

MASTEROPPGAVE

Emnekode: PE323L

Navn: Tora Huus Edvardsen

Afasi: økt livskvalitet gjennom
grupperehabilitering

Dato: 15.05.2020

Totalt antall sider: 68

Sammendrag

Tittel: Afasi: økt livskvalitet gjennom grupperehabilitering

Formål: Studien undersøker hvordan logopeder beskriver bruk av grupperehabilitering for afasirammede, hvordan dette kan ha påvirkning på livskvaliteten deres, samt et innblikk i logopeders erfaringer ved bruk av gruppetimer i praksis.

Problemstilling: Hvordan kan grupperehabilitering bidra til økt livskvalitet for afasirammede?

Metode: Undersøkelsen bygger på hermeneutikkens forståelse. Metoden består av kvalitativ metode og induktiv tilnærming. Datainnsamlingen består av kvalitativt semistrukturert intervju og deltakende observasjon. Utvalget i denne studien er tre logopeder og to afasirammede som deltar på gruppetimer. Datamaterialet er transkribert og videre analysert og bearbeidet for tolkning av funn.

Resultat og sentrale funn: De 3 deltakende logopedene oppga alle erfaringer knyttet til økt livskvalitet gjennom grupperehabilitering. Funn i denne studien indikerer at grupperehabilitering påvirker deler av livskvaliteten. Sentrale temaer som utpeker seg i denne studiens funn er oppsummert slik; systematisering av gruppetimers effekt, alder som faktor, grupperehabilitering påvirker deler av livskvaliteten og samtaletema i grupperehabilitering.

Konklusjon: Basert på studiens funn i lys av relevant teori og tidligere forskning, er gruppetimer et verktøy som kan bidra til økt livskvalitet på noen områder. Disse er sosial støtte, positive erfaringer, mestring, samt forbedring i språk- og kommunikasjonsferdigheter.

Nøkkelord: Livskvalitet, grupperehabilitering, afasi, logoped

Abstract

Title: Aphasia: increased quality of life with group rehabilitation

The aim of this study: The purpose of this study is to investigate how speech language therapists describe their use of group rehabilitation with people who suffer from aphasia, how the rehabilitation can affect their quality of life, and what experiences speech therapist has with working with group rehabilitation as a part of their practice.

Research question: How can group rehabilitation contribute to increase quality of life for people who suffer from aphasia?

Method: This study is built on the hermeneutic understanding. The method used in this study is the qualitative method and inductive approach. The data consist of a qualitative semi-structured interview and a participating observation. The selection consists of three participating speech language therapists and two people who suffer from aphasia and participate in group rehabilitation. The data is transcribed, analyzed and processed before interpreted as findings of the study.

Results: Among the three participating speech language therapists, everybody had experienced an increased quality of life for people who suffer from aphasia during group rehabilitation. Findings of this study indicates that group rehabilitation effects part of the life quality. Central themes that stands out from this studies summarize is; systematization in effects of group rehabilitation, age as a factor, group rehabilitation effects part of the quality of life, and conversation topics in group rehabilitation.

Conclusion: Based on this study's findings and in light of relevant existing theory and research, group rehabilitation is a tool that can increase the quality of life at some areas. The areas are social support, positive experiences, coping resources, and improvement in language and communication skills.

Keywords: life quality, group rehabilitation, aphasia, speech language therapist

Forord

En stor takk rettes til informantene som deltok på denne studien. Deres bidrag har gitt denne studien mening og en ny forståelse omkring viktigheten av grupperehabilitering og livskvalitet.

Takk til veileder Kristian E. Kristoffersen som har gitt god veiledning og støtte gjennom denne prosessen.

Takk til veileder Karianne Berg for veiledning i starten av denne prosessen.

Takk til familie, samboer og medstudenter for all hjelp og støtte.

Takk for to lærerrike år ved Nord universitet.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn og aktualitet	6
1.2 Formål og problemstilling	7
1.3 Begrepsavklaring.....	7
1.3.1 Afasi:	8
1.3.2 Livskvalitet:.....	8
1.3.3 Grupperehabilitering:	8
1.4 Oppgavens oppbygning.....	9
2 Teoretisk grunnlag.....	10
2.1 Mennesker som er rammet av afasi.....	10
2.2 Livskvalitet.....	11
2.3 Logopedi i praksis	12
2.4 Grupperehabilitering	13
2.5 Tidligere studier	14
2.5.1 Oppsummering av tidligere studier	16
3 Metode.....	17
3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming.....	17
3.2 Litteratursøk	20
3.3 Studiens design og metode for datainnsamling.....	20
3.3.1 Kvalitativt semistrukturert intervju	21
3.3.2 Intervjuguide	21
3.3.3 Observasjon.....	22
3.4 Utvalg av informanter	23
3.5 Datainnsamling.....	23
3.6 Bearbeiding og analyse av datamaterialet.....	24
3.6.1 Intervju	25
3.6.2 Observasjon.....	26
3.7 Studiens kvalitet	26
3.7.1 Reliabilitet	26
3.7.2 Validitet.....	27
3.7.3 Overførbarhet	27
3.7.4 Bekreftbarhet.....	28
3.8 Ethiske overveielser	28
4 Presentasjon av funn.....	29
4.1 Hvordan tilrettelegger logopeder gruppetimer for afasirammede?	29

4.1.1 Intervju	29
4.1.2 Observasjon	33
4.1.3 Oppsummering	34
4.2 Hvordan opplever logopeder at gruppetimer kan påvirke livskvaliteten hos den afasirammede?	34
4.2.1 Intervju	34
4.2.2 Observasjon	37
4.2.3 Oppsummering	38
5 Drøfting	39
5.1 Hvordan tilrettelegger logopeder gruppetimer for afasirammede?	39
5.2 Hvordan opplever logopeder at gruppetimer kan påvirke livskvaliteten hos den afasirammede?	43
5.3 Hvordan kan grupperehabilitering bidra til økt livskvalitet hos afasirammede?	47
6 Avslutning	51
6.1 Oppsummering	51
7 Litteratur	55
8 Vedlegg	57

1 Innledning

Temaet for denne studien er livskvalitet i grupperehabilitering for afasirammede. Dette kapittelet er inndelt i fire deler. I første del er bakgrunn og aktualitet gjort rede for, deretter presenteres formål og problemstilling, som etterfølges av en del med begrepsavklaringer. Avslutningsvis i kapittelet kommer en oversikt over oppgavens oppbygging.

1.1 Bakgrunn og aktualitet

Ifølge folkehelseinstituttet rammes ca 15 000 mennesker av hjerneslag hvert år i Norge. Omlag en tredel av dem får afasi. Afasi kan føre til mindre sosial deltakelse, ensomhet og nedsatt aktivitetsnivå. Afasi kan påvirke evnen til å snakke, lese og skrive, og forstå. Behandling av afasi er vanligvis gjennomført av logopeder. De afasirammede går igjennom en språktrening hvor målet er å forbedre kommunikasjon og øke både aktivitet og deltakelse i samfunnet igjen (Dahm, KT., 2016)

Mennesker som er rammet av afasi er en utsatt gruppe for isolasjon og depresjon, samt lavere livskvalitet på bakgrunn av vanskene som forekommer etter hjerneslag. Studier har vist at afasirammede og deres familier mener sosiale isolasjon kan forekomme på bakgrunn av lite forståelse og kunnskap i samfunnet, omkring afasiens påvirkningskraft i det daglige livet (Papathanasiou & Coppens, 2017).

I logopedisk praksis kan timer gjennomføres enkeltvis eller i gruppe. Effektivitet av behandling i gruppe har vist seg å være positive både for forbedringer knyttet til språket og for sosialt nettverk. Tradisjonelt sett har gruppetimer fungert som en supplerende teknikk eller en fase mellom individuell behandling og avslutning av denne behandlingen. Men i dag er gruppebehandling sett på som en viktig komponent innenfor afasibehandling (Papathanasiou & Coppens, 2017).

Med bakgrunn i eksisterende forskning om lavere livskvalitet blant afasirammede, samt grupperehabilitering som en del av logopedens praksis. Manglende forskning knyttet til

grupperehabiliteringens innvirkning på livskvaliteten til afasirammede, og egne erfaringer og forståelse av gruppetimers innvirkning på mennesket, vil jeg med denne studien belyse hvor vidt grupperehabilitering kan påvirke livskvaliteten til afasirammede, og hvilke tanker og erfaringer logopedene har til dette.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med denne studien er å undersøke hvordan logopedene beskriver grupperehabilitering som et verktøy for økt livskvalitet hos afasirammede. Det fokuseres på å belyse logopedens rolle i grupperehabilitering og hvordan de legger til rette for deltakerne. Problemstillingen som ligger til grunn for denne studien er;

Hvordan kan grupperehabilitering bidra til økt livskvalitet hos afasirammede?

Problemstillingen danner i sin tur utgangspunkt for følgende to forskningsspørsmål:

- 1. Hvordan tilrettelegger logopedene gruppetimer for afasirammede?**
- 2. Hvordan opplever logopedene at gruppetimer kan påvirke livskvaliteten hos den afasirammede?**

Studien undersøker effekten av grupperehabilitering for afasirammede, hvordan grupperehabiliteringen kan påvirke livskvaliteten til den enkelte, samt hvilke opplevelser og tanker logopedene har i sitt arbeid knyttet til dette. På bakgrunn av dette kan studien bidra med evidens knyttet til grupperehabilitering og livskvalitet for afasirammede og belyse hvordan grupperehabilitering er et aktuelt verktøy i logopedisk praksis her i Norge.

1.3 Begrepsavklaring

Problemstillingen er utformet med utgangspunkt i tre begreper. Disse begrepene er grupperehabilitering, livskvalitet og afasi. Begrepene er sentrale i denne oppgaven og vil bli beskrevet mer både i begrepsavklaring og i teoretisk bakgrunn.

1.3.1 Afasi:

Afasi er en ervervet vanske i språkmodalitetene og språkfunksjonene på bakgrunn av en fokal hjerneskade. Den fokale hjerneskaden opptrer i den språkdominerende hemisfæren av hjernen og påvirker en persons kommunikative og sosiale fungering. Dette rammer livskvalitet både for personen med afasi og familien eller mennesker rundt personen. Skaden kan ramme alle deler av språket, som syntaks, semantikk, pragmatikk, morfologi og fonologi. Dette kan gå igjen i alle modalitetene som tale, lesing og skriving (Papathanasiou & Coppens, 2017).

1.3.2 Livskvalitet:

Ifølge folkehelseinstituttet (FHI) defineres livskvalitet slik;

”Den subjektive livskvaliteten handler om hvordan livet oppleves for den enkelte og omfatter både positive følelser som ro og glede og positive vurderinger som livstilfredshet. Positive følelser og vurderinger omfatter også opplevelse av god fungering - som av vitalitet, interesse, mestring og mening. Den subjektive livskvaliteten kan variere fra god til dårlig, og kan oppleves som god selv under sykdom og på tross av helseplager og andre belastninger. Den objektive livskvaliteten handler om hvor god livssituasjon man har - som objektiv helsetilstand og funksjonsevne, materielle levekår, arbeidsoppgaver og fritidssysler.” (Nes, R.B, 2016)

Jeg velger å følge denne definisjonen av livskvalitet eksplisitt, på bakgrunn av at den rommer flere forhold og faktorer som påvirker livskvaliteten. Den går inn på detaljer ved både subjektive og objektive faktorer som bidrar til en mer utfyllende beskrivelse av et komplekst begrep. Basert på at de subjektive faktorene varierer for hver enkelt, er det dermed utfordrende å beskrive en generell definisjon som alle kan relatere til. Men eksemplene på de subjektive faktorene kan bidra til en forståelse omkring hva det er som legges vekt på i den subjektive vurderingen av livskvalitet. Så er det opp til hver enkelt hvordan de vurderer seg selv ut ifra disse faktorene.

