, Grohn et al. 2012, Brown et al. 2013, Musser et al. 2015 og Nätterlund 2010).

I studien til Nätterlund (2010) beskriver deltakerne viktigheten med å ha familie og venner som er støttende, oppmuntrende og en emosjonell støtte; bare det å ha noen der som ser de som den de var før.

Deltakerne opplevde ulik grad av støtte fra helsevesenet (Nätterlund 2010). I forhold til språkterapi snakket deltakerne ofte om forholdet de hadde formet til de forskjellige terapeutene og følelsene som de hadde bygget opp gjennom deres interaksjoner. Deltakerne fortalte at terapeutene ble sett på som en kilde til motivasjon og engasjement (Grohn et al. 2012).

I funn fra studien til Nätterlund (2010) ble det rapportert at de hadde fått informativ støtte fra helsevesenet om afasi da de fikk diagnosen, men de fleste forstod ikke så mye av denne informasjonen. Noen følte de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om afasi på et tidlig stadium i sykdommen. De erfarte en manglende støtte fra helsevesenet, og ønsket derfor

mer støtte spesielt i forhold til kommunikasjonstrening selv om de hadde fått hjelp fra språkterapeut. Men de påpekte at de hadde fått god støtte fra ergoterapeut ved sykehuset som gjorde dagligdagse aktiviteter enklere (Nätterlund 2010).

Å være en støtte for andre hadde også en betydning for deltakerne. Funn fra studien til Musser et al. (2015) viser at det å drive med frivillighetsarbeid gjorde det enklere å leve med den nye situasjonen. Ved å besøke mennesker på sykehuset som hadde nylig oppstått afasi, følte deltakerne at de bidro til noe verdifullt i samfunnet, samt at de fikk kommunikasjonstrening. De sa det føltes godt å delta i frivillighetsarbeid, og at de forhåpentligvis ville gjøre det igjen (Musser et al. 2015 og Pearl, Sage og Young 2011).

4.2.3 Opplevelse av sorg, frustrasjon og ensomhet

Det kom frem som et sterkt funn at deltakerne ofte følte tap, frustrasjon, frykt for fremtiden og lengsel etter fortiden. Studier viste også usikkerhet om utfallet av sykdommen i forhold til om språket ville forsvinne helt eller bli bedre, og usikkerhet om jobb og forhold til venner og familie. De kjente ofte på følelsen av depresjon, frustrasjon, stress, skuffelse og redsel for reaksjoner fra andre. De kjente seg ofte skamfull siden de følte de ikke hørte til noe spesielt lengre, og at de ikke kunne leve sammen med andre (Bronken et al. 2012, Johansson, Carlsson og Sonnander 2012, Dalemans et al. 2010 og Niemi og Johansson 2013).

«At least 50 percent of me vanished when speech vanished that that's how I think about it» (Niemi og Johansson 2013, 1831).

I Dalemans et al. (2010) ga mange deltakere uttrykk for at de følte at de ikke ble sett på som «en hel person». Noen ganger følte de også at ukjente tenkte at de var gal. De følte at de ikke lengre kunne stole på seg selv til å kunne utføre sitt tidligere yrke. Dette førte til at de følte sorg og tap av sitt gamle jeg (Niemi og Johansson 2013).

«Of course, it's ... I'm on my own a lot, you see» (Nätterlund 2010, 124).

Mange følte seg ensom da ingen hadde tid til å høre på de, eller prøve å forstå de. De følte seg trist og ensom når kommunikasjonsevnen sviktet. Sinne og frustrasjon var følelsene

som dominerte. De var sint for å ha blitt rammet av afasi, og ikke ha muligheten til å gjøre seg forstått. De følte seg tåpelig og skamfull for å ikke forstå hva som ble sagt, eller hva som foregikk rundt dem (Johansson, Carlsson og Sonnander 2012).

Et funn som skilte seg ut var deltakeren i Bronken et al. (2012) sin studie som fortalte at sosiale aktiviteter var svært krevende og usatte henne for mange situasjoner der hennes selvbilde og identitet ble truet. Hun refererte ofte til et bilde av en dame foran et knust speil. Hun brukte illustrasjonen av denne damen foran det knuste speilet til å forklare hennes opplevelser av et endret selvbilde og hennes selvtillit (se bilde i forord).

4.3 Flere veier til bedring

Under dette hovedtemaet skal vi beskrive erfaringer og opplevelser om bruk av hjelpemidler og andre faktorer som letter kommunikasjonen. Vi har delt inn dette hovedtemaet i tre undertema. Det første undertemaet er betydningen av språkterapi, det andre er nytten av hjelpemidler og det tredje undertemaet handler om å være optimist.

4.3.1 Betydningen av språkterapi

Deltakerne registrerte en positiv effekt på humøret ved å ha tale- og språkterapi. Det kunne enten være et resultat av at de møtte noen som var hyggelige og støttende, eller fordi samtaler med språkterapeuten kunne distrahere de fra vanskene de hadde etter de fikk afasi. Funnet viste at deltakerne satte pris på disse samtalene til tross for at de oppfattet sin afasi som en alvorlig hindring (Young, Gomersall og Bowen 2013 og Johansson, Carlsson og Sonnander 2012).

There was no pressure or anything like that, it just helped me. I felt that I could decide nearly everything actually; at the same time, it helped me to talk, to get words for things, so that was very good. ... Talking with a person outside of my friend and family network who had knowledge of the field was helpful. The nurse knew what problems occur with stroke and aphasia (Bronken et al. 2012, 1311).

I funnet fra studien til Johansson, Carlsson og Sonnander (2012) beskrev de hvordan de følte de mestret å ha samtaler med språkterapeut, selv om det var enklere å kommunisere med

partneren sin da de kjente hverandre best. Mange deltakere registrerte en god effekt på sine språkferdigheter når partner og familie hadde kunnskaper om afasivennlig kommunikasjon (Young, Gomersall og Bowen 2013 og Johansson, Carlsson og Sonnander 2012). Mange fortalte at utfordringene varierte fra dag til dag og at afasien fremmet sterke følelser. Gleden av å oppleve forbedring eller øyeblikk når ordene kom riktig ut ble fort blandet med følelsen av sorg på grunn av deres reduserte evne til å snakke. Noen deltakere fortalte at de ikke lengre likte å ha samtaler med terapeut, da mange opplevde følelsen av sorg sterkere en følelsen av glede (Johansson, Carlsson og Sonnander 2012).

I studien til Bronken et al. (2012) rapporterte deltakeren at hun satte stor pris på at sykepleieren snakket langsomt og tydelig, påpekte visuelle illustrasjoner, og var oppmerksom på deltakerens nonverbale tegn. Sykepleieren opptrådte på en måte som gjorde at deltakeren følte seg sett, hørt og anerkjent som en kompetent voksen person.

4.3.2 Nytten av hjelpemidler

I studien til Grohn et al. (2012) diskuterte deltakerne aktiviteter de gjorde for å fremme sin evne til å kommunisere, som for eksempel lesing, soduku, scrabble, skrive handleliste, bruke data og telefon.

Deltakerne eksemplifiserte varierende kommunikasjonsstrategier. Noen forberedte seg selv til en samtale gjennom å prøve å finne ut hvilke ord som var nødvendige, og deretter øve på de ordene med hjelp av en kommunikasjonsbok. I kommunikasjonsboka var det bilder som beskrev ulike ting som for eksempel matretter. En annen strategi var å spørre kommunikasjonspartneren, eller de kunne vise et kort med informasjon om at de hadde afasi (Johansson, Carlsson og Sonnander 2012 og Grohn et al. 2012).

I funn fra studien til Bronken et al. (2012) beskrev deltakeren at hun brukte kombinasjon av snakking, skriving og ulike kommunikasjonsverktøy til å forklare hva de mente.

4.3.3 Å være optimist

Flere funn viste at deltakerne gradvis hadde lært seg å leve med sin kapasitet og funksjon gjennom opplevelser til tross for store forandringer. Det å gjenkjenne sin egen fremgang var viktig for å kunne se mer positivt på den fortvilte situasjonen de var i (Nätterlund 2010, Niemi og Johansen 2013 og Young, Gomersall og Bowen 2013).

«It was good and it give me confidence to hopefully to do it again» (Pearl, Sage og Young 2011, 1809).

Det ble rapportert i studien til Grohn et al. (2012) at de hadde behov for å gjøre ting for å engasjere seg aktivt i sin recovery, være selvstendig og ha mål i livet. Mange beskrev at det var enklere å utføre meningsfulle aktiviteter hvis de hadde et mål å nå. Det var viktig at målene de satte seg var realistiske.

I studien til Bronken et al. (2012) kommer det frem at deltakeren følte seg ensom og usikker fordi hun hadde mange tanker og følelser å håndtere. Men på tross av dette valgte hun å se fremover med drømmer og troen på et godt liv. Å være positiv var vesentlig for en positiv fremtid.

It will get better. And in a way it is getting better. Like I'm talking to you better now. Now a couple ... few weeks ago I wouldn't be able to talk to you as much as I'm talking now, and that, see so it must be getting better. Definitely, must be getting better (Grohn et al. 2012, 396).

Å diskutere forbedringene de hadde gjort etter hjerneslaget gjorde at de ble mer optimistiske, og håpet om at fremtiden skulle bli bedre ble forsterket (Grohn et al. 2012).

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å belyse hvordan pasienter opplever afasi etter hjerneslag. I dette kapittelet skal vi drøfte metode, resultat og våre erfaringer knyttet til teori som er relevant.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Søkestrategi

Vi valgte pasientperspektiv fordi vi syntes det var et spennende og lærerikt perspektiv. Vi utformet tidlig en problemstilling og hensikt, og har endret minimalt på disse gjennom hele perioden. Det positive med dette er at vi hele tiden har hatt en jevn prosess som gjorde at vi sparte tid, og slapp å søke etter nye artikler. Mens det negative ved dette kan være om vi hadde valgt å endre på problemstilling eller hensikt hadde vi kanskje sett på dette temaet med «andre øyne», og funnet andre og flere artikler. Vi valgte til slutt å fjerne problemstillingen da vi så at hensikten i litteraturstudien var tilstrekkelig nok, og at funnene i oppgaven besvarte vår hensikt.

Vi begynte tidlig å søke etter artikler på egenhånd da vi fikk avslag på veiledningstime med bibliotekar før seminar 1. Dette tenker vi kunne være negativt for kvaliteten og antall artikler vi fant. På dette tidspunktet hadde vi et PIO-skjema vi hadde utarbeidet på egenhånd, og vi tror vi kunne fått et bedre søk om vi hadde fått hjelp til det tidligere. Da vi fikk veiledningstime med bibliotekar i desember 2014 fikk vi god hjelp til å forbedre PIO-skjemaet vårt med nye og bedre søkeord så vi fikk et bedre søk. Bibliotekaren anbefalte relevante databaser for vår daværende problemstilling. Vi fikk fortalt at det var flere databaser vi kunne søkt i som for eksempel Ovid Nursing Database, SveMed og Clinical Trials som Nordtvedt et al. (2012) beskriver som sentrale databaser for kvalitativ forskning. Men det var stor sannsynlighet for å få treff på de samme artiklene som i for eksempel Ovid Medline eller ProQuest. Det at vi ikke gikk inn for å søke i disse databasene kan virke negativt på studien vår da vi kanskje kunne truffet nye relevante artikler. Vi syntes veiledningstimen med bibliotekar var til god hjelp for den videre studien vår.

Vi satt til slutt igjen med ti kvalitative artikler som vi syntes var gode (Vedlegg 3). Vi valgte å ekskludere kvantitative forskningsartikler, da hensikten vår er kvalitativt vinklet. Nordtvedt et al. (2012) skriver at kvalitativ forskning blir brukt for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger en bruker da ikke-statistiske metoder for analyse. Det at vi har valgt å inkludere kun ti forskningsartikler kan virke både positivt og negativt på studien. Ifølge Høgskolen i Molde sine retningslinjer (2014) står det at litteraturstudien skal baseres på 10-15 originale forskningsartikler. Forsberg og Wengström (2008) skriver at det finnes ingen regler for hvor mange studier som skal inngå i en litteraturstudie. Det beste er å inkludere all relevant forskning innenfor et aktuelt område. Ulike praktiske årsaker kan gjøre at dette ikke alltid er mulig, derfor må antall studier velges ut i fra hva forfatter kan finne, og hvilke krav man stiller til studier som skal inkluderes (Forsberg og Wengström 2008). Vi har vært kritisk da vi har valgt artikler i forhold til å ekskludere studier som ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre. Vi syntes derfor at de ti forskningsartiklene vi har inkludert i studien har gitt oss gode og relevante funn for vår problemstilling.

Gjennom søkeprosessen har vi sett at forskere beskriver at det kan være vanskelig å forske på personer med afasi. Vi tror det kan være en utfordring på grunn av at de har kommunikasjonsvansker og kan ha vansker med å uttrykke sine meninger selv. Det kan være noe av grunnen til at det er mindre forsket på pasienters følelser og opplevelser. Dette førte igjen til at det var vanskeligere for oss enn vi trodde å finne forskningsartikler med pasientperspektiv. Vi valgte å ikke ha noe avgrensning på hvor mange år etter de fikk afasi de ble intervjuet, på grunn av at vi mener at opplevelsene og synet på det å ha afasi vil endre seg over tid. Dermed vil erfaringene bli større til lengere tid det går etter oppstått afasi. Dette synes vi kan være positivt for å se forskjeller på opplevelsen av afasi på et tidlig stadium, i forhold til at det har endret seg med årene.

5.1.2 Kvalitetsvurdering

Ved hjelp av en systematisk sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning (Kunnskapssenteret 2014) har vi kritisk vurdert våre ti forskningsartikler. Vi valgte å dele artiklene for å kritisk vurdere hver for oss, og etterpå gikk vi gjennom det sammen. Dette gjorde vi for å være sikre på at artiklene var av god kvalitet. For å forsikre oss om at artiklene var gode laget vi et rangeringssystem som sammen med vår egen vurdering

kunne avgjøre hvilke artikler som eventuelt måtte ekskluderes. Noen spørsmål i sjekklisten kunne være vanskelige å svare på, det førte til at vi strevde med å finne svar i artiklene. Dette kan virke negativt på den kritiske vurderingen av våre artikler. Forsberg og Wengstrøm (2008) skriver at det finnes ingen fasit på hvordan den kritiske vurderingen skal gjøres men at man bør bruke en mal. Det er utviklet gode metoder som kan muliggjøre en systematisk tilnærming. To av våre artikler ble vurdert som middels god, og åtte som god, derfor ble ingen av artiklene ekskludert. Vi har gjennom hele prosessen fulgt Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie (2014).

5.1.3 Analyse

For å systematisk analysere forskningsartiklene brukte vi Evans (2002) metode som består av fire steg. Metoden er relevant å bruke når vi skal analysere kvalitativ forskning. Dette passet bra for oss da vi har inkludert kun kvalitative forskningsartikler. Vi gikk gjennom artiklene hver for oss, og skrev ned hovedfunnene på egne ark som var merket med artiklenes tittel. Dette for å sikre oss at ikke noen hovedfunn ble oversett. For oss var det viktig å dra ut alle relevante funn, for at studien skulle bli best mulig. Vi visste at det var på dette tidspunktet vi la grunnlaget for hvordan den endelige oppgaven skulle bli. Da vi møttes for en gjennomgang av hovedfunnene fant vi ingen betydelige forskjeller på det vi hadde funnet. Vi syntes dette var en god måte å gjøre det på, slik at ingen funn ble oversett. Vi nummererte artiklene fra 1-10 og markerte funn som omhandlet det samme tema i samme farge. Disse skrev vi inn i en oversikt for å kartlegge sterke og svake funn (se figur 1, side 13). Vi syntes dette var en oversiktlig måte å analysere artiklene på da vi laget oss et eget system som var til god hjelp da vi skulle skrive resultatpresentasjon. Det at vi har lite erfaring med analysearbeid kan være en svakhet for studien da misforståelser kan ha oppstått under analyseringen.