1.3.3 Grupperehabilitering:

Grupperehabilitering er rehabilitering i grupper. Det finnes ulike måter å gjennomføre grupperehabilitering på. Det kan være fokus på for eksempel sosial og emosjonell støtte, eller et mer målfokusert område. Men de fleste grupperehabiliteringer har innslag av ulike fokusområder. Grupperehabilitering har vist seg å være positivt for spesifikke språkprosesser,

som for eksempel ved ordletingsvansker. Det har også vist seg å være positivt for det sosiale nettverket (Papathanasiou et al., 2017).

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgavens oppbygging består av seks kapitler. Etter kapittel 1 som var innledning, følger kapittel 2 som omhandler teoretisk grunnlag og tidligere studier. Teoretisk grunnlag bygger på teori og forskning knyttet til studiens tema som videre kan bidra til å belyse studiens problemstilling. Tidligere studier bygger på tidligere forskning knyttet til studiens tema som også kan bidra til denne studien. Kapittel 3 tar for seg vitenskapsteoretisk tilnærming, valg av metode, forskningsprosessen, vurderinger av studiens kvalitet, samt etiske overveielser. Kapittel 4 tar for seg en presentasjon av funnene i denne studien. I kapittel 5 drøftes disse funnene opp mot teori og forskning. Avslutningsvis vil kapittel 6 ta for seg en oppsummering av hovedfunn og videre forskning.

2 Teoretisk grunnlag

Oppgavens teorikapittel er inndelt i fire underkapitler. Samt ett delkapittel med et underkapittel. Disse kapitlene er begrenset til teori og tidligere forskning som er aktuelle for denne studien. Det første kapittelet omhandler mennesker som er rammet av afasi, det andre tar for seg begrepet livskvalitet, det tredje tar for seg logopedi som yrke og det siste omhandler teorier knyttet til grupperehabilitering. Det siste delkapittelet omhandler tidligere studier som er relevant til min studie, samt et underkapittel som tar for seg en oppsummering hvor studiene i større grad knyttes opp mot denne studien.

2.1 Mennesker som er rammet av afasi

Mennesker som er rammet av afasi omfatter mennesker som har fått en ervervet språkvanske som skyldes en skade i hjernen. Dette kan være på bakgrunn av for eksempel hjerneslag, andre sykdommer i hjernen som svulster, betennelser eller infeksjoner, eller ytre hodeskader. Den vanligste årsaken er hjerneslag. Som nevnt påvirker afasien språksenteret i hjernen som da kan påvirke evnen til å snakke, forstå, lese og skrive. Graden av afasi varierer ut ifra omfanget av og hvor i hjernen skaden sitter. Eksempler på vansker knyttet til afasi kan være ekspressiv afasi, det vil si at personen forstår hva andre sier, men selv sliter med å få fram riktige ord og lyder. Eller impressiv afasi, hvor vanskene kan være at personen ikke forstår hva andre sier eller klarer å fortelle slik at andre forstår. Men selve ordene og lydene kommer ut riktig. Eller global afasi, hvor både forståelsen av språk og tale er rammet (Dahm, KT., 2016).

Ifølge Papathanasiou, Ilias & Coppens, Patrick (2017) berører afasi ulike aspekter av livet til den som er rammet. Det nevnes at konsekvensene som forekommer etter at en person er rammet av afasi er sosial isolasjon, depresjon og lavere livskvalitet både for sitt eget liv, men også for familiemedlemmer. Opp til 62-70% av afasirammede får depresjoner i etterkant av et slag. Dette er derfor høyst relevant å ta høyde for i rehabiliteringen av afasirammede. Ved å jobbe med språktrening og dermed kunne bedre språk- og kommunikasjonsferdigheter vil dette kunne få positive effekter knyttet til et psykologisk velvære. Spesielt i områder som positive forhold til andre, positive forhold til seg selv (selvaksept) og det å være åpen til nye erfaringer (Papathanasiou & Coppens, 2017). Basert på at afasien ikke bare rammer språket,

men også store deler av livet og ikke minst det psykologiske velværet til den enkelte er det høyst nødvendig å vurdere personen ut ifra sin helhet, ikke bare vanske.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) er en modell World health organization (WHO) har utviklet med tanke på å gi en helhetlig vurdering av den enkelte. Det vil si å vurdere alle gjensidige påvirkningsfaktorer som helsefaktorer, miljø og deltakelse. Denne måten å vurdere helsen til den enkelte finner vi i den medisinske tilnærmingen holisme (Papathanasiou & Coppens, 2017) . Holisme betegnes som en holdning innenfor medisin. Holdningen går ut på at en helhetlig forståelse knyttet til diagnose, forebygging og behandling også inkluderer andre aspekter knyttet til mennesket. Disse aspektene er forståelse omkring menneskets psykososiale, kroppslige og sosiale faktorer i dets egen naturlige omgivelser (Bruusgaard & Rørtveit, 2019).

Disse aspektene vil være nødvendig å bruke i en helhetlig vurdering av afasirammede da vi vet at afasi også påvirker både helse, miljøet rundt og nivå av deltakelse til den enkelte. Dette vil være til hjelp for å sette inn nødvendige tiltak for den afasirammede i videre behandling. Tiltakene som blir satt inn kan da muligens være hjelpelig for livskvaliteten til den enkelte.

2.2 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet er et relativt nytt begrep og slo for alvor igjennom på 1960-tallet. Dette var på bakgrunn av at flere større amerikanske studier var opptatt av å studere hvor tilfreds folk var med sine egne liv. Videre har dette utviklet seg til blant annet ulike spørreskjemaer for å måle livskvaliteten til mennesker. Fokuset omkring livskvalitet har i større grad vært i form av forskning og måling av livskvaliteten, men det er få helsefaglige forskere som faktisk har stilt spørsmålet; hva er livskvalitet? (Mæland, 2009)

Det kan være utfordrende å definere fenomenet livskvalitet da dette begrepet i stor grad er definert ut fra individuelle følelser og vurderinger om eget liv. I tillegg er studier omkring sammenhengen mellom fysisk helse, psykiske plager og livskvalitet relativt nytt i forskningsfeltet (Nes, 2016). Basert på beskrivelsen av begrepet i begrepsavklaring 1.3.2, vises det til at helsetilstand og funksjonsevne er faktorer som kan påvirke livskvaliteten til den

enkelte. Det vil si at for eksempel helseplager kan ha en innvirkning på livskvaliteten. Men beskrivelsen nevner også at det er fullt mulig å bevare en god livskvalitet på tross av helseplager og andre belastninger. Dette er på bakgrunn av at den subjektive livskvaliteten kan oppfattes som god til tross for helseplager eller andre belastninger. Dette begrunnes i hvordan den enkelte selv vurderer sin egen fungering og opplevelse av disse helseplagene. Det vil si at til tross for at afasirammede er en utsatt gruppe for nedsatt livskvalitet basert på faktorer som helseplager og eventuelle nedsatte funksjonsevner, så er det likevel mulighet for å kunne ha en god livskvalitet på tross av utfordringene som forekommer.

Videre har folkehelseinstituttet (FHI) nevnt at høy livskvalitet har en tilkobling med en bedre fysisk helse, samt færre psykiske lidelser og plager. Livskvalitet og trivsel kan muligens påvirke den fysiske helsetilstanden ved positive faktorer som generell mestring, sosiale relasjoner, livsstil og helseatferd, ulykkeforekomst, immunforsvar, samt hjerte- og karsykdommer. Men dette er det fortsatt ikke nok forskning på, som nevnt tidligere. Ved psykiske lidelser og plager begrunnes det at en god livskvalitet kan beskytte mennesker fra psykiske vansker som for eksempel alvorlig angst og depresjon. Den vil dermed fungere som en beskyttelsesfaktor mot psykiske vansker (Nes, 2016).

Det er en rekke faktorer som også påvirker livskvalitet og trivsel. Dette kan for eksempel være subjektive faktorer som gener og personlighet, sosial støtte, positive og negative livshendelser og generell mestring. Samt objektive faktorer som økonomi og samfunnsforhold (Nes, 2016). På bakgrunn av dette vil disse faktorene variere fra person til person. Livskvalitet er en essensiell faktor i rehabilitering da dette påvirker individet både fysisk og psykisk.

2.3 Logopedi i praksis

Logopeder utreder og jobber med mennesker som av ulike årsaker har former for kommunikasjonsvansker, stemmevansker, svelgevansker, taleflytvansker og språk- og talevansker. Logopedens arbeidsoppgaver varierer ut ifra hvilke fagområde de jobber i. Tiltakene som vurderes fra logopeden er hvor vidt det trengs diagnostisering, forebygging, undervisning og/eller rådgiving. Basert på dette kan logopeder arbeide i helse- og

utdanningssektoren, i barnehage, rehabiliteringstjeneste, skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste og sykehus for å nevne noen (Norsk logopedlag, u.å.,a).

I denne studien er fokuset logopedens arbeid med afasirammede. I Norge har afasirammede krav på språktrening og det er logopeder som er ansvarlig for denne type trening. Hovedmålet er å trene på og bedre kommunikasjonen og dermed få økt deltakelse og aktivitet hos den afasirammede (Dahm, KT., 2016).

Behandlingen tilrettelegges individuelt og faktorer som kan påvirke dette kan være nevrologiske faktorer og individuelle faktorer. Nevrologiske faktorer omhandler størrelsen og lokasjonen av skaden og typen afasi som fremkommer av dette. Individuelle faktorer kan være alder, yrke, psykologiske og emosjonelle vansker. I logopedisk praksis gjennomføres behandlingen i enetimer og gruppetimer. I dag er grupperehabilitering en viktig komponent i afasibehandling og brukes i større grad enn før (Papathanasiou & Coppens, 2017).

2.4 Grupperehabilitering

Biologisk og evolusjonsmessig er mennesker flokkdyr og søker naturlig et felleskap og beskyttelse hos andre. Ifølge Bjerke (2018) blir en gruppe til når vi har noe felles. Det vil si at det er noe vi skal gjøre sammen, noe vi skal oppleve eller eventuelt oppnå sammen.

Betegnelsen gruppe kan brukes i samlinger som består av alt fra tre til fire personer eller flere hundre mennesker. En gruppe som består av åtte til ti medlemmer, eller mindre defineres derfor som en liten gruppe eller en smågruppe (Bjerke, 2018). Afasigruppene som er blitt beskrevet i min oppgave går inn under smågruppebetegnelsen. Det nevnes også at tilhørighet og sterke følelsesmessige bånd blir knyttet i slike mindre grupper (Bjerke, 2018).

Ifølge Bjerke (2018) hjelper det å snakke om det som er vanskelig med andre. I en gruppe hvor de for eksempel har samme diagnose kan det hjelpe at folk tåler det du forteller og kommer med gode råd dersom de har opplevd det samme (Bjerke, 2018).

Det er tidligere forsket på hvilke faktorer som kan ha betydning for effekten av gruppeterapi. Blant disse nevnes fem faktorer. Den første er klientrelaterte faktorer som er utenfor terapisisituasjonen. Disse faktorene er for eksempel miljø og nettverk. Den andre faktoren er fellesfaktorer. Dette er faktorer som empati, terapeutisk relasjon, forventinger og håp,

enighet om mål og positive forventinger som gjelder både terapeut og klienter. I tillegg forekommer det også terapeutfaktorer, den tredje faktoren. Dette handler om terapeuten som person, hvilke egenskaper og kunnskaper denne personen har i gjennomføring av gruppetimer. Her vil også fellesfaktorer som enighet om mål og empati inngå. I smågruppeprosesser foregår det også gruppeterapeutiske faktorer som personlige tilbakemeldinger og gruppesamhold. Faktor 4 er knyttet til klienten, som for eksempel diagnose, symptomtrykk, personlighet og motivasjon for å nevne noen. Til sist den femte faktoren som er strukturelle faktorer. Denne består av organisering av gruppe med tanke på antall, gruppevarighet, kultur osv kan ha en innvirkning. Disse fem faktorene utgjør kompleksiteten i en gruppebehandling. For eksempel vil strukturelle faktorer som å øke gruppestørrelsen med antall deltakere føre til mindre interaksjon blant deltakerne (Lambert & Bergin, 2013)

2.5 Tidligere studier

I dette delkapittelet presenteres tidligere forskning. Studiene som beskrives er valgt på bakgrunn av at de er relevante for denne studien og for at de skal være med på å belyse problemstillingen ved senere drøfting. En beskrivelse av litteratursøket som er blitt gjennomført i denne studien se 4.4 Litteratursøk. Til sist i underkapittel 2.5.1 forekommer det en oppsummering knyttet til hvordan tidligere forskning kan knyttes opp mot min studie.