Vi gikk fra å ha seks hovedfunn med undertema, til å ha tre hovedfunn med seks undertema. Dette følte vi var positivt for studien da vi ser at det ble en bedre struktur og helhet i resultatdelen når vi fikk samlet hovedfunn som hørte sammen. Vi tenker at dette også kan være en svakhet for studien da hovedfunn som kanskje er sterke kan virke svakere. Alle våre ti artikler er skrevet på engelsk, og vi oversatt derfor disse til norsk. Vi brukte google translate og engelsk-norsk ordbok da vi skulle oversette artiklene. Da Google translate håndterer ord forskjellig (Nordtvedt et al. 2012). Derfor var det ikke til så

stor hjelp å oversette setninger korrekt. Vi tar derfor i betraktning at feil kan ha oppstått da artiklene inneholder fagspråk på engelsk som kan være vanskelig å oversette riktig.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet skal vi drøfte våre funn opp mot relevant teori, forskning, implikasjoner for sykepleiepraksis, våre erfaringer fra praksis og hvilke tanker vi har rundt dette. Vi gikk fra å ha seks hovedtema til tre, dette syntes vi ga en mer oversiktlig og strukturert resultatpresentasjon. Undertemaene vi presenterer i dette kapittelet er utfordringer ved å gjennomføre dagligdagse aktiviteter, endret opplevelse av sosiale relasjoner og flere veier til god afasirehabilitering.

5.2.1 Utfordringer ved å gjennomføre dagligdagse aktiviteter

Å bli rammet av afasi forårsaker ofte en dramatisk endring i livet både fysisk, psykisk og sosialt (Qvenild et al. 2010). Mange blir hindret i å delta i aktiviteter, på grunn av deres kommunikasjonsvansker og fysiske funksjonshemming. I følge vår litteraturstudie var det mange nye utfordringer som oppstod etter de fikk afasi. Flere funn viste at det å drive med meningsfulle aktiviteter var sentrale for menneskets opplevelse, og at dagligdagse aktiviteter hadde endret seg betraktelig (Brown et al. 2013 og Nätterlund 2010). Det at de blir hindret i å delta i aktiviteter fører ofte til et mindre sosialt engasjement. Det er stor forskjell på hvordan afasirammede individuelt mestrer sine utfordringer (Corneliusson et al. 2014). I praksis har vi selv møtt pasienter som er rammet av afasi og sett hvor store endringer som oppstår i livet deres. Dette kan for eksempel være at de ble mer avhengig av sine nærmeste og hjelp fra helsepersonell. Det at pasienten ikke greier å uttrykke sine ønsker kan føre til frustrasjon. Det kan være en stor utfordring i praksis for oss som helsepersonell å vite hva de vil ha hjelp til eller ikke. Her er det viktig at sykepleieren behandler pasienten som en voksen kompetent person, viser respekt og gode holdninger ovenfor pasienten og dens ønsker. Det å vite hvordan de vil bli stelt, eller hva de vil ha på brødskiva kan være en stor utfordring, og her er det viktig at man tar seg tid til å lytte til pasienten, og gir tid så pasienten får uttrykke sine ønsker. Man kan bruke hjelpemidler som for eksempel en kommunikasjonsbok for å gjøre det enklere for pasienten å vise hva han ønsker, ved å peke på bilder.

Mange afasirammede opplever lesevansker i ulik grad. De opplever at de ikke kan lese på samme måte som før, selv om de kan forstå innholdet i enkelte mindre tekster. Det kommer også frem at leseforståelsen ofte er bedre enn evnen til å lese høyt (Corneliussen et al. 2014). Dette samsvarer godt med funn fra vår litteraturstudie der det ble beskrevet at til og med å begynne å lese avisen igjen var vanskelig. Å lese høyt gjorde at de ble fort sliten, og de følte at de ikke kunne takle det. Dette førte til at de gjorde mer passive innendørsaktiviteter i hjemmet som for eksempel å høre på lydbøker (Nätterlund 2010, Bronken et al. 2012 og Niemi og Johnsson 2013). Mange afasirammede får ikke med seg sammenhengen av det som blir sagt fra andre mennesker, tv, radio eller lydbøker, og det blir enda en frustrerende situasjon å takle. Corneliussen et al. (2014) skriver at mange kan oppfatte afasi som en hukommelsessvikt, men det som egentlig skjer er at den afasirammedes kopling til ordenes mening er brutt, dette kalles en tolkningsvikt.

I vår litteraturstudie kom det frem at deltakerne selv hadde merket seg at de hadde mistet mange ord, og at de fortsatt hadde store problemer med å skrive (Nätterlund 2010, Bronken et al. 2012 og Niemi og Johansson 2013). Dette kan være en stor utfordring for denne pasientgruppen, da dette kan være et viktig kommunikasjonsalternativ for verbal tale. Corneliussen et al. (2014) sier at skriving ofte er vanskelig for de fleste som har afasi, og de må ofte lære seg å skrive med venstre hånd på grunn av lammelser i høyre hånd. Det kan ofte bli tatt for gitt at dersom en person ikke kan snakke kan han i hvertfall skrive (Corneliussen 2014).

Det viktigste kommunikasjonsmiddelet et menneske har er språket. Det ligger naturlig for oss som mennesker å kunne snakke etter vi først har lært det. Derfor er det vanskelig å kunne forklare hvorfor vi bruker språket som vi gjør (Corneliussen 2014). Funn viste at det tok lang tid før deltakerne kunne si noen ord igjen. Det ble ofte brukt enkle ord, mye mumling og bruk av ansikstuttrykk (Nätterlund 2010, Bronken et al. 2012 og Niemi og Johansson 2013). Når man ikke greier å bruke det verbale språket for å nå den andre, vil nonverbal kommunikasjon bli veldig viktig. Man kan da bruke kroppslige uttrykk og bevegelser, mimikk, ansikstuttrykk, stemmebruk og berøring for å uttrykke det man ønsker å si (Eide og Eide 2011). Det kan ofte oppstå situasjoner der en kan oppleve en motsetning mellom det den afasirammede sier og det han viser med sitt kroppsspråk. I disse situasjonene er det viktig at sykepleier vurderer om det er en sammenheng mellom tale og kroppsspråk.

Som sykepleier er det og viktig at man bruker tydeligere gester som blikk og lignende slik at innholdet i budskapet skal bli lettere å forstå for den afasirammede. Selv om gestene man utfører er for lite funksjonelle til å heve kvaliteten på kommunikasjonen for mottakeren, kan de være til god nytte for den afasirammede selv (Corneliussen et al. 2014). Vi har erfart i praksis opptil flere ganger at pasienter vil så gjerne fortelle oss noe, men de får det ikke frem. Dette kan føre til frustrasjon og fortvilelse hos pasientene. Det kan også være vondt å være den som skal hjelpe pasienten i denne situasjonen, siden man føler at man ikke strekker til. Det er da viktig at sykepleier prøver å få tak i hva den afasirammede forsøker å formidle, hva han vil spørre om eller fortelle. Hvis man er nødt til å gjette seg frem er det viktig at man ikke gjetter for fort og ukritisk, men at man er observant på å fange opp alle verbale og nonverbale tegn som den afasirammede kommer med (Corneliussen et al 2014). De bør fritt få velge kommunikasjonskanal, da en samtale ikke bare trenger å bestå av talespråk. For å få en bedre flyt i samtalen er det viktig at sykepleier minner de på at de kan bruke disse forskjellige kommunikasjonskanalene (Corneliussen et al. 2014).

I Eide og Eide (2011) sies det at sykepleier bør ha kunnskap om pasientens lidelse, evnen til å leve seg inn i pasientens situasjon og beherske et nyansert register av kommunikasjonsstrategier for å kommunisere godt med afasirammede. Det kreves også at sykepleieren er tålmodig, har evnen og viljen til å vise interesse, lytte og forsøke å forstå (Corneliussen et al. 2006). Våre erfaringer tilsier at det kunne ha vært mer fokus på kommunikasjon med afasirammede ute i spesialist- og kommunehelsetjenesten, og at mange kan mangle kunnskap om dette. Dette kan fort føre til misforståelser og dårligere behandling. Funn fra vår litteraturstudie støttet opp mot dette da deltakere savnet støtte og forståelse fra helsevesenet (Nätterlund 2010). Som sykepleier bør man sette seg godt inn i pasientens situasjon, ha god tid, samt god og oppdatert kunnskap om ulike kommunikasjonsstrategier for å kunne få en god dialog med pasienten. Dette kan skape en bedre relasjon mellom sykepleier og pasient som igjen kan føre til trygghet hos pasienten.

5.2.2 Endret opplevelse av sosiale relasjoner

Funn fra vår litteraturstudie viser at afasirammede opplevde mange situasjoner der deres selvbilde og identitet var truet. Mange ville bli behandlet normalt, men ble ofte isolert fra andre som da gjorde at de følte seg som en byrde (Dalemans et al. 2010, Bronken et al. 2012 og Nätterlund 2010). Afasi påvirker ofte den afasirammedes identitet og hvordan han eller hun oppfatter seg selv. Samtidig vil mange pårørende også få en følelse av at deres liv og hverdag brått blir forandret når en av deres nærmeste blir rammet av afasi (Ringdal 2003). Corneliussen et al. (2014) beskriver at redusert selvtillit har innvirkning på velvære og livskvalitet, og mange føler seg mer utrygge og deprimerte mye på grunn av at språket og kommunikasjonsvanskene deres gjør at de blir usikre og isolerer seg fra andre.

Kouwenhoven og Kirkevold (2013) skriver at mange kan føle seg fanget i egen kropp og tvunget til å leve på en bestemt måte. De fleste har i tillegg en fysisk funksjonshemming som skaper begrensninger på å bruke kroppen. De greier ikke å stole på egen kropp, og det gjør at de ikke tør å møte nye mennesker. Funn fra vår litteraturstudie (Brown et al. 2013 og Nätterlund 2010) viser at mange satte pris på nye vennskap, fordi de ble møtt med åpent sinn. Å ikke stole på egen kropp og egne handlinger kan føre til at de for eksempel ikke tør å ta buss alene, da de er redd for at de ikke greier å si hvor de skal, eller får problemer med å håndtere pengene ved betaling.

Videre skriver Kouwenhoven og Kirkevold (2013) at når man får afasi kan det ofte føre til at man må slutte i jobben sin og blir fratatt førerkortet. Dette fører til at man har vanskeligheter med å komme seg ut, og mister sosialiseringen på jobben. Denne teorien støtter funn fra vår litteraturstudie (Niemi og Johansson 2013, Bronken et al. 2012, Johansson, Carlsson og Sonnander 2012 og Dalemans et al. 2010) der de ikke stolte på seg selv til å utføre sitt tidligere yrke. Dette var en grunn for at de valgte å ikke jobbe selv om de fikk tilbud om tilrettelagt arbeid. Mange kjente seg ofte skamfull i forhold til at de følte de ikke hadde noe tilhørighet til arbeidsplassen. Dette var en stor utfordring da de fikk spørsmål om jobbsituasjon. Noen deltakere følte de bidro til noe verdifullt i samfunnet når de valgte å drive med frivillighetsarbeid. Dette gjorde det lettere for de å leve med den nye situasjonen (Musser et al. 2015 og Pearl, Sage og Young 2011).

Sorg og frustrasjon er følelser som gjentar seg i litteraturstudien vår. De følte på savnet etter fortiden og frykten for fremtiden da de gradvis så funksjonssvikt hos seg selv (Bronken et al. 2012, Johansson, Carlsson og Sonnander 2012, Dalemans et al. 2010 og Niemi og Johansson 2013). Heggdal (2001) skriver at symptomene kan oppleves som uforståelige og skremmende, og vil da skape angst og frykt for hva som vil skje i fremtiden. Videre skriver Heggdal (2001) at kroppens reaksjoner kan oppleves som ukontrollerbare og uforutsigbare som medfører tap av kontroll, trygghet og gir en sterk følelse av uvisshet. Funn fra vår litteraturstudie bekrefter dette ved at deltakerne beskrev usikkerheten for hvordan sykdommen ville utvikle seg i fremtiden, usikkerheten i forhold til familie, jobb og redsel for hvordan andre ville reagere (Bronken et al. 2012, Johansson, Carlsson og Sonnander 2012, Dalemans et al. 2010 og Niemi og Johansson 2013). Når den afasirammede kan utrykke sine følelser og tanker til en sykepleier som kan gi tilbakemeldinger på dette, vil det kunne bidra til at de bedre forstår sin egen situasjon, som igjen kan fremme mestringsfølelse (Heggdal 2001).

Det er viktig at de som omgås den som er rammet er klar over at den afasirammede har gode kunnskaper og ferdigheter utover språkvanskene. Det er derfor viktig at den afasirammede blir behandlet som den voksne tenkende personen han er (Corneliussen et al. 2014). Deltakere i vår litteraturstudie (Dalemans et al. 2010, Niemi og Johansson 2013, Grohn et al. 2012, Brown et al. 2013, Musser et al. 2015 og Nätterlund 2010) syntes ikke familie og venner behandlet de noe annerledes enn hva de gjorde før de fikk afasi. Mens andre følte de ikke ble sett på som «en hel» person, og ble «snakket ned» til med babyspråk. Selv om noen følte de ikke ble behandlet annerledes enn hva de gjorde før, merket de fort at det var mangel på kunnskap om afasi. Som sykepleier er det viktig at man hele tiden arbeider for å forbedre informasjon og veiledning til pasient og pårørende (Heggdal 2001). Når sykepleier gir informasjon er dette samtidig en situasjon for å styrke tillit og gi støtte til pasient og pårørende.

Mange hadde erfart tap av venner etter de fikk afasi. Dette var på grunn av at de ikke lengre kunne delta i samtaler og aktiviteter på samme måte som før, og deres sosiale nettverk hadde i stor grad forsvunnet. Selv om det hadde blitt slik, var det ikke noe de ønsket (Musser et al. 2015, Brown et al. 2013, Niemi og Johansson 2013, Nätterlund 2010 og Dalemans et al. 2010). Kommunikasjonsvansker skaper usikkerhet som gjør at de tar avstand fra andre mennesker. Dette fører til en sosial tilbaketrekking, og at deres venner

forsvinner (Corneliussen et al. 2014). Det at venner tar avstand kan komme av at de føler redsel og usikkerhet, og at de ikke vet hvordan de skal opptre i situasjonen. Mange er nok også redd for å si eller gjøre noe feil, som kan såre den afasirammede. Dette kommer nok igjen av mangel på kunnskap. Situasjonen er like ny for vennene, som den er for den afasirammede. Mange syntes det at venner tok avstand var sørgelig, mens andre godtok det og forstod hvorfor de gjorde som de gjorde. De lot ikke dette påvirke de på noen negativ måte. Det er når det oppstår situasjoner som dette man ser hvem som står igjen som ekte venner (Brown et al. 2013 og Nätterlund 2010).

Ett funn fra vår litteraturstudie viste at det å ha familie og venner som støttespillere ga en følelse av trygghet. Å ha noen som var der for de som kjente de fra før de fikk afasi, spilte en stor rolle for rehabiliteringen, deres selvbilde og selvtillit. Familie og venner fikk de til å føle seg som kompetente voksne mennesker (Niemi og Johansson 2013, Grohn et al. 2012, Brown et al. 2013, Musser et al. 2015 og Nätterlund 2010). Dette er et viktig funn, da det beskriver kun støtten fra familie og venner.

Som sykepleier har man også den viktige oppgaven å møte den afasirammedes uvisshet da dette vil kunne bidra til å forebygge langvarige emosjonelle og psykososiale problemer. Informasjonen og veiledningen sykepleieren gir kan være til god hjelp for å dempe usikkerheten (Heggdal 2001). Sykepleieren kan fungere som en kilde til motivasjon og engasjement ved å ha en jevn oppfølging og hjelpe pasienten til å sette realistiske mål. Sykepleier må gi pasienten anledning til å sette ord på uvissheten, og at vi som helsepersonell må ta oss tid til å svare på spørsmål pasienten lurer på. Å møte pasientens behov for kunnskap har vist seg å være viktig (Heggdal 2001).