Dede, Hoover, Maas & DeDe (2019) tar utgangspunkt i at samtaleterapi har et potensial til å forbedre kommunikasjon og redusere sosial isolasjon for afasirammede. Studien deler inn 48 deltakere som er rammet av afasi inn i forskjellige grupper og gjennomfører behandling over 10 uker, samt gjennomføring av standardiserte tester i forkant, underveis og i etterkant. Funnene etter studien viste at det var en sammenheng mellom samtaleterapi knyttet til forandring i språket og livskvalitet. Det var noe forskjell i gruppene med tanke på hvor høyt de scoret i forandring av språk og kommunikasjon. Den største gruppen scoret lavere. Dette kan indikere at gruppestørrelse kan påvirke hvilke utfall som forekommer av behandlingen (Dede, Hoover, Maas & DeDe, 2019).

Guay (2018) har som formål i denne studien å finne ut om bruk av kunst i gruppeterapi påvirker kommunikasjon og sosialisering, samt bedring av livskvalitet for personer med

ervert afasi. Deltakerne valgte selv et 10-ukersprogram med kunstterapi eller vanlig gruppeterapi med fokus på kommunikasjon. Studien viste ikke noen signifikante forskjeller mellom disse gruppene i forkant eller etterkant. Men noen kvalitative funn fra observasjoner, arbeid med kunst og tilbakemeldinger fra deltakerne kan indikere at gruppeterapi med bruk av kunst forbedret sosialisering og en bedring i deltakernes følelsesmessig tilstand (Guay, 2018).

Ribeiro Lima et al., (2020) tar utgangspunkt i at gruppeterapi har vist fordeler ved språklige forbedringer i gruppeterapi for afasirammede. Formålet er å finne ut om sosiodemografiske faktorer kan være en del av forbedring av livskvalitet ved bruk av gruppeterapi. Det vil si faktorer som økonomi, sosialt, kulturelt og biologisk. Gruppeterapien foregikk over 12 uker og studien brukte standardiserte tester for å måle utfallet. Resultatene av studien viste at det var noen faktorer som muligens påvirket forbedringer innen kommunikasjon og bedring i den følelsesmessige tilstanden. Dette var faktorer som ung alder, å ha en mildere afasidiagnose og å ha en pårørende. Videre konkluderte studien med at gruppeterapi kan forbedre kommunikasjon relatert til bedre livskvalitet, samt at både sosiodemografi og afasidiagnose er faktorer som kan bidra til økt utbytte av terapien (Ribeiro Lima et al., 2020).

Ribeiro Lima et al., (2018) tar utgangspunkt i at vansker knyttet til kommunikasjon etter hjerneslag er en viktig faktor som påvirker livskvaliteten negativt. Den tar også utgangspunkt i at livskvalitet i gruppeterapi er et område som trengs mer forskning på, da det ikke er nok forskning knyttet til dette området. Studien har foregått over tre måneder og har blitt målt ved bruk av standardiserte tester både i forkant og etterkant av studien. Deltakerne bestod av 17 personer som var rammet av afasi, fordelt på fire mindre grupper. Resultatene fra studien viste at det var en forbedring i kommunikasjon og følelsesmessig tilstand. Det var også noen faktorer som kom fram fra dem som scoret høyest i det psykiske området av testene. Dette var faktorer som høyere utdanning på fire år eller mer. I tillegg scoret deltakerne som hadde tilstedeværelse av en pårørende høyere i kommunikasjonsdelen av testene. Studien kunne dermed ikke finne noe signifikante forskjeller mellom deltakernes tidligere språktrening, når de fikk slaget, eller hvilke alder de hadde (Ribeiro Lima et al., 2018).

Brumfitt & Sheeran (1997) baserer seg på to deltakere som er rammet av afasi, som deltok 10 ganger på 90-minuttersøkter med gruppeterapi. Gruppetimene bestod av ulike oppgaver, rollespill og oppfordring til å dele personlige erfaringer. Resultat fra denne studien viste forbedring i kommunikasjon og holdninger knyttet til kommunikasjon. Før studien startet var det sterkere korrelasjon knyttet til selvtillit og kommunikasjon. I etterkant var den korrelasjonen i mye mindre grad til stede. Studien konkluderte med at kortvarig gruppeterapi kan gi forbedringer omkring kommunikasjon, samt psykologiske forbedringer for deltakerne. I tillegg kom det fram at personlig innsats hadde betydning for forbedring av tale og kommunikasjon (Brumfitt & Sheeran, 1997).

2.5.1 Oppsummering av tidligere studier

Funnene som kommer fram fra de tidligere studiene er at afasirammede scorer høyere på tester innen språk og kommunikasjon, samt i livskvalitet etter en periode med grupperehabilitering. Studiene varierer ut ifra størrelser på gruppene og varighet på studiene. De standardiserte testskjemaene er omtrent de samme. Studiene har også hatt ulike innfallsvinkler som for eksempel kunst i gruppeterapi, sosiodemografi og størrelse på gruppe. Det som er felles med alle studiene er at de tar for seg gruppeterapi i behandling av afasirammede og evaluerer hvordan dette påvirker deltakerne i etterkant. Resultatene fra disse studiene viser alle at gruppeterapien gav bedring innenfor kommunikasjon og livskvalitet. Men de ulike studiene hadde noe forskjellige resultater knyttet til hvilke faktorer som påvirket dette. Dede, Hoover, Maas & DeDe (2019) påpeker at gruppestørrelse er en faktor som påvirker virkningen (Dede et al., 2019), mens Guay (2018) fant ingen signifikante funn utover tilbakemeldinger og observasjoner som knyttet kunst til bedring sosialt og følelsesmessig (Guay, 2018). Ribeiro Lima et al., (2020) påpekte faktorer som ung alder, mildere afasi og det å ha en pårørende bidro i større grad til utbytte av gruppetimene (Ribeiro Lima et al., 2020). Ribeiro Lima et al., (2018) kom fram til at faktorer som høyere utdanning og det å ha en pårørende gav bedre utbytte. Denne studien kom også fram til at alder ikke hadde noen betydning for effekten av behandling (Ribeiro Lima et al., 2018). Til sist viste Brumfitt & Sheeran (1997) at den personlige innsatsen var en faktor som påvirket bedring i kommunikasjon (Brumfitt & Sheeran, 1997). Alle faktorene som er kommet fram i de ulike studiene kan relateres til mulige faktorer som påvirker grupperehabiliteringen og dermed påvirker hvordan logopedene skal tilrettelegge timene for å imøtekomme hver enkelt deltaker.

Det vil også være relevant å se om faktorene kan utgjøre en forskjell i hvem som får større ubytte fra gruppetimene enn andre. Disse resultatene vil videre drøftes i kapittel 6.

3 Metode

Dette kapitlet gjør rede for forskningsprosessen og tar for seg metodiske valg som er gjort underveis. Kapitlet har åtte deler. Første del er en avklaring omkring vitenskapsteoretisk tilnærming, samt egen forforståelse. Videre følger en kort redegjørelse omkring litteratursøk. Dette etterfølges av beskrivelser av studiens design og metode for innsamling av data, datainnsamling, samt bearbeiding og analyse av datamaterialet. Til sist drøftes studiens kvalitet, samt en redegjørelse for etiske overveielser som er gjort i denne studien.

3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Innenfor vitenskapsfilosofi kan vi diskutere hvordan vitenskapelig kunnskap etableres. Ontologiske teorier omhandler grunnleggende antakelser omkring hvordan den virkelige verden ser ut. Hva som grunnleggende eksisterer. Ontologien er representert gjennom vitenskapelige begreper, modeller og teorier, og den dannes gjennom våre allmenne forståelsessystemer. Epistemologi, også kalt erkjennelsesteori, omhandler hva vi egentlig kan vite om virkeligheten og hvordan vi kan gå fram for å finne den virkeligheten. Det vil si hvordan man kan skaffe seg kunnskaper omkring dette. Den baseres på hva vi kan observere og sanse, og at denne informasjonen representerer virkeligheten. Dette kan vi også finne igjen i forskningsmetoder som for eksempel kvalitative metoder. Teorien prøver å finne svar på om vi kan stole på våre egne sanseerfaringer og på hvilket grunnlag vi kan si at vi vet noe. Disse forutsetningene har betydning for resultater og konklusjoner i undersøkelser. De bør derfor synliggjøres og begrunnes (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016). Med hovedvekt på den epistemologiske teorien går denne studien igjennom prosesser for å forstå kunnskap og viten om det som kommer fram om virkeligheten.

I dette forskningsprosjektet er induktiv tilnærming anvendt som metode. Induktiv tilnærming bygger på empiri til teori. Det vil si at man starter med datainnsamlingen uten noe teoretisk utgangspunkt. Hensikten med dette er å samle inn data og videre prøve å finne fram til ny teori på grunnlag av forskningsfunn og senere knytte relevant teori opp mot funnene i

datainnsamlingen. Bakgrunnen for dette kan være at det mangler teori og forskning omkring visse tema (Johannessen et al., 2016). I mitt tilfelle eksisterer det en del teori omkring de ulike temaene, men det er lite forskning knyttet opp til afasi og logopeders perspektiv. Det vil si at den induktive tilnærmingen har vært gjeldene i dette forskningsprosjektet på bakgrunn av at litteratursøkene tyder på at det er lite forskning knyttet til afasi og livskvalitet i grupperehabilitering, samt logopedens perspektiv på dette.

Metodologisk har jeg hentet inspirasjon fra hermeneutikken, også kalt fortolkningslæren. Hermeneutikken går ut på å forstå ut ifra empati og at vi selv er mennesker som kan sette seg inn i hva andre tenker og føler. Dette dreier seg i mindre grad om å begripe noe eller noen intellektuelt, men å se inn i oss selv og derigjennom forstå andre gjennom våre egne følelser og opplevelser. Det vil si at vi kan støtte oss på forståelsen knyttet til kunnskap, men vi kommer ikke like langt uten forståelsen knyttet til hva andre har opplevd der og da. Da sitter vi igjen med en beskrivelse av noe, uten innlevelse eller lidenskap. Det vil si at vi muligens ikke har hele forståelsen likevel (Thurén, Gjerpe & Gjestland, 2009). Hermeneutikken dreier seg om å utvide sin egen forforståelse gjennom andres opplevelser, samt deres forståelse og fortolkning.

Basert på at alles forforståelser og fortolkninger av egen og andres opplevelser er subjektive vil det være utfordrende å vite om en tolker riktig og hvem som har rett. Dette gjør det viktig å sette det man tolker i rett sammenheng eller rett kontekst. Det som påvirker empirien er tolkerens egne vurderinger, tolkerens forforståelse og kontekst. Dette gjør at resultater ikke er like testbare som ved andre metoder, men hermeneutikken bygger på en kunnskapskilde utover empiri og logikk. Det vil si at det handler om å forstå, ikke bare forklare ,og da trengs det innlevelse. Dette kan gi oss innsikt i mennesker, menneskers handlinger og resultater, basert på menneskers handlinger (Thurén et al., 2009). Mitt forskningsprosjekt befinner seg innenfor hermeneutikken fordi den baserer seg på fortolkninger og forståelse av andres erfaringer og opplevelser. Gjennom intervju av logopeder vil jeg prøve å komme i dybden på hva de opplever og forstår, knyttet til grupperehabilitering og økt livskvalitet. Denne informasjonen er avhengig av deres forståelse og refleksjoner knyttet til observasjoner og kjennskap til afasiklienter i gruppe. Denne studien tar derfor i bruk kvalitative data som verktøy for å besvare problemstillingen.