Funn fra vår litteraturstudie (Nätterlund 2010) viste at mange erfarte en manglende støtte fra helsevesenet, spesielt i forhold til kommunikasjonstrening. Heggdal (2001) bekrefter dette ved at mange savner oppfølging fra helsevesenet etter hjemkomst i forhold til å kunne stille spørsmål og bearbeide situasjonen med noen som har mer kunnskap om afasi enn familie og venner. Afasirammede har på samme måte som andre et behov for å bli snakket med, bli tatt med i samtaler og være en del av fellesskapet. De kan ofte bli møtt med taushet og folk tar seg ikke den ekstra lille tiden som skal til for å skape god kontakt, eller tror at det ikke har noen hensikt og at de uansett ikke forstår (Eide og Eide 2011). Vi erfarer fra praksis på slagenhet at sykepleierne informerte pårørende i den akutte fasen

etter at pasienten hadde fått hjerneslag og afasi. Dette opplevde vi kunne være til stor hjelp for de pårørendes forståelse for situasjonen. Mange aspekter ved uvissheten man opplever etter et nylig oppstått hjerneslag kan dempes ved hjelp av god tilpasset informasjon og veiledning fra sykepleier (Heggdal 2001). Det kan oppleves ganske tøft å møte sin kjære for første gang etter et hjerneslag, da forandringene kan være store. Den akutte fasen etter at pasienten har fått afasi er en veldig sårbar fase både for pårørende og pasienten, da livet forandres brått og uventet.

5.2.3 Flere veier til god rehabilitering

Afasi rammer ulikt. Det er stor variasjon på hvordan sammensetning av symptomer og vanskelighetsgrad rammer ulike mennesker med afasi. Men det de har til felles er at de ofte kan ha samme behov for best mulig tilpasset hjelp og rehabilitering (Qvenild et al. 2010). Dette støtter funn fra vår litteraturstudie ved at noen deltakerne satte stor pris på å få tilpasset hjelp og god rehabilitering. Språkterapeut, sykepleier og ergoterapeut ble nevnt som god hjelp, spesielt etter hjemkomst (Young, Gomersall og Bowen 2013, Johnsson, Carlsson og Sonnander 2012 og Bronken et al. 2012). Videre skriver Qvenild et al. (2010) at afasirammede har et behov for et individuelt tilpasset, helhetlig og målrettet tilbud over tid. Da er det svært viktig å komme raskt i gang med den språklige rehabiliteringen (Qvenild et al. 2010). Dette krever tverrfaglig samarbeid mellom forskjellige profesjoner og sektorer. Disse ulike profesjonene kan være blant annet logoped, fysioterapeut, ergoterapeut, lege og sykepleier. Sykepleieren er ofte et bindeledd mellom pasienten og de ulike profesjoner, derfor kan det være en relevant oppgave for sykepleieren å bidra til å legge til rette for et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud rundt pasienten (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). I følge samhandlingsreformen er det viktig med god samhandling når pasienten flyttes mellom sykehus og kommune eller ulike enheter og avdelinger (Helsedirektoratet 2015). Våre erfaringer fra praksis viser at det langvarige rehabiliteringstilbudet ofte kan svikte. Vi har observert at når pasienter kommer hjem fra et rehabiliteringsopphold etter oppstått hjerneslag og afasi, kan det skje at de får dårlig tverrfaglig oppfølging i hjemmet. Dette kan føre til at språket stagnerer på grunn av at de ikke får opprettholdt sin språkfunksjon, og at de ikke får utviklet nye språkferdigheter. Opplæringsloven (2012) hjemler rett til språklig rehabilitering som kommunen skal legge til rette for, etter hjemkomst. Den som rammes av afasi trenger ikke bare språklig rehabilitering, men også fysisk, psykisk og sosial rehabilitering da det ikke bare er språket

som blir rammet ved et hjerneslag. Derfor er det behov for et rehabiliteringsopplegg som gjør det mulig å få et liv med god kvalitet. Det er viktig at denne rehabiliteringen har en viss intensitet og varighet (Qvenild et al. 2010). Som sykepleier observerer vi alle disse ulike behovene for rehabilitering både i spesialist- og kommunehelsetjenesten og behovene vil endre seg over tid. Det er derfor viktig å være observant på eventuelle endringer, og undersøke hvilke rehabiliteringsmuligheter som kan hjelpe pasienten der og da.

Språkterapeuter jobber for å vurdere alt fra mål for tiltak, type ord og kommunikasjonsituasjoner det skal arbeides med til ulike typer hjelpemidler basert på vurderinger av den afasirammedes språkfunksjon (Qvenild et al. 2010). Denne måten å jobbe på handler om at den afasirammede skal arbeide for å tilpasse seg å leve med afasi. Man tar ofte utgangspunkt i hvordan de syns afasien er et hinder for å leve det livet man ønsker å leve (Qvenild et al. 2010). Funn fra vår litteraturstudie viser at deltakerne satte pris på samtalene med språkterapeut selv om de oppfattet sin afasi som en alvorlig hindring. Det ble satt stor pris på at de ble snakket langsomt og tydelig til, og at det ble fokusert på nonverbale tegn. Noen uttalte også at følelsen av sorg fort kunne bli sterkere enn følelsen av glede i samtalene (Bronken et al. 2012, Johansson, Carlsson og Sonnander 2012 og Young, Gomersall og Bowen 2013). Dette viser igjen viktigheten av at sykepleier bør ha kunnskap om hvordan god kommunikasjon med afasirammede kan eller bør foregå for å få til en god dialog mellom pasient og sykepleier (Qvenild et al. 2010).

God afasirehabilitering trenger ikke bare å handle om pasienten. Det kan også være nødvendig å gi et tilrettelagt tilbud for pårørende og andre nære personer. Det er viktig at dette tilbudet inneholder god informasjon om utfordringene de afasirammede opplever. De må også få informasjon og opplæring i afasivennlig kommunikasjon (Qvenild et al. 2010). Dette kan være et stort pluss i rehabiliteringen, da pårørende også kan være til stor hjelp i opptreningen. Vi har erfart at de afasirammedes logopedtilbud i hjemmet kan være svekket. Da vil viktigheten av at pårørende har kunnskaper være enda større, selv om de ikke skal føle seg ansvarlig for opptreningen. Som sykepleier har man da en viktig rolle ved at man bør ta seg tid til å gi støtte og tilby samtaler med pårørende for at de skal kunne få stilt spørsmål og eventuelt få råd om hvordan de kan forholde seg til situasjonen (Kirkevold 2008). Å hele tiden være på tilbudssiden kan lette på mye av usikkerheten til pårørende da de ikke alltid vet hvilke tilbud og rettigheter de har. Funn fra vår litteraturstudie viser at deltakere følte de fikk god oppfølging i hjemmet med hyppige

besøk av språkterapeut. At partner og familie hadde kunnskap om afasivennlig kommunikasjon ga mange deltakere en positiv effekt på deres språkferdigheter og trygghet (Young, Gomersall og Bowen 2013 og Johansson, Carlsson og Sonnander 2012). Dette viser at det kan være store forskjeller i rehabilitering og behandling, selv om opplevelsen av afasi kan ha likheter på tvers av landegrensener.

Både Kulø (2010) og Corneliussen et al. (2014) skriver at ved bruk av kommunikasjonshjelpemidler er det enklere å kompensere for uttalevansker enn for språkvansker. I kommunikasjon uten hjelpemidler brukes kroppen med lyder, peking, mimikk, øyebevegelser og annet. Kommunikasjon med hjelpemidler brukes for at den afasirammede skal kunne uttrykke seg ved for eksempel å peke på skrevne ord, tegne, velge bilde i en kommunikasjonsbok eller trykke på en talemaskin (Corneliussen et al. 2014). De som har afasi bør selv få være med å velge ut hvilke hjelpemidler de ønsker å bruke. Det er da viktig at hjelpemidlene blir tilpasset den enkelte individs ønske (Kulø 2010). I Norge har det vært liten tradisjon for at afasirammede bruker avanserte høyt teknologiske kommunikasjonshjelpemidler selv om dette har hatt god effekt i andre land. Nå finnes det hjelpemidler i ulike størrelser helt ned i størrelsen på en mobiltelefon (Kulø 2010). De fleste foretrekker likevel ikke-teknologiske hjelpemidler som en kommunikasjonsbok eller permer med skrevne ord.

En afasirammet kan ha nonverbal kommunikasjon godt ivaretatt, et lite smil eller en grimase kan inneholde mye informasjon. I funn fra vår litteraturstudie kom det frem at mange gjorde ulike aktiviteter for å fremme sin kommunikasjonsevne. Mange brukte en kommunikasjonsbok i sosiale sammenhenger, eller et informasjonskort der det ble informert at de hadde afasi. Dette brukte de for at andre skulle få en forståelse av hvorfor de hadde talevansker, og for at andre skulle få en bedre forståelse av hva de ville si (Grohn et al. 2012 og Johansson, Carlsson og Sonnander 2012). Det er ikke alltid det er like god tilgang på hjelpemidler i hjemmet, derfor kan sykepleier velge å fokusere på den nonverbale kommunikasjonen som også kan gi en god indikasjon på hva den afasirammede mener. Viktigheten ved å ha de rette kunnskapene og hjelpemidlene tilgjengelig for å kunne få en best mulig dialog med den afasirammede er avgjørende. Disse hjelpemidlene kan også være til god hjelp for pårørende.

Man skiller mellom direkte og indirekte tiltak i afasirehabilitering. Direkte tiltak er ofte rettet mot selve språkskaden, mens indirekte tiltak vil vanligvis ha et fokus på sosiale sammenhenger. Disse innfallsvinklene kan fremstå som motsetninger men de er likevel nødvendige i en helhetlig rehabilitering (Qvenild et al. 2010). Det å sette seg realistiske mål for fremtiden og å få støtte fra familie og helsepersonell hadde god effekt på å styrke håpet om bedring hos den afasirammede (Niemi og Johansson 2013, Grohn et al. 2012, Brown et al. 2013, Musser et al. 2015 og Nätterlund 2010). Qvenild et al. (2010) skriver at den afasirammede skal sammen med språkterapeuten skaffe seg et overblikk over trekk ved afasien, hvordan den rammede selv har det og finne frem til hvilke strategier man skal bruke for å nå kommunikasjonsrelaterte mål. Videre skriver Qvenild et al. (2010) at dette åpner for andre mål enn bare språkrettede, som for eksempel å komme tilbake i arbeidslivet. Fremgang blir vurdert ut ifra hvor langt den afasirammede har kommet på veien mot sitt mål. Funn fra vår litteraturstudie viser at deltakerne lærte seg å leve med sin kapasitet og funksjon til tross for store forandringer. At man gjenkjente sin egen fremgang gjorde at mange ble mer optimistisk og så lysere på fremtiden. Mange beskrev at de merket en positiv effekt av å sette seg realistiske mål (Nätterlund 2010, Niemi og Johansson 2013, Young, Gomersall og Bowen 2013 og Grohn et al. 2012). Det kan være viktig å huske at den afasirammede ikke bare blir språklig rammet, men også fysisk, psykisk og sosialt. Sykepleier kan bidra til å hjelpe de å sette seg realistiske mål, ikke bare langsiktige, men også kortsiktige mål som er enklere å nå for at de lettere skal kunne se fremgang og tenke positivt.

6.0 Konklusjon

Å bli rammet av afasi kan skje som lyn fra klar himmel, og det blir en dramatisk endring i livet både fysisk, psykisk og sosialt. Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan pasienter opplever afasi etter hjerneslag.

Funnene viste for det første at dagligdagse aktiviteter som de greide før var ingen selvfølge lengre. Det førte ofte til frustrasjon da de hadde et større behov for hjelp, og de greide ikke å uttrykke hva de ønsket.

For det andre viste funnene i litteraturstudien at de afasirammede opplevde en endret opplevelse av sosiale relasjoner. De følte de ble tvunget til å leve på en bestemt måte og fanget i egen kropp. Det sosiale nettverket ble gradvis svekket i form av at venner trakk seg unna og at mange valgte og ikke fortsette i jobben sin. Reaksjoner som gjentok seg var sorg, frustrasjon, stress, tap og usikkerhet med tanke på fremtiden. Behovet for støtte fra familie, venner, og helsepersonell var stort.

For det tredje viste funnene at det ble satt stor pris på å få tilpasset hjelp og rehabilitering. De jobbet mot realistiske mål sammen med språkterapeut ved hjelp av ulike hjelpemidler. Det ble fokusert mye på nonverbal kommunikasjon, da dette kunne gi en indikasjon på hva den afasirammede mente. Det at partner og nærmeste familie hadde kunnskap om afasivennlig kommunikasjon ga en positiv effekt på språkferdighetene og tryggheten til den afasirammede.

Pasienter med afasi etter hjerneslag har et stort behov for tilpasset hjelp og rehabilitering for å fremme sin evne til å kommunisere og sette seg realistiske mål for fremtiden. Dette avhenger av et godt tverrfaglig samarbeid mellom ulike sektorer i kommunen, og god støtte fra pårørende. Får pasientene en god tverrfaglig rehabilitering vil det også styrke andre funksjoner som er svekket. Dette kan føre til at pasientene får en positiv opplevelse av sin afasi, til tross for at de kan kjenne på savnet etter fortiden.

6.1 Konsekvenser for praksis

Vi tenker at det er viktig at bevisstheten rundt kommunikasjon med afasirammede blir satt mer fokus på både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Man vet aldri hvor man kan møte en som er rammet av afasi. Tid er en knapp ressurs i helsevesenet, og derfor kan det være en fordel for sykepleiere at de har kunnskap om afasivennlig kommunikasjon da pasienter med afasi trenger lengre tid på en samtale. For å kunne møte afasirammede på en god måte er det viktig at sykepleiere har kunnskap om pasientens lidelse og at det rammer individuelt. Sykepleier bør kunne ha kunnskap nok til å gi tilrettelagt informasjon og veiledning om afasi tidlig etter diagnosetidspunkt. De må også kunne sette seg inn i pasientens situasjon, bruke relevant kunnskap og hjelpemidler for å kunne kommunisere på en god måte med afasirammede. Vi tenker at funnene i vår litteraturstudie er relevant for sykepleie til pasienter med afasi etter hjerneslag.

6.2 Forslag til videre forskning

De afasirammede har ofte vanskeligheter med å uttrykke seg selv. Da vi søkte etter forskningartikler så vi at det var lite forsket på pasientens opplevelser og erfaringer, men mer på pårørendes perspektiv. Derfor tenker vi at det burde forskes mer pasientens opplevelser og erfaringer i forhold til utfordringer i dagliglivet, da det er pasienten selv som kan uttrykke sin opplevelse av afasi. Dette er et viktig tema å forske på for at vi som helsepersonell skal få et innblikk i hvordan de opplever afasi og hvordan vi kan kommunisere med de på en best mulig måte.

Litteraturliste

Bronken, Berit Arnesveen, Marit Kirkevold, Randi Martinsen og Kari Kvigne. 2012. "The aphasic storyteller coconstructing stories to promote psychosocial well-being after stroke." *Qualitative Health Research* 22(10): 1303-1316.

Brown, Kyla, Bronwyn Davidson, Linda E. Worrall og Tami Howe. 2013. "Making a good time": The role of friendship in living successfully with aphasia." *International journal of speech-language pathology* 15(2): 165-175.

Corneliussen, Margit, Line Haaland-Johansen, Monica I.K. Knoph, Marianne Lind og Eli Qvenild. 2014. *Afasi og samtale, gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus forlag

Corneliussen, Margit, Line Haaland-Johansen, Monica I.K. Knoph, Marianne Lind og Eli Qvenild. 2006. *Afasi og samtale, gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus forlag

Dalemans, Ruth J.P, Luc de Witte, Derick Wade og Wim van den Heuvel. 2010. "Social participation through the eyes of people with aphasia." *International journal of language & communication disorders* 45(5): 537-550.