Alle mennesker møter verden med en forforståelse. Forforståelsen består av kunnskaper og oppfatninger knyttet til den virkeligheten vi lever i. Vår forforståelse påvirker oss både bevisst og ubevisst når vi tolker alt som skjer rundt oss. Men denne tolkningsprosessen er også nødvendig for å kunne forstå virkeligheten. Det samme gjelder forskeren i et forskningsprosjekt. Forskerens forforståelse vil påvirke hva som observeres og hvordan disse observasjonene bearbeides og tolkes. På bakgrunn av at alle mennesker har en forforståelse, så vil også en forsker ikke ha mulighet til å starte med helt blanke ark. Ved begynnelsen av et forskningsprosjekt foreligger det en oppfatning av det som skal undersøkes og muligens også en forventning knyttet til resultatene fra den forskningen (Johannessen et al., 2016). Det vil si at mitt forskningsspørsmål og prosessen ved å undersøke disse spørsmålene er påvirket av min forforståelse, derav mine kunnskaper, oppfatninger og teorier knyttet til temaet.

Min bakgrunn består blant annet av grunnskolelærerutdanning med spesialpedagogikk, mastergradutdanning innenfor logopedi og tidligere arbeidserfaringer som for eksempel erfaring fra sykehjem. Erfaringer generelt fra livet kan gjøre det utfordrende å løsrive seg fra egen forforståelse. I tillegg kan grunnleggende verdier og eventuelle fordommer påvirke forståelsen. Dette har jeg prøvd å være bevisst underveis i prosessen, og jeg har forsøkt å være observant over min egen rolle som forsker for å kunne forholde meg så objektiv som mulig. I tillegg har jeg benyttet meg av veiledere og medstudenter underveis i arbeidet for å unngå at egen forforståelse påvirker studien i for stor grad. Dette har vært både i form av samtaler og refleksjoner, men også i arbeid med intervjuguide og analyse av datamaterialet.

I løpet av denne studien har forståelsen utviklet seg i form av vekselvis gjennomgang av datamateriale, refleksjon, andres forskning og teori. Tidligere forskning gav ny innsikt til temaene, og teorien satte dette i et videre perspektiv. Mine funn i datamaterialet både bekreftet den nye innsikten, men gav en utvidet forståelse omkring studien. Ved å gå frem og tilbake med ny innsikt fra material, forskning, teori og refleksjon utviklet forståelsen seg. Denne formen for utvikling av forståelse kalles den hermeneutiske sirkelen. Den beskrives også som en innsiktsfremmende, sirkulær prosess. Ved å gjennomgå en subjektivt fortolkende prosess, vil det kunne bidra til å økt forståelse, men også en søken etter en helhetlig innsikt (Befring, 2015). Dette har vært vesentlig i studien for å utvikle forståelsen knyttet til temaet.

3.2 Litteratursøk

I startfasen og gjennomgående i denne prosessen med studien er det foretatt søk i databasene Oria, ERIC, Google Scholar, Taylor & Francis og Scopus. For å utforske om denne studiens tema er dokumentert i tidligere forskning og faglitteratur er følgende søkeord benyttet «afasi og grupperehabilitering, afasi og livskvalitet, group therapy AND quality of life, aphasia AND quality of life, group rehabilitation AND aphasia, aphasia AND life quality, group therapy AND life quality». Enkelte studier har også ført til nye kilder på bakgrunn av sitering eller henvisning til andre studier som også har vist seg å kunne være relevante for denne studien. Resultatene fra dette ble fem tidligere dokumenterte studier, se delkapittel se 2.5 tidligere studier, som var relevante for denne studien. Dette tyder på at det er noe forskning knyttet til temaet, men at det fortsatt bør forskes på, da dette kan styrke evidensen i forskningen. Faglitteratur fra for eksempel Papathansiou & Coppens (2017) viser også til at det er lite studier knyttet til temaet (Papathanasiou & Coppens, 2017) Studiene som er vist til er studier fra utlandet, det vil si at det kan være noe usikkerhet omkring hvor representativt resultatene er for norske forhold.

3.3 Studiens design og metode for datainnsamling

Kvalitative metoder er hensiktsmessig å bruke for å få innsikt i menneskers indre liv, forståelse og erfaringer. Dette er relevant når en ønsker innsikt i unike fenomener og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfestes (Befring, 2015). Ved den kvalitative metoden blir forskeren instrumentet i prosjektet da metoder som intervju og observasjon blir preget av forskerens personlighet. Dette stiller krav til forskerens rolle om å redegjøre for egen forforståelse og selvinnsett rundt arbeidet sitt (Dalland, 2012). På bakgrunn av forskningsprosjektets problemstilling *hvordan kan grupperehabilitering bidra til økt livskvalitet hos afasirammede?*, er det naturlig å benytte en kvalitativ tilnærming. Dette er på bakgrunn av at problemstillingen vil kunne i mye større hensiktsmessig grad besvares ved å få innsikt i andres meninger, opplevelser og erfaringer knyttet til temaene afasi, livskvalitet og grupperehabilitering. Det vil si innsikt i hva logopedene erfarer og mener om disse temaene.

Ved en kombinasjon av både intervju og observasjon kan begge datainnsamlingsmetodene bidra til å utfylle hverandre og dermed gi et større helhetlig bilde av informasjonen som

kommer fram. På bakgrunn av dette bruker jeg metodetriangulering, det vil si en kombinasjon av disse metodene for at de skal utfylle hverandre. Metodetriangulering innebærer å bruke minst to ulike perspektiver eller metoder. Det vil si at det er mulig å kombinere kvalitativ og kvantitativ metode, eller som i dette tilfellet, å kombinere intervju og observasjon som datainnsamling. Dette gjør det mulig å belyse problemstillingen på ulike måter som kan utfylle hverandre. Å skulle slå sammen ulike metoder som kvalitativ og kvantitativ metode vil i større grad være utfordrende basert på at de representerer for eksempel ulike kunnskapssyn, virkelighetsoppfatninger og tolkninger. Men i mitt tilfelle er observasjon og intervju mer overlappende og henger derfor i større grad sammen som metoder. Dette er på bakgrunn av at de i større grad overlapper hverandre og har som metode mye til felles. Eksempelvis vil det være vanskelig å unngå å observere en person du sitter ansikt til ansikt med i et intervju. Ved å kombinere disse vil det være mulig å øke gyldigheten og påliteligheten med mer relevant data som kan utfylle hverandre (Dalland, 2012).

3.3.1 Kvalitativt semistrukturert intervju

På bakgrunn av problemstillingen i prosjektet, var det naturlig å gå for intervju som metode. Det finnes ulike måter å strukturere intervju på, fra helt åpne intervju hvor målet er at informanten selv forteller mest mulig fritt om sine opplevelser og erfaringer, til mer strukturerte hvor det er faste spørsmål og svarkategorier. Med tanke på at jeg hadde bestemte tema å samle informasjon om knyttet til problemstillingen, valgte jeg å gå for et semistrukturert intervju. Det vil si at tema og spørsmål er planlagt på forhånd, men det er åpent for endringer underveis og tilpasninger knyttet til hvert enkelt intervju. Men ved å ha noen av de samme spørsmålene i alle intervjuene, vil det gi større mulighet for å sammenligne svarene fra de ulike informantene (Dalen, 2011). Temaene som går igjen er livskvalitet og grupperehabilitering. Dette er på bakgrunn av at dette er relevante temaer i problemstillingen som trengs mer kunnskap om for å kunne få et resultat.

3.3.2 Intervjuguide

I forkant av intervjuene er det hensiktsmessig å lage en intervjuguide. Dette gjøres ved å planlegge tema og spørsmål ut ifra problemstillingen i forskningsprosjektet. Intervjuguiden kan bestå av generelle spørsmål og tema i bestemt rekkefølge, men også innebære fleksibilitet som tilpasser seg underveis i intervjuet, slik som ved et semistrukturert intervju. Det vil si at

det er en overordnet struktur som utgangspunkt, men det følger ingen rekkefølge og det er rom for å bevege seg fram og tilbake i strukturen. Det oppmuntres ofte til at informantene selv skal komme med utdypende informasjon knyttet til temaene (Johannessen et al., 2016). Utarbeiding av spørsmål ble valgt ut ifra hva som kunne gi et datamateriale med relevant informasjon.

3.3.3 Observasjon

Å observere betyr å iaktta eller å undersøke. Vi observerer gjennom sansens våre som er å se, høre, føle, lukte og smake. Gjennom disse sansene får vi kontinuerlig mange inntrykk fra verden rundt oss. Dette resulterer i at vi siler ut mye av informasjonen og at ulike mennesker gjør dette på ulikt vis. Konsekvensen av dette er at ulike mennesker kan oppleve samme situasjon ulikt og sitter igjen med forskjellige opplevelser av en situasjon. På bakgrunn av dette er det viktig at den som observerer er oppmerksom på måten en bearbeider all denne informasjonen fordi det påvirker resultatet. Det finnes ingen objektiv erfaring, da alle erfaringer er subjektive (Bjørndal, 2017).

Jeg har valgt observasjon som metode for datainnsamling fordi jeg vil skaffe meg informasjonen til min oppgave på flere måter. Dette er fordi den baserer seg mye på informasjon fra en gruppe, altså logopedene som observerer sine klienter og påvirkningskraft i gruppetimer. Ved å observere i tillegg til å intervju disse informantene så vil min observasjon og opplevelse av situasjonen kunne brukes som støtte til det innsamlede materialet. Det vil si at jeg muligens i større grad kan vurdere om materialet stemmer overens med mine observasjoner eller ikke, som igjen kan bidra til økt kvalitet av studiet. Men dette krever også at observasjonene har kvalitet.

Gjennom observasjon er det mulig å få direkte innsyn i handlingene som studeres. Det vil si at det er mulig å studere samspillet mellom logopeden og afasiklientene, samt samspillet mellom afasiklientene også. Dette kan også bidra med et annet perspektiv og som supplerende informasjon til studien (Johannessen et al., 2016).

For å gjøre dette ble det gjennomført deltakende observasjon, det vil si at jeg var en del av miljøet og deltakerne visste at de ble observert. Dette var med hensyn til personvern og

Samtykkeskjema da det var nødvendig for deltakerne å være informert i forkant av observasjonen. Konsekvensen av dette kunne være at jeg da påvirket observasjonen i den grad av at jeg var tilstede og var synlig i forhold til deltakerne. Men det positive her er at det blir enklere å få tak i meningen bak det som blir sagt og forstå hva som foregår, enn hvis jeg ikke kunne være tilstede. Dette påvirket graden av feiltolkninger i dataen som ble samlet inn i en positiv retning (Johannessen et al., 2016).

3.4 Utvalg av informanter

Ved kvalitativt intervju er det ikke nødvendig med et stort antall intervjupersoner. Gode samtaler med 1-3 intervjupersoner kan gi mye informasjon til prosjektet og bidra til god data (Dalland, 2012). I denne studien ble strategisk utvalg brukt som metode i utvalg av informanter. Strategisk utvalg innebærer at forskeren bestemmer på forhånd hvilke målgrupper som må delta i studien for å få samlet inn den nødvendige dataen. Formålet er at utvalget ikke blir representativt, men heller hensiktsmessig for akkurat denne studien (Johannessen et al., 2016). Ut ifra problemstillingen min var det hensiktsmessig å stille to kriterier som særlig viktige. For det første måtte deltakerne for intervju jobbe eller ha jobbet som logopeder. For det andre måtte informantene ha erfaring knyttet til grupper rehabilitering av afasiklienter. Kriteriene som var hensiktsmessig i observasjon var at de jeg observerte var klienter som har afasi, samt at logopeder var tilstede for å lede en gruppetime. Omfanget av informanter landet til slutt på tre logopeder og to afasiklienter. Dette førte til tre intervju og en observasjon av en gruppetime.

3.5 Datainnsamling

Ved starten av dette forskningsprosjektet ble det avklart hvilke temaer som skulle være for denne studien. Etter utarbeiding av mulige problemstillinger ble også den mest hensiktsmessige metoden raskt avklart. Samtidig ble også samtykke- og informasjonsskjema utarbeidet slik at jeg kunne melde prosjektet mitt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for godkjenning. I forkant av oppgaven hadde jeg tenkt over hvilke kandidater jeg kunne tenke meg å rekruttere til forskningsprosjektet mitt og startet så raskt som mulig å kontakte mulige kandidater. Etter at prosjektet ble godkjent var det mulig for meg å avtale tidspunkt for intervju og observasjon.

Det ble til sammen 3 intervju og 1 observasjon som ble gjennomført januar til februar 2020. På grunn av Covid-19 ble det ikke mulighet til å gjennomføre flere observasjoner av gruppetimer slik det var planlagt. Intervjuene varte ca 40-55 minutter og observasjonen i 1 ½ time. Dette ble som tidligere nevnt gjennomført ved bruk av semistrukturert intervju som gjorde intervjuene fleksible og jeg fikk muligheten til å følge opp det informantene beskrev med nye spørsmål også. Intervjuene ble gjennomført på logopedenes arbeidsplass etter deres ønske og observasjonen ble gjennomført hos en av klientene slik de pleier å ha gruppetimene sine. Dette var for å ikke endre noe med selve rutinen og opplegget de hadde fra før.

Det ble også brukt taleopptak underveis i intervju og observasjon. Dette er sterkt anbefalt for å sikre at informantens uttalelser blir tatt vare på (Dalen, 2011). Det ble i forkant av denne prosessen kjøpt inn en egen båndopptaker for å sikre at informasjonen ble tatt opp på en mest mulig sikker måte med tanke på oppbevaring og tilgjengelighet for andre. I tillegg noterte jeg underveis i intervjuet for å fange opp viktig informasjon som muligens ikke ble plukket opp av båndopptaker, eller informasjon som var viktig å påpeke ved senere gjennomgang av opptak. Dette er fordi det er mye non-verbal kommunikasjon som kan være av betydning for senere gjennomgang av material. Non-verbal kommunikasjon kan være i form av smil, øyekontakt, gester og kroppsspråk generelt. Ved observasjon var det hovedsakelig mine egne notater som stod for informasjonen til materialet. Dette er på bakgrunn av at datamaterialet fra lydopptaket ikke supplerte noe hensiktsmessig informasjon om livskvalitet eller gruppedynamikk. Det som kunne derimot brukes som materiale til studien var observasjonene knyttet til non-verbal kommunikasjon.

3.6 Bearbeiding og analyse av datamaterialet

Lydopptak ble eksportert til OneDrive gjennom Nord universitet sine databaser.

Datamaterialet ble videre transkribert i Word, og sortert slik at alle utsagn til hver enkelt informant ble sortert og kunne bearbeides videre. For å bli godt kjent med egne data er det hensiktsmessig at forskeren selv går igjennom transkriberingen slik det ble gjort i dette tilfellet. Dette vil også gi en fordel ved senere analyseprosess da forskeren får en helt spesiell nærhet til intervjuutskriftene. I kvalitative metoder dreier analyseprosessen seg om å heve det beskrivende materialet til et mer fortolkende nivå (Dalen, 2011). I første omgang transkriberte jeg materialet etter hvert intervju. Da hørte jeg også opp igjen lydopptakene, mens jeg leste

utsagnene som var skrevet ned for å sikre at materialet stemte overens med opptakene. Dette ble gjort flere ganger for å sikre at råmaterialet ble ivaretatt. Det anbefales å sjekke utskriftene grundig mot lydfilene for å sikre dette. På et tidspunkt blir det naturlig å avslutte denne prosessen, slik at forsker videre kan ta utgangspunkt i utskriftene som et råmateriale (Dalen, 2011).

I neste fase startet en viktig del av denne analyseprosessen. Dette var koding av datamaterialet, hvor forskeren går systematisk igjennom dataene for så å sette merkelapp på hva materialet egentlig handler om. Ifølge Dalen (2011) går kodingsprosessen gjennom flere nivåer. Disse nivåene beskriver både ulike former for koding, men det er også en del av de fortolkningsnivåer en også går igjennom. Målet med disse nivåene er å komme fram til en overordnet forståelse knyttet til datamaterialet. Fasene er delt inn i rå-koding, koding, endelig koding, kategorisering og til sist generalisering/teoretisering. Min kodingsprosess er inspirert av denne. Alle informanter er unike og derfor vil en kodingsprosess være avhengig av flere forhold hvor forskeren selv finner veien til den som er best egnet for det foreliggende datamaterialet og problemstillingen til studien. Målet er å virkelig finne frem til hva informantene forteller om fenomenet (Dalen, 2011).

3.6.1 Intervju

I den første rå-kodingsfasen var formålet å identifisere begreper som senere kunne kategoriseres (Dalen, 2011). Ved å lese igjennom alle uttalelsene dukket det opp ulike begreper knyttet til materialet. Videre kunne jeg da sortere og plassere ulike utsagn som passet innenfor ulike kategorier som passet inn i de foreløpige temaene for studien, samt problemstilling. Når alle utsagn var kategorisert kunne jeg gå igjennom hver enkelt kategori for å trekke frem de mest relevante utsagnene i kategoriene. Videre gikk jeg frem og tilbake på tekstmaterialet og råmaterialet. Det samme med temaene og problemstillingen til denne studien. Ved å lese materialet opp igjen og se om det samsvarte med tema og problemstillingen, fikk jeg et bedre overblikk over alt. Dette var også for å sikre at analysearbeidet stod i tråd med råmaterialet, samt å få luket ut kategorier som muligens ikke var like relevante til tema og problemstilling. Til slutt bestod datamaterialet av to kategorier, grupperhabilitering og livskvalitet med utsagn som får frem hva informantene forteller om fenomenet. Resultatet av dette presenteres i kapittel 4, presentasjon av funn.

3.6.2 Observasjon

Datamaterialet baserte seg på mine notater underveis i gruppetimen. I etterkant av gruppetimen prøvde jeg så raskt som mulig å beskrive disse notatene i større grad slik at råmaterialet var mer meningsbærende. Dette gav meg mulighet til å analysere materialet i større grad og videre kunne jeg prøve å kategorisere beskrivelsene ut ifra de foreløpige temaene for studien, samt problemstillingen. I neste fase ble teksten bearbeidet og jeg tok utgangspunkt i de tidligere notatene for å beskrive observasjonene i større grad slik at jeg fikk mer innholdsrike og detaljerte beskrivelser som andre kunne lese og forstå. Dette blir senere presentert i kapittel 4, presentasjon av funn.

3.7 Studiens kvalitet

For å vurdere studiens kvalitet med tanke på om den kan gi et reelt og sannferdig uttrykk for det som undersøkes, kreves det vurderinger omkring pålitelighet (reliabilitet), troverdighet (intern validitet), overførbarhet (ekstern validitet) og bekreftbarhet (Johannessen et al., 2016). Valg og vurderinger som er tatt underveis er gjort med sikte på å utvikle forskningsprosjektet, samt å prøve og beskrive og dokumentere innhenting av material, bearbeiding og analyse av materialet for å styrke både pålitelighet og troverdighet rundt prosjektet. For å gjøre dette på en åpen måte har jeg også prøvd å skille godt mellom mine tolkninger og informantenes utsagn. Dette er for å klargjøre hva som er mine egne tolkninger og hva som er informantene sine, slik at leseren får et ordentlig innblikk i min forforståelse og informantenes egne meninger.

3.7.1 Reliabilitet

Begrepet reliabilitet omhandler dataens nøyaktighet og stabilitet som påvirker resultatets pålitelighet og dreier seg om troverdigheten til prosjektet. Troverdigheten påvirkes av hvilken grad vi kan stole på resultatene som er kommet frem fra materialet som er samlet inn. Det kan være flere grunner til at dette påvirkes, spesielt ved kvalitative studier hvor forforståelse og forskeren som instrument kan påvirke dette i stor grad. Når forskeren selv er instrumentet i innsamling av data ved for eksempel intervju og observasjon kan dette påvirke muligheten for utprøving av resultatet med andre forskere. Bakgrunnen for dette dreier seg i stor grad om forskerens subjektive forforståelse og tolkning. Dermed vil personen som gjennomfører

studiet kunne påvirke materialet til en viss grad og være en mulig feilkilde. Absolutt objektivitet vil ikke være mulig. For å kunne oppnå høy reliabilitet vil det være ønskelig med struktur og fastlagte svarkategorier for datainnsamling. For å kunne gjennomføre dette ved intervju vil det være hensiktsmessig å kombinere åpne og standardiserte svarkategorier. I dette prosjektet er det brukt semistrukturert intervju og deltakende observasjon (Befring, 2015)

Men på bakgrunn av at det er brukt kvalitativ metode i prosjektet, foreligger det et fokus knyttet til menneskelig samspill. Som også er nevnt i hermeneutikken. Den kvalitative intervjuformen bygger på at det skapes intersubjektivitet mellom forsker og informant. Det vil si at forsker og informant er felles om noe, for eksempel at de oppnår en felles forståelse knyttet til et tema. Dette gjør også at forskerens fortolkninger er preget av dette samspillet og vil i den forstand øke reliabiliteten i denne metoden (Dalen, 2011).

3.7.2 Validitet

Validitet omhandler hvor stor grad resultatene fra studien representerer fenomenet. Det vil si gyldigheten og relevansen i dataen. Her vil det være relevant å legge til rette for intersubjektivitet mellom forsker og informant. Det vil også være viktig å klargjøre forskerens rolle i prosjektet. Det vil si at de uttalelsene som kommer fra informantene skal legges frem så nær informantenes forståelse og opplevelser som mulig. Dette skal videre danne et grunnlag for tolkning og analyse, og vil derfor kreve fyldige beskrivelser for økt validitet. For å tilrettelegge for fyldige beskrivelser må intervjueren stille gode spørsmål som gir informanten mulighet til å selv komme med innholdsrike utsagn (Dalen, 2011). Intervjuguiden jeg lagde på forhånd har gitt meg mulighet til å reflektere over spørsmålene på forhånd og legge til rette for at spørsmålene skulle være åpne. I tillegg har veilederen vært med å se over disse spørsmålene for å sikre at ikke min egen forforståelse ville påvirke spørsmålene i stor grad.

3.7.3 Overførbarhet

Overførbarhet i forskningssammenheng handler om at resultatene og fortolkningene kan anvendes i andre sammenhenger. Det vil si i andre sammenhenger enn den undersøkelsen er gjennomført i (Johannessen et al., 2016) Det er ingenting som tyder på at logopedene som

stilte som informanter skiller seg betydelig fra andre logopeder. Med det er vanskelig å si noe sikkert om dette. Det var også variasjon i hvor lenge de hadde vært i yrket. Derfor vil det kunne være sannsynlig at funnene i denne studien er representativt for andre logopeder også.

3.7.4 Bekreftbarhet

Ved bruk av kvalitative metoder forventes det at forskere kan komme med et unikt perspektiv i studien som gjennomføres. Men dette krever også at funnene ikke bare er et resultat av forskerens egne subjektive holdninger. Det skal være et resultat av forskning og for å sikre dette kreves det at forskeren legger vekt på å beskrive hele forskningsprosessen og alle valgene og vurderingene som er tatt underveis. Dette er for at leseren skal kunne følge og vurdere disse. Da er det viktig at alle oppfatninger, fordommer og erfaringer som kan påvirke fortolkning og tilnærmingen i prosjektet kommer fram. Og at forskeren er selvkritisk i eget arbeid (Johannessen et al., 2016). For å kontrollere egen subjektivitet i forskningen har det vært vesentlig å benytte seg av andres meninger og forståelser.

3.8 Etiske overveielser

Prosjektet er meldt inn og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Av hensyn til personvern er alt datamaterialet oppbevart og behandlet konfidensielt i tråd med krav fra NSD og lagringstjenesten OneDrive knyttet til Nord universitet. Det er kun forsker selv som har hatt tilgang på materialet og alt har vært anonymisert både ved bearbeiding og analyse av materialet. Gjennomgående i prosjektet har målet vært å behandle informantens utsagn på en respektfull måte. Etter prosjektet er sendt inn til vurdering blir alt av material og opptak slettet.

4 Presentasjon av funn

Presentasjon av funn er inndelt i to deler med hver sitt tema og forskningsspørsmål. Temaene er grupperehabilitering og livskvalitet. Del 1 tar for seg funnene fra intervju og observasjon knyttet til det første forskningsspørsmålet. Deretter kommer det en oppsummering til dette spørsmålet. Del 2 tar også for seg funnene knyttet til det andre forskningsspørsmålet fra intervju og observasjon. Deretter vil det også være en oppsummering av denne delen.

4.1 Hvordan tilrettelegger logopedene gruppetimer for afasirammede?

4.1.1 Intervju

Alle informantene driver med grupperehabilitering i små grupper. Det vil si alt mellom 2-6 afasirammede per gruppe over en periode på om lag 6 uker. Det er logopedene som plukker ut hvem som skal delta i gruppen og det er opp til afasiklienten om de vil delta.

Sammensetningen er basert på at logopedene kjenner de afasirammede som er plukket ut fra før gjennom enkelttimer. Ut ifra dette setter de sammen grupper de tror vil passe sammen. Informantene har noe ulike opplevelser knyttet til sammensetninger av grupper. Noen av logopedene har erfaringer med at alder og skadeomfang er nødvendig å ta hensyn til på bakgrunn av at et stort sprik har vært uheldig tidligere. Mens en av de andre logopedene har erfaringer som er motsatt til dette, nemlig at alder ikke har noe å si for hvorvidt gruppen går godt overens eller ikke. Samtidig har det blitt tatt hensyn til kjønn. Dette er på bakgrunn av at de ønsker at deltakerne skal oppleve trygghet hvis det ene kjønn er i mindretall.

Logoped 3: "nei, som sagt har jeg litt dårlig samvittighet for at de ulike type skadenen og veldig forskjellig, vi har hatt en veldig ung en med. Han var vel akkurat fylt 50 og de andre var rundt 80. Og det var liksom, nei det var ikke, nei, det var ikke bra."

Logoped 2: "vi kan jo ha helt ned i folk som er 50 også har vi de som er 80. Samtidig så har vi og sett at det har ingen betydning for at den der bondingen som de har seg imellom, det kan godt være en 80-åring og en 50-åring som finner tonen veldig."

"....også tenker vi litt på kjønn og. At det skal være, ja hvis har bare to damer for eksempel. Så tenker vi kanskje at det kunne, det har jo litt med trygghet og."

Logoped 2: ”ja, psykisk der har jo ikke alderen noe å si.”

Alle logopedene samarbeider med andre logopeder og har planlagte timer med rom for fleksibilitet og tilpasset den enkelte i gruppen. Dette er for at de afasirammede skal få oppleve mestring og bli sett. Dette kan gjøres ved at de for eksempel gjør litt rede for hva som interesserer den enkelte deltakeren. Logoped 1 forteller at det har mye å si hvordan de selv legger premisser i en gruppe og at dette har mye å si for hva de får igjen fra deltakerne. Dette kan forklares ut i fra at logopeden er ofte den som bærer mye av kommunikasjonen og dermed påvirker klimaet i gruppen i stor grad, i tillegg til at logopedene er de som setter denne gruppen sammen med hensikt at de skal trives sammen. Dette føler logopeden er et stort ansvar, men også et viktig mål.

Logoped 1: ”og at man skaffer litt rede på jobb, familie og interesser og bruker det når man lager oppgaver

Logoped 1: ”det er jo vi som legger litt premissene når vi starter en gruppe. For hvordan vi vil ha det og det er klart, kjører vi veldig sånn strikt og formelt og sånn, så er det det vi får av en gruppe.”

Logoped 1: ”Det er mye tankearbeid med gruppe, det er krevende å ha det og det er vi som bærer noen ganger mye av kommunikasjonen. Og det er et stort ansvar. Det største ansvaret og det største målet tenker jeg er jo at man skal få til et klima som gjør at folk trives sammen. Og at de føler at de får noe igjen for å komme.”

Logopedene velger å bruke gruppe av flere grunner. Det er både effektivt med tanke på at du kan ha flere klienter samtidig og tidsbesparende slik at du kan ta inn flere klienter enn hva du ville hatt tid til ved enetimer. I tillegg nevnes det at det er flere å spille på i en gruppe og logoped 1 nevner at det skapes en mer likeverdig relasjon. Gruppen bidrar til mye støtte og

dette styrker gruppen ifølge logopeden. I tillegg kan deltakerne hjelpe hverandre til å få nye perspektiver når de er sammen og dette kan bidra til mer mestring.

Logoped 1: "hvorfør velge gruppe, det er flere å spille på i en gruppe enn når man sitter en til en med logoped. Og dessuten så er det mye mer likeverdig relasjon mellom, man sitter ikke som fagmenneske og skal undervise eller lære noen som har problemer med noe."

Logoped 1: "alltid støtte, jeg har aldri opplevd noe annet enn at de støtter hverandre."

Logoped 1: "gjøre ting sammen og kanskje hjelpe hverandre til å få nye perspektiver. Hverdagen rett og slett, hverdagsmestring. "

Formålet i gruppetimene er språktrening, men det legges også vekt på at det er sosialt og at deltakerne skal få være en del av et fellesskap med andre som er i samme situasjon. Dermed kan de dele med hverandre og være bærer av hverandres livssituasjon. Oppgavene er tilpasset både interessefelt og språklig nivå. Afasiklientene får ofte et utvalg av oppgaver, slik at de kan være med å bestemme hva de har lyst til. Dette kan bidra til motivasjon og at det blir mer lystbetont. Men timene overholder også en noenlunde fast struktur slik at klientene vet hva de kommer til og kan forvente. Logopedene legger også vekt på at de får pause i timene og at dette er noe de liker godt. Da kan man for eksempel prate og drikke kaffe (logoped 1). Andre formål som nevnes som viktige er at deltakerne skal klare seg bedre i sin egen hverdag og kunne samtale mer med både familie og venner. Ved å tørre å uttrykke seg i gruppe, kan de få mer mot til å uttrykke seg og snakke i andre situasjoner.

Logoped 1: "det er jo et språklig formål med gruppen selvfølgelig..... samtidig så har vi en sånn tanke om fellesskapet, treffe folk i samme situasjon, og dele noe og være bærer av hverandre sin livssituasjon. "

Logoped 2: "de skal klare seg bedre i dagliglivet. Og at de skal kunne produsere bedre setninger, de kan snakke bedre når de for eksempel er ute på butikken eller møter andre venner og familie. Det skal ha den effekten med denne treningen her da."

Logoped 2: "mål på sikt det er å skulle fungere bedre i dagliglivet og med venner."

Logoped 3: "formålet er jo kanskje først og fremst at de skal tørre å utrykke seg og snakke og ja, få en bedre livskvalitet på den måten."

Logoped 1 fokuserer også på at det kan være språktrening både ut og inne. De sitter ikke alltid på kontoret og jobber med språktrening. Språktreningen kan skje ute også, i form av for eksempel fotoprojekt. Da får også afasiklientene være med å bestemme hva de skal gjøre. Dette er på bakgrunn av at logopedene tenker at livet skjer utenfor kontorene og at deltakerne vil dra nytte av å komme seg ut. Dette skaper mer opplevelser og sosialt samspill for gruppen og dermed motivere dem mer. Det skal være både hyggelig og motiverende å bli bedre kjent med hverandre.

Logoped 1: "vi tenkte at livet skjer jo utenfor disse kontorene. Vi må komme oss ut.

Tilpasser underveis og prøver å bruke natur og byen for de som kan. Mer opplevelser og sosialt samspill i gruppen ute. Dette er for å motivere de afasirammede. Gjør oppgaver sammen som fotoprojekt, kafeturer osv. Det er fokus på at det skal være hyggelig og motiverende. Bli kjent med hverandre."

Logoped 1 har også litt tanker om hvordan de vil forbedre gruppetimene framover og jobber mer systematisk slik at de kan måle i større grad hvordan disse gruppetimene påvirker både språktrening, men også livskvaliteten til den enkelte. Dette tenker logopedene kan være i form av intervju eller samtaler hvor det går an å spørre hvorvidt gruppen har gjort ting lettere for dem eller ikke. Men på bakgrunn av at dette er et stort ansvar er det en prosess å komme i gang med det også, da logopedene vil gjøre det riktig.

Temaet livskvalitet i grupper Rehabilitering er et tema logopedene er veldig nysgjerrig på.

Logoped 1: ”ja, her er det jo da man kunne ha kommet lengre. Men vi kunne ha kommet lengre hvis vi hadde vært flinkere til å intervju folk før og etter gruppen.”

Logoped 1: ”men det vi har tenkt fremover med neste gruppe, det er at vi har en samtale med en og en før vi setter i gang. Der vi er inne på disse temaene også gjøre det i etterkant av gruppen. Der vi prøver å få inn litt spørsmål om dette her med å ha vært i gruppe gjør at ting er lettere for dem. Så vi jobber med saken, jeg synes det er veldig spennende. Men i respekt for de vi har med å gjøre, så er jeg redd for å trå feil. Det er et stort ansvar.”

4.1.2 Observasjon

Logopedene stilte forberedt til timen. I forkant av timen observerte jeg at logopedene hjalp klientene opp bratte trapper og tilrettela for at afasiklientene skulle komme seg rundt og sette seg ned ved bordet hvor de skulle jobbe sammen. Logopedene hadde med forskjellige oppgaver og viste for eksempel 2-3 forskjellige oppgaver hvor afasiklientene fikk velge hvilke de ville snakke om. Logopedene stilte spørsmål og styrte timen slik at det kunne samtales rundt temaene de hadde med seg. Et av temaene var tema om afasiklientene selv, hvor de fikk hjelp til å fortelle om hva de har gjort i livet. Dette skapte mye latter og mer samtale fra afasiklientene sin side. Deltakerne viste også interesse i hverandres bilder gjennom peking, lytting og noen spørsmål. Afasiklientene fikk også oppgaver hvor de kunne hjelpe hverandre å svare hvis det ble for utfordrende for den enkelte med tanke på uttalelse av lyder og ord. Logopedene var også rask med å være behjelpelig på å få fram riktig ord og lyder. På slutten av timen diskuterte både logopedene og afasiklientene hva de skulle gjøre neste gang og logopedene foreslo å ta de med ut. Her fikk afasiklientene velge ut i fra bilder hvor de ønsker å dra. Det var tydelig at afasiklientene responderte forskjellig ved ulike tema og dette observerte logopedene underveis og prøvde å tilrettelegge ved å forslå andre tema eller ønske om å fortsette dette temaet en annen gang. Timen sluttet slik den startet ved at logopedene var behjelpelig med forflytning og transport.

4.1.3 Oppsummering

I denne delen av kapitlet har jeg presentert funn som svarer på forskningsspørsmålet ”hvordan tilrettelegger logopedene gruppetimer for afasirammede?”

Det er tydelig av mine observasjoner og logopedenes utsagn at det krever mye fra logopedene å gjennomføre gruppetimer. Det krever blant annet planlegging, varierte oppgaver, fleksibilitet ut ifra responsen de får fra afasiklientene, samt tilrettelegging som ikke ble omtalt i intervjuet, men som ble observert i gruppetimen i form av forflytning og ivareta helsen til den enkelte. Det krever også mye forarbeid med tanke på sammensetning av grupper og dette er noe logopedene streber etter å ivareta. I tillegg er det verdt å bemerke at timene ikke bare har som formål å jobbe med språktrening, men og også å tilby en sosial setting afasiklientene kan trives i. Logopedene tilrettelegger for afasiklientene i stor grad.

4.2 Hvordan opplever logopedene at gruppetimer kan påvirke livskvaliteten hos den afasirammede?

4.2.1 Intervju

Logopedene forteller at livskvalitet i denne gruppen handler veldig mye om det å bli sett som den personen man er, og ikke bare den språkvansken en har. Å oppleve at du kan både gi og få av andre og dermed ha en slags funksjon betegnes som viktig for logoped 1. Det håpes også at logopedene kan være døråpnere for deltakerne slik at de kan hjelpe dem også i hverdagen deres. Samt at en gruppe bidrar positivt på bakgrunn av at det er mye energi, humor og livsglede som kan deles med hverandre.

Logoped 1: ”jeg ser hvor viktig det er å bli sett som den man er som personer. Ikke se hvem de er bare i form av sin språkvanske. Og livskvalitet det er jo, tenker jeg, det å bli sett som den du er. Å det å kunne ha en funksjon, og oppleve at du kan ha noe å gi til andre og få av andre... og kanskje til og med vi kan være med på å være noen døråpnere. At vi hjelper folk til å utvide, liksom litt hva de kan gjøre i livet sitt, i hverdagen sin.”

Det kommer også fram at de ser at denne gruppen er utsatt for negativ påvirkning av livskvalitet etter et hjerneslag og en ervervet språkvanske. Dette er på bakgrunn av at de mister noe de har behersket godt før og som nå er blitt vanskelig. Det går ut over selvfølelsen og kan slite på den psykiske helsen. Men ifølge logopedene påvirkes definitivt livskvaliteten i positiv retning gjennom grupperehabilitering. Dette er fordi afasirammede kan få bekreftet at de ikke er alene, samt at deltakerne kan bidra med råd og veiledning for hverandre.

Logoped 1: ”Jeg kan forestille meg, med en språkvanske, det gjør veldig mye med selvfølelsen til et menneske. Noe som har vært helt naturlig og du har behersket og ikke tenkt over, og plutselig så kan du det ikke lenger. Fordi når vi lever så er jo alt basert på språk. Og dermed så henger det veldig på den psykiske helsen, når du ikke får det til. Så jeg er helt sikker på at det her med gruppe har en funksjon i forhold til den psykiske helsen.”

Logoped 2: ”Livskvalitet, mennesker er jo sosial, vi prater og lytter hele tiden. Så livskvaliteten går jo ned for de som får språkvansker. De kan isolere seg og bli isolert uten at de vil det selv. Fordi at andre blir redd for å oppsøke de og syns at det er vanskelig. Så det er klart at hvis vi tenker på at dette her grupperehabiliteringen kan ha bedring på livskvaliteten.”

Logoped 3: ”ja, det er først og fremst at de skal, afatikerne skal møte andre med samme type problematikk. Og se at det er flere enn dem som sliter, på samme viset eller på lignendes måte. Og forhåpentligvis at de kan bidra til hverandre på å gi hverandre tips og råd og veiledning. Jeg får til sånn, og slik.”

Selve temaet livskvalitet kan virke å være utfordrende å jobbe med åpent i gruppetimer. Dette sier de kan være på bakgrunn av at klientene opplever en stor sorg og ikke har det så bra. Der kan logopedene føle at de ikke strekker helt til fordi de ikke føler seg kompetente nok til å ha dype samtaler knyttet til temaet livskvalitet. I tillegg nevnes det at det kan være enklere å snakke om dette en til en, enn hvis man er i gruppe. Både for logopeden, men også for klientene som deltar. Det oppleves blant en av logopedene at de kanskje ikke er like ærlige i

gruppe fordi det er et sårt tema. Logopedene opplever også at klientene påvirker hverandre i gruppen og derfor er det viktig med et positivt fokus fordi at målet er å hjelpe klientene og forbedre vanskene de har slik at de kan oppleve bedre livskvalitet i form av at livet blir lettere igjen. Det vil si i den form av at de kan fungere i samfunnet igjen i større grad, og også med familie og venner. Logopedene opplever at det er enklere å diskutere livskvalitet på et mer generelt nivå og har litt tanker om hvordan de kunne tenkt seg å åpne opp for en slik samtale.

Logoped 1: ”ja, jeg kvir meg litt til å gå, altså hvis man skal tenke, bruke gruppen til å få en dypere samtale om det her med hver enkelt sin livssituasjon. Så syns jeg det er lettere at, da tenker jeg at jeg vil ta det en til en. De deler ikke veldig mye, mange sitter jo på en stor sorg. Og med et stort funksjonstap. Som de kanskje ikke ønsker å dele med andre. Samtidig så tror jeg, jeg føler meg ikke kompetent nok til å gå inn i den, i en sånn gruppe.”

Logoped 1: ”men å ta det opp på et mer generelt nivå sammen i gruppen det kan jeg jo tenke meg å gjøre.”

Logoped 2: ”....de kan jo ikke sitte å prate i det uendelige om det. Fordi da kan det jo ha litt sånn negativ effekt på andre..... for det er noen som snakker mer enn andre... det er jo tøft å sitte å høre på at en person har det vanskelig.”

Logoped 3: ”det er nok enklere å snakke med dem om sånne ting en til en. I hvertfall hvis vi skal forvente et ærlig svar. Kanskje når de sitter i gruppen at de føler seg litt mer, joda det går bare bra og bagatelliserer kanskje ting som er vanskelige..... At det er lettere å være åpen når du sitter en til en selv om en ikke kjenner vedkommende godt. Enn det når det sitter andre og hører på. Mens andre har jo ingen hemninger og forteller uansett.”

Det nevnes også blant logopedene at det har noe å si hvem man er som person når det kommer til utbytte av gruppetimene. Noen av klientene kan være mer mottagelig for treningen enn andre. Dette mener de kommer av personlige egenskaper.

Logoped 1: "jeg tror nok at hver enkelt tar i bruk egenskaper selv når de har vært utsatt for dette. Altså er man en som, det er noe i ordtaket; det er ikke hvordan du har det, men hvordan du tar det. Altså at man klarer å ta frem egenskaper hos deg selv, sånne fightere for eksempel. Som har stått på mye og har, der vi ser at folk har en fenomenal evne til å gå på og gå på uten å la seg knekke også snakker vi med pårørende som sier, ja men han har alltid vært en fighter."

Logoped 3: "hva vi har i ryggsekken når det skjer. Deres utgangspunkt i hvem var denne personen før den her skaden skjedde. Var det en som er negativ til alt og alt er forferdelig, så er det jo ikke bare å snu det, etter en sånn skade. Sånn at man påvirkes jo veldig ut i fra hvem man har vært."

4.2.2 Observasjon

Som tidligere nevnt er livskvalitet basert på subjektive vurderinger av egne følelser og vurderinger av en selv. Den objektive livskvaliteten baseres på hvilken livssituasjon en har i form av helsetilstand, funksjonsevne osv (se 1.3 begrepsavklaring). Temaet livskvalitet var ikke et samtaleemne i denne gruppetimen, derfor er mine observasjoner knyttet til kroppsspråk og gester. Dette er på bakgrunn av at kroppsspråk også er en form for kommunikasjon, en non-verbal kommunikasjon. Det ble gjentatte ganger observert latter, smil og blikkontakt underveis gjennom hele gruppetimen. Ved oppgaver som var litt utfordrende var både logopedene og afasiklientene behjelpelig og støttende med smil. I tillegg observerte jeg ros og oppmuntring gjennom kroppsbevegelser som for eksempel tommel opp, smil, oppmerksomhet og blikkontakt. En av afasiklientene oppfordret også til en liten konkurranse med den andre klienten med latter og smil. Underveis var også denne klienten litt mindre aktiv enn den andre på noen oppgaver.

4.2.3 Oppsummering

I denne delen av kapitlet har jeg presentert funn som svarer på forskningsspørsmålet ”hvordan opplever logopedene at gruppetimer kan påvirke livskvaliteten hos den afasirammede?”

Alle logopedene mener at livskvaliteten er påvirket hos den afasirammede. Ved å bruke gruppetimer ser de en fordel ved at de kan møte andre i samme situasjon og gi hverandre håp. Det nevnes også mye glede og positivitet rundt disse gruppetimene og at det å være sosial har en positiv innvirkning på livskvaliteten. Samtidig er det noen utfordringer knyttet til å samtale om emnet, det vil si at det kan være vanskeligere å åpne seg i en gruppe med flere afasirammede også. Dette tror logopedene kan være på bakgrunn av at de sitter på en stor sorg eller at det er et sårt tema. Men det fokuseres også i stor grad på positivitet i gruppe og det å dra hverandre opp. Logopedene nevner selv at de vil fokusere på løsninger og det de får til, fremfor det de ikke får til. Det er et stort fokus på funksjon framfor skade. Det er også nevnt at det er viktig å bli kjent med de afasirammede som personer og logoped 1 trekker også frem at de gjerne kan være døråpnere for de afasirammede. Mine observasjoner samsvarer mye med hva logopedene forteller og ut ifra mine tolkninger så ser det også ut til at afasiklientene får mer enn bare språktrening ut av disse gruppetimene. De får også en sjanse til å være sosial og opplever mye glede som jeg tror vil kunne påvirke livskvaliteten deres. Det er også verdt å nevne at logopedene bemerker seg at personlige egenskaper også har en innvirkning på utbytte av disse gruppetimene og at dette kan være vanskelig å påvirke hvis de ikke klarer å snu det til noe positivt.

5 Drøfting

Dette kapittelet tar for seg drøftingsdelen av prosjektet. Spørsmålet som undersøkes i denne studien er lite utforsket tidligere. Dette er vedrørende logopedens perspektiv på fenomenet livskvalitet i gruppeterapi. Dermed er grunnlaget for sammenlikning med liknende studier noe lite, men likevel relevant. Dette er på bakgrunn av at tidligere studier har noen liknende temaer som denne studien. Dette er vedrørende fenomenet livskvalitet i gruppetimer som kan sees i sammenheng med denne studiens funn. Drøftingskapittelet består av 4 deler hvor forskningsspørsmål og problemstilling blir drøftet. Første del diskuterer logopedenes tilrettelegging for gruppetimer i lys av forskning og teori. Andre del drøfter livskvalitet i gruppetimer i lys av teori og forskning. Tredje del drøfter effektene grupperehabiliteringen har på livskvalitet i lys av teori og forskning. Siste del består av en oppsummering omkring denne studiens funn og en avslutning med tanker for videre forskning.

5.1 Hvordan tilrettelegger logopeder gruppetimer for afasirammede?

Logopeders tanker omkring tilrettelegging:

Blant logopeder som har deltatt i denne studien uttrykkes det at det kreves mye forarbeid for å tilrettelegge for gruppetimer. Eksempler på dette forarbeidet er tanker omkring gruppesammensetninger, tilpassede oppgaver som skal brukes i timene, om det kan legges opp til at deltakerne skal få være med å bestemme litt hva de vil gjøre, eller om oppgaver kan velges ut fra hva logopedene har forberedt. Ved å la deltakerne få være med å bestemme omkring oppgaver og hva de skal gjøre, så kan det gi dem et større eierskap til timene. Det er ikke bare logopeden som skal sitte der som en fagperson som underviser, men ved å inkludere deltakerne, kan det skapes et større samarbeidsklima i gruppen. Det nevnes blant en av logopedene at å være i en gruppe kan skape en mer likeverdig relasjon. Det er dette logopeden ønsker for timene. Logopedene forteller også at de prøver å lage oppgaver som kan være interessante for deltakerne. Det tilpasses ofte mye underveis og dette krever at logopedene er fleksible med hensyn til ledelse av timene og underveis i rehabiliteringen.

Observasjonene mine bekrefter i stor grad det logopedene forteller, samt at det viser seg at logopedene ofte også er behjelpelig utover gruppetimene. Det kan være hjelp til forflytning og transport, kaffepauser der de stiller med kaffe og eventuelt noe mat av og til. I hvor stor grad dette legges vekt på varierer noe med tanke på hvordan arbeidsplassen er tilrettelagt for den enkelte logoped. At logopedene prioriterer kaffepauser med de afasirammede kan ha flere fordeler. Ved å gjøre dette kan logopedene bidra til mer tid til relasjonsbygging blant deltakerne og terapeut. Dette kan være essensielt for at deltakerne skal ha bedre tid til interaksjon mellom hverandre, bli bedre kjent og skape trygghet i gruppen.

I tidligere forskning gjennom litteratursøk foreligger det svært lite dokumentasjon av logopedenes tilrettelegging under gruppetimene. Dette er på bakgrunn av at logopedens perspektiv ikke har vært fokuset i disse studiene. Brumfitt & Sheeran (1997) nevner noen av oppgavene som er brukt i studien, dette er for eksempel rollespill og oppfordringer til å dele personlige erfaringer (Brumfitt & Sheeran, 1997). Utover det er det ikke noe som knyttes til logopedens tilrettelegging i særlig grad. Rollespill ble ikke nevnt fra deltakende logopedene i denne studien. Hvorvidt rollespill som metode kan tilrettelegges for afasirammede kan diskuteres. På den ene siden kan det nok være godt for noen av deltakerne å gå inn i en annen rolle og muligens prate om vanskelige ting uten at det er de selv som forteller om egne erfaringer. Basert på deltakende logopeders beskrivelser er det utfordrende for enkelte deltakere å fortelle om sine erfaringer og være helt ærlig på dette temaet. Samtidig kan det også være utfordrende å bruke rollespill i gruppetimer på bakgrunn av hva logopedene forteller om språktrening. Et eksempel kan være å øve på hele setninger. Det kan dermed diskuteres om det er hensiktsmessig å kreve like mye taletid fra hver enkelt deltaker som ikke er kommet like langt i språktreningen. Da kan det virke mot sin hensikt og dermed være umotiverende for enkelte.

Faktorer som kan påvirke effekten av gruppe/gruppesammensetning

Ved å gå dypere inn på gruppesammensetning oppfattes det at logopedene baserer sin utvelging på at de kjenner klientene fra tidligere enkelttimer. Ut ifra denne kjennskapen velger de hvem som kan passe sammen i gruppen og få best mulig utbytte. Dette kan indikere at utvelging av klienter baseres på hvem de tror kan få utbytte av gruppetimer, hvilken diagnose de har, hvilket symptomtrykk, hvilket skadeomfang og den enkeltes personlighet.

Disse faktorene ser vi også igjen i klientfaktorer fra teoretisk bakgrunn (Lambert & Bergin, 2013).

Logopedene forteller også om erfaringer knyttet til faktorer som kjønn og alder. En av logopedene opplever at alder ikke har så mye å si i en gruppesammensetning på bakgrunn av alder ikke nødvendigvis har noe å si for hvem vi er og har det psykisk. Denne logopeden har hatt positive erfaringer med ulike aldersgrupper i samme gruppe. Det den samme logopeden forteller er at de tilrettelegger også etter kjønn fordi dette kan være med å bidra til mer trygghet. De andre logopedene nevner derimot ingen hensyn knyttet til kjønn. Men en av de andre logopedene uttrykker at alder er en faktor de tar hensyn til. Begrunnelsen er tidligere erfaringer hvor et stort sprik i alder har gitt negative erfaringer. Dermed er tidligere erfaringer blitt en del av deres tanker knyttet til gruppesammensetning. Dette kan peke på at det trengs mer forskning omkring alder som en påvirkningsfaktor i gruppesammensetning av afasirammede.

Fellesfaktorer, strukturelle faktorer, smågruppeprosess

Fellesfaktorer som positive forventninger og håp er en tydelig tendens i funnene i denne studien. Logopedene uttrykker at de velger å være bevisste en positiv holdning ovenfor deltakerne. Holdningene de bringer inn i timen har mye å si for hva de får igjen fra deltakerne. Dette bidrar til å skape et klima hvor de vektlegger å skape positive relasjoner mellom terapeut og deltaker, samt deltakere seg imellom. Logopedene varierer hvor mange deltakere enkelte grupper skal ha og om det er en eller to logopeder som leder timene. Dette baseres på for eksempel fysiske utfordringer, samt hvem som kan matche hverandre i forhold til skadeomfang og personlighet. Dette indikerer at det tas hensyn til strukturelle faktorer, som er å vurdere de ulike forhold som påvirker for eksempel gruppestørrelse eller varighet av gruppetimer. Mindre grupper kan bidra positivt til mer aktiv deltakelse fra hver enkelt deltaker (Lambert & Bergin, 2013)

Det tas også hensyn til tilbakemeldinger fra klientene og logopedene uttrykker at de omtrent utelukkende får positive tilbakemeldinger og at de fleste vil komme igjen. Dette kan også bidra til bedre samhold ved at logopedene tar hensyn til deltakernes tilbakemeldinger og lar

dem ta en del av gruppetimene. Dette kan vi se igjen i smågruppeprosess som er nevnt i kap 2.4. hvor personlige tilbakemelding og gruppesamhold er en viktig faktor i små grupper (Lambert & Bergin, 2013).

Terapeutfaktorer

Mine observasjoner indikerer også at logopedene tydelig er bevisst sin egen rolle. Dette kan relateres til terapeutiske faktorer hvor det nevnes at de egenskapene og kunnskapene terapeuten har i gjennomføring av gruppetimer vil påvirke effekten av gruppetimene (Lambert & Bergin, 2013). Dette er individuelle faktorer hvor mine observasjoner kommer til kort. Men ut ifra logopedenes refleksjoner er det et stort fokus omkring egen rolle og hvordan dette påvirker deltakerne. For eksempel hvor viktig det er å bidra positivt ovenfor deltakerne og virkelig prøve å lære og kjenne dem som personer. Grupperehabilitering har nylig blitt erkjent som en viktig komponent innenfor afasibehandling (Papathanasiou & Coppens, 2017). Hvilke kunnskaper hver enkelt logoped har knyttet til gjennomføring av ledelse av grupperehabilitering har stor innvirkning og behovet for mer kunnskap knyttet til gruppesammensetning vil sannsynligvis være økende. Dette til tross for at studien viser at mye av tilretteleggingen står i samsvar med faktorer som påvirker effekten av gruppetimer. Det vil kunne være hensiktsmessig med mer kunnskap knyttet til for eksempel gjennomføring av ulike gruppetimer eller samtalemøter som omhandler psykisk helse blant flere deltakere. Logopedene forteller at de føler at de kommer til kort på visse punkter innen psykisk helse i gruppetimene og at de er redd for å trå feil når det kommer til temaet livskvalitet.

Klientfaktorer og klientrelaterte faktorer

Klientfaktorer som diagnose, symptomtrykk og personlighet vil påvirke gruppesammensetningen og hvordan gruppetimene utarter seg (Lambert & Bergin, 2013). Om lag 5000 mennesker er rammet av afasi årlig i Norge (Dahm, KT., 2016). Dermed blir også utvalget en faktor som påvirker sammensetningen av grupper. Det kan være utfordrende å sette sammen grupper med mange ulike hensyn, basert på at utvalget av klienter vil måtte variere ut ifra lokale forhold der logopeden arbeider, og er dermed noe ikke logopeden kan rå over. Logopedene nevner også at oppgaver som lages til gruppetimene ofte også baseres på interesser den enkelte deltaker har. Alle deltakerne har forskjellige personligheter og dette kan

romme mye av påvirkningskraften også. Dermed kan det være nødvendig at vektlegging av faktorer varierer ut ifra den enkelte gruppen på bakgrunn av at det er forskjellige mennesker som deltar i gruppetimene.

Andre faktorer som kan ha betydning for effekten av gruppeterapi er klienrelaterte faktorer som er utenfor terapisisuasjonen. Disse faktorene er miljø og nettverk og de vil foreligge utenfor logopedens kontroll (Lambert & Bergin, 2013). Her kan det være hensyn å ta i forhold til familiemedlemmer eller hvorvidt deltakeren har et nettverk rundt seg eller ikke. En av de deltakende logopedene nevner at de kan oppleve at de selv blir en slags pårørende for enkelte deltakere. Dette begrunnes i at logopeden blir den som ringer ulike instanser og prøve å hjelpe til med saker som deltakeren ikke får hjelp til fra andre. Igjen viser dette til hvor kompleks rollen til logopeden blir og hvor mye som kreves utover språktreningen i gruppetimer.

Systematisering

For å kunne måle effekten av gruppetimene bedre nevner en av logopedene at det er ønskelig med en samtale én til én før de setter i gang med gruppetimer. Slik kan deltakerne selv beskrive hvordan de har det og hvilke forventninger de har, og ta det opp igjen ved endt periode med gruppetimer for å høre hvilket utbytte de har fått. En av de andre logopedene gjør dette fra før og uttrykker at dette bidrar positivt både som tilbakemelding til deltakerne og seg selv om gruppetimene har fungert. Dette kan indikere at effekten av gruppetimene kan måles gjennom systematiske samtaler med deltakerne før, underveis og etter at timene er gjennomført. Metoder for denne type systematisering kan være flere, men det kunne for eksempel være i form av spørreundersøkelser som logopedene utarbeider basert på innholdet i de ulike timene.

5.2 Hvordan opplever logopeder at gruppetimer kan påvirke livskvaliteten hos den afasirammede?

Deltakende logopeder i denne studien opplever at grupperehabilitering påvirker livskvalitet positivt. Livskvalitet handler for dem om å se hvem personen er, ikke se dem i form av en diagnose eller ved deres språklige utfordringer. De beskriver også at en språkvanke kan gjøre

mye med selvfølelsen til et menneske da du mister noe du behersket før. Dermed vil livskvaliteten gå ned fordi du har mistet noe underveis som var en naturlig del av deg. Konsekvensen av dette kan fort bli at du enten blir isolert eller velger å isolere deg på bakgrunn av at det er vanskeligere å oppsøke andre, og fordi verden vi lever i er basert på språk. Dette får en påvirkning på den psykiske helsen til den enkelte. Det største ansvaret og målet for logopedene er å skape et klima i gruppen som folk kan trives i og at de får noe igjen for å komme dit. Logopedrollen blir dermed utvidet, da den skal ivareta språktreningen, men også forstå og ta hensyn til den psykiske helsen til den enkelte.

Ifølge Papathanasiou, Ilias & Coppens, Patrick (2017) vil arbeid med språktrening kunne bedre språk- og kommunikasjonsferdigheter, som for eksempel ordletingsvansker. Ved å jobbe med dette vil det også forekomme positive effekter omkring den psykiske helsen. Dette er knyttet til selvfølelsen, andre relasjoner og det å være åpen for nye erfaringer (Papathanasiou & Coppens, 2017). I tillegg sier de tidligere studiene, som er omtalt i delkapittel 2.5, at det påvises bedring i livskvaliteten til deltakerne i gruppetimene. Dette samsvarer også med det deltakende logopeder i denne studien sier, hvor de ser at det er en klar sammenheng mellom bedring i kommunikasjon og bedring i livskvaliteten til den enkelte. Derfor er det viktig for logopedene å se helhetlig på hvem denne afasirammede personen er.

Faktorer som kan påvirke utbyttet av gruppetimer

Dette kan også relateres International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) modellen. Hvor tanken om en helhetlig vurdering er essensiell (Papathanasiou & Coppens, 2017). Både i gruppetimer og i enetimer vil det være flere faktorer å vurdere hos den afasirammede for å kunne sette inn tiltak. Dette gjelder for eksempel helserelaterte faktorer som hvilke grad av afasi klienten har, om klienten har noen kroppslige utfordringer som følge av hjerneslaget for eksempel, hvilke aktiviteter som er tilgjengelige, hvor aktiv deltakelse den afasirammede har i samfunnet eller nærmiljøet, samt miljøfaktorer som hvor en bor og om personen har pårørende eller familie rundt seg. Og til sist personlige faktorer. De personlige faktorene vil variere fra hver enkelt person og dermed kunne påvirke både vurdering av tiltak, men også hvilket utbytte personen sitter igjen med etter at tiltakene er satt i gang.

Ribeiro Lima et, al (2020) sine funn baserte seg på at faktorer som ung alder, mildere afasi og det å ha en pårørende tilstede også påvirket effekten av gruppetimene. (Ribeiro Lima et al., 2020). Guay (2018) resulterte sine studier i at høyere utdanning og tilstedeværelse av en pårørende gav bedre resultater innen kommunikasjon. men at alder og tidligere trening ikke påvirket utbyttet av gruppetimene (Guay, 2018). Brumfitt & Sheeran (1997) sine funn var at personlig innsats påvirket bedring i kommunikasjon (Brumfitt & Sheeran, 1997).

Sammenlignet med funn fra min studie kommer det også fram faktorer knyttet til personlighet og personlig innsats. Deltakende logopedier beskriver at personlighet og hvordan mennesker takler motgang påvirker i hvor stor grad de er mottagelig for rehabiliteringen. Samtidig kan det være utfordrende for logopedene å snu en negativ tankegang til noe positivt, alene. Dette tror logopedene baserer seg på hvem personen er og hvilke egenskaper personen innehar