Database for statistikk og høyere utdanning. 2014. «publiseringskanaler». (Lest 17.03.2015). <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2010. «Kvalitativ metode». (Lest 15.04.2015). <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2009. «Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning». (Lest 17.03.2015). <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Redusert-samtykkekompetanse/Genrelle-prinsipper>

Dietrichs, Espen. 2012. «Karsykdommer» I *Sykdomslære*, red. Sverre Erik Kjelden, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise, 87-120. Oslo: Gyldenskog Akademisk

- Eide, Hilde og Tom eide. 2011. *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2 utg. Oslo: Gyldendal akademisk
- Evans, David. 2002. "Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data". *Australian Journal of Advanced Nursing* 20: 22-26
- Fjærtøft, H. og B. Indredavik. 2007. «Kostnadsvurderinger ved hjerneslag». *Tidsskrift for Den norske legeforsening*. 127(6):744-747
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 2. utg. Stockholm: Natur og kultur.
- Grohn, B., Worrall, L. E., Simmons-Mackie, N., & Brown, K. 2012. "The first 3-months post-stroke: What facilitates successfully living with aphasia?" *International journal of speech-language pathology*, 14(4), 390-400.
- Heggdal, Kristin. 2001. «Å leve med nevrologiske lidelser». I *Å leve med kronisk sykdom*, red. Eva Gjengdal og Berit Rokne Hanestad, 139-152. Oslo: Cappelen akademisk forlag
- Helsedirektoratet. 2015. «Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak». (Lest 16.04.2015) <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak>
- Helsedirektoratet. 2010. «Nasjonalt retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag». (Lest 13.11.2014). <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag>
- Johansson, Monica Blom, Marianne Carlsson, and Karin Sonnander. 2012. "Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia." *International Journal of Language & Communication Disorders* 47(2): 144-155.

Kirkevold, Marit .2008. «Hjerneslag». *I Geriatrisk Sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*, red. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff, 406-417. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kouwenhoven, Siren E og Marit Kirkevold. 2013. «Å leve med depresjon etter hjerneslag». (Lest: 04.03.2015). <http://www.sykepleien.no/forskning/2013/11/leve-med-depresjon-etter-hjerneslag>

Kulø, Liv Stabell. 2010. «Afasi og Kommunikasjonshjelpemidler». *I afasi- et praksisrettet perspektiv*, red. Marianne Lind, Line Haaland, Monika I.K Knoph og Eli Qvenild, 120-134. Oslo: Novus forlag

Kunnskapssenteret. 2014. «sjekklister for vurdering av forskningsartikler». (Lest 14.11.2014). <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Musser, B., Wilkinson, J., Gilbert, T., & Bokhour, B. G. 2015. "Changes in Identity after Aphasic Stroke: Implications for Primary Care". *International Journal of Family Medicine*

Nätterlund Sjöqvist, Birgitta. 2010. "A new life with aphasia: everyday activities and social support." *Scandinavian journal of occupational therapy* 17(2): 117-129.

Niemi, Tuuli, and Ulla Johansson. 2013. "The lived experience of engaging in everyday occupations in persons with mild to moderate aphasia." *Disability & Rehabilitation* 35.21: 1828-1834.

Nordtvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert 2.utg.* Oslo: Akribe forlag

Opplæringsloven. 2012. «Lov av 22. Juni 1998 nr. 53 om Opplæring av voksne med behov for alternativ og supplerende kommunikasjon». (Lest 04.02.2015).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=lov+om+grunnskolen+og+den>

Pearl, Gill, Karen Sage, and Alys Young. 2011. "Involvement in volunteering: an exploration of the personal experience of people with aphasia." *Disability and rehabilitation*. 33(19-20): 1805-1821.

Qvenild, Eli, Ingjerd Haukeland, Line Haaland-Johansen, Monica I.K.Knoph og Marianne Lind. 2010. «Afasi og afasirehabilitering». *I Afasi-et praksisrettet perspektiv*, red. Marianne Lind, Line Haaland, Monika I.K.Knoph og Eli Qvenild, 23-37. Oslo: Novus forlag

Ringdal, B. 2003. *Pårørende i fokus*. Oslo: Novus forlag.

Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie. 2014. Ragnhild Michaelsen og Else Jørgensen. Molde: Avdeling for helse- og sosialfag.

Wergeland, Anne, Signy Ryen og Tone Grete Ødegaard-Olsen. 2011. «Sykepleie ved hjerneslag». *I Klinisk sykepleie 2*, red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, 261-283. Oslo: Gyldendal Akademisk

World Health Organization. 2015. "Stroke, Cerebrovascular accident". (Lest 05.03.2015). http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/

Young, Alys, Timothy Gomersall, and Audrey Bowen .2013. "Trial participants' experiences of early enhanced speech and language therapy after stroke compared with employed visitor support: a qualitative study nested within a randomized controlled trial." *Clinical rehabilitation* 27.2 :174-182

Vedlegg 1- PIO-skjema

	P	I	O
Norsk	Hjerneslag* Afasi*	Kommunikasjon*	Opplevelse*
Engelsk	Stroke* Apoplex* Aphasia* Dysfasia*	Communicat*	Experienc*

Vedlegg 2- Søkehistorikk

Tabell 1. Ovid Medline

	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Nurse*.mp.	11.11.14	Ovid Medline	272065	0	0	0
2	Stroke*.mp.	11.11.14	Ovid Medline	185444	0	0	0
3	Aphasia*.mp.	11.11.14	Ovid Medline	13577	0	0	0
4	Qualitative.mp. or Qualitative Research	11.11.14	Ovid Medline	123770	0	0	0
5	Communication*.mp.	11.11.14	Ovid Medline	244346	0	0	0
6	limit 5 to (yr="2009 - Current" and english)	11.11.14	Ovid Medline	69707	0	0	0
7	1 and 2 and 3 and 4 and 5 and 6	11.11.14	Ovid Medline	2	2	1	0
8	3 and 4	11.11.14	Ovid Medline	168	0	0	0
9	6 and 8	11.11.14	Ovid Medline	31	5	0	0
10	3 and 4 and 5 and 6	11.11.14	Ovid Medline	39	25	10	4

1	Stroke/ or stroke*.mp.	05.12.14	Ovid Medline	180502	0	0	0
2	Apoplex*.mp.	05.12.14	Ovid Medline	2484	0	0	0
3	1 or 2	05.12.14	Ovid Medline	182707	0	0	0
4	Aphasia*.mp. or aphasia/	05.12.14	Ovid Medline	13253	0	0	0
5	Dysphasia.mp. or aphasia/	05.12.14	Ovid Medline	9253	0	0	0
6	Dysphas*.mp.[mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier]	05.12.14	Ovid Medline	1095	0	0	0
7	4 or 5 or 6	05.12.14	Ovid Medline	13980	0	0	0
8	3 and 7	05.12.14	Ovid Medline	2373	0	0	0
9	Limit 8 to yr="2009-current"	05.12.14	Ovid Medline	871	0	0	0
10	Limit 9 to (danish or english or norwegian or swedish)	05.12.14	Ovid Medline	809	0	0	0
11	Communication/ or communicat*.mp.	05.12.14	Ovid Medline	261385	0	0	0
12	10 and 11	05.12.14	Ovid Medline	137	0	0	0
13	limit 12 to "qualitative (maximizes sensitivity)"	05.12.14	Ovid Medline	86	0	0	0
14	Experience*.mp.	05.12.14	Ovid Medline	690778	0	0	0
15	13 and 14	05.12.14	Ovid Medline	18	18	10	3
16	13 and 14	19.02.15	Ovid Medline	21	3	1	1

Vedlegg 3: Artikkeltabell for inkluderte artikler

Art. Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Metode	Hensikt	Hovedfunn	Deltakere/ frfall	Vurdering av kvalitet
1) Monica Bolm Johansson, Marianne Carlsson & Karin Sonnander 2012 Sverige International Journal of Language & Communication Disorders	Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia.	Semi- strukturerte intevju analysert av kvalitativ innholdsanalyse	Å utforske mennesker med afasi sin erfaring med samtaler, hvordan de håndterer kommunikasj onsvansker, og hvordan de oppfatter sin egen og sine kommunikasj onspartneres bruk av kommunikasj onsstrategier.	Deltakerne satte pris på å ha samtaler, til tross for at de oppfattet sin afasi som en alvorlig hindring. Det var forskjellige faktorer som skulle til for at samtalene skulle fungere. Det var viktigheten av at kommunikasj onsparteren hadde kunnskap og forståelse av afasi og bruken av støttende kommunikasj onsstrategier.	11 deltakere deltok i studien.	God

<p>2) Birgitta Sjöqvist Nätterlund 2010 Sverige Scandinavian Journal of Occupational Therapy</p>	<p>A new life with aphasia: everyday activities and social support</p>	<p>Kvalitative intervju</p>	<p>Å beskrive pasienter med afasi sin opplevelse av hverdagslige aktiviteter og sosial støtte i hverdagen.</p>	<p>Dagligdagse aktiviteter forandret seg betraktelig etter at de fikk afasi. Deltakerne ble hindret i å delta i aktiviteter som innebærte kommunikasj on. Afasien førte til tap av venner og kollegaer, og de sa de ofte følte seg enom. De følte de fikk bra støtte fra sine nærmeste, men støtten fra helsevesenet var dårligere.</p>	<p>25 deltakere oppfylte inklusionskrit eriere. Frafall: 5.</p>	<p>God</p>
<p>3) Alys Young, Timothy Gomersall and Audrey Bowen. 2013 United Kingdom Clinical rehabilitation</p>	<p>Trial participants' experiences of early enhanced speech and language therapy after stroke compared with employed visitor support: a qualitative</p>	<p>Kvalitative intervju</p>	<p>Å utforske deltakernes erfaringer med prosessen og utfallet av tidlig, forbedret tale</p>	<p>Deltakerne satt stor pris på å ha språkterapi. Hyppig språkterapi styrket selvtilliten,</p>	<p>22 deltakere deltok i studien.</p>	<p>God</p>

	study nested within a randomized controlled trial.		og språk terapi etter hjerneslag.	og det å gjenkjenne sin egen fremgang var viktig.		
4) Ruth J.P. Dalemans, Luc de Witte, Derick Wade & Wim van den Heuvel 2010 Netherlands International Journal of Language & Communication Disorders	Social participation through the eyes of people with aphasia.	Kvalitative studier, dagbøker og intervju	Å utforske hvordan mennesker med afasi oppfatter deltakelse i samfunnet, og undersøke påvirkende faktorer.	De med afasi føler seg ofte som en byrde, men vil føle seg engasjert. Mange følte de ikke ble sett på som et helt menneske og depresjon, ensomhet, frustrasjon, stress, sorg og frykt var dominerende følelser.	20 personer med afasi oppfylte inklusjonskriteriene 13 personer med afasi & 12 ektefeller deltok i studien.	God
5) Kyla Brown, Bronwyn Davidson, Linda E. Worrall & Tami Howe. 2013 Australia International Journal of Speech-Language Pathology	“Making a good time”: The role of friendship in living successfully with aphasia	Semi-structure in-depth interviews	Denne studien hadde som mål å utforske perspektiver fra individer med kronisk afasi om rollen i vennskapet etter afasi.	Afasien gjorde det vanskelig å kommunisere med venner, dette førte ofte til tap av venner. Det å være sammen med venner var optimalt for å leve bra med afasi.	25 deltok i studien. 12 kvinner og 13 menn.	God

<p>6) Brooke Grohn, Lina E. Worrall, Nina Sinmons-Mackie & Kyla Brown 2012 Australia International Journal of Speech Language Pathology</p>	<p>The first 3-months post stroke: What facilitates successfully living with aphasia</p>	<p>Semi-structure interviews and assessments</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske perspektivet til individer med afasi på faktorer som fremmer godt liv i løpet av de første 3 månedene etter utbruddet av afasi.</p>	<p>Støtte fra familie og venner var en trygghet. De hadde et sterkt behov for å engasjere seg aktiv og være selvstendig. Det å være positiv, optimistisk, ha et håp og vise beslutsomhet var optimalt.</p>	<p>15 individer deltok i studien. Frafall 7.</p>	<p>Middels god</p>
<p>7) Tulli Niemi & Ulla Johansson 2013 Finland disability and rehabilitation an international multidisciplinary journal</p>	<p>The lived experience of engaging in everyday occupations in persons with mild to moderate aphasia</p>	<p>This study is qualitative, descriptive and interpretative, based on interviews and using a phenomenological method for the dataanalysis</p>	<p>Målet med studien var å beskrive og utforske hvordan personer med afasi etter hjerneslag erfarte dagligdagse oppgaver.</p>	<p>Det beskrives store endringer i hverdagen etter de fikk afasi. Mange dagligdagse aktiviteter var ingen selvfølge lengre. Følelsen av usikkerhet og at de ikke var seg selv kom sterkt frem.</p>	<p>13 oppfylte inklusjonskriteriene. Seks deltok. 3 kvinner og 3 menn.</p>	<p>God</p>

<p>8) Berit Arnesveen Bronken, Marit Kirkevold, Randi Martinsen & Kari Kvigne 2012 Norge Qualitative Health research</p>	<p>The Aphasic Storyteller: Coconstructing Stories to Promote Psychosocial Well-Being After Stroke</p>	<p>Qualitative interviews and participant observation</p>	<p>Å belyse hvordan en interaktiv prosess å konstruere historier ble opprettet mellom en person med afasi og en sykepleier innenfor rammen av en langsgående psykososial intervensjon i løpet av det første året etter hjerneslag</p>	<p>Etter de fikk afasi var følelsen av sorg og å være desperat sterke. Den sosiale rollen og selvbildet endret seg kraftig. Det å ha en fast samtalepartn er hjelp veldig mye.</p>	<p>En ung dame med afasi, og en spesialtrenet sykepleier deltok i studien.</p>	<p>Middels god</p>
<p>9) Gill Pearl, Karen Sage & Alys Young 2010 United Kingdom Disability and Rehabilitation</p>	<p>Involvement in volunteering: an exploration of the personal experience of people with aphasia</p>	<p>Individual semi-structured interviews</p>	<p>Å utforske oppfatninger og erfaringer fra folk med afasi som er involvert i frivillig arbeid, og å identifisere effektene av en slik involvering fra et personlig perspektiv av de med afasi som deltar i</p>	<p>Selvtillit var identifisert i intervjuene, og for noen var det å delta i frivillig arbeid det som gav de selvtillit. Selvtilliten virket forskjellig på deltakerne. Siden det varierte hvilke effekter</p>	<p>10 deltok. 4 damer og 6 menn fra 32-78 år.</p>	<p>God</p>

			virksomheten og å utforske med mennesker som har oppfatninger av hva som forenkler og hva hindrer effektiv deltakelse i frivillig arbeid	slaget hadde gjort negativt i forhold til deres selvtillit. Frivillig arbeid kunne virke positivt på deres kommunikasjonsevne, og andre forsåelse og ferdigheter ved å kommunisere med personer med afasi.		
10) Benjamin Musser, Joanne Wilkinson, Thomas Gilbert & Barbara G. Bokhour 2015 USA International Journal of Family Medicine	Changes in Identity after Aphasic Stroke: Implications for Primary Care	Semi-structured interviews	Hensikten med denne studien er å få frem erfaringer til pasienter med afasi etter oppstått diagnose, for at helsepersonell skal få en bedre forståelse av hvordan pasientene har det.	Etter hjerneslaget endret pasientenes relasjoner og identiteter seg på flere områder. Disse områdene inkluderte ykesidentitet, forhold til familie, rolle i familien og sosial identitet. Alle disse	12 stk. deltok. 2 damer og 10 menn i alderen 43-71 år.	God

				områdene ble påvirket av afasi, men effekten varierte over tid.		
--	--	--	--	---	--	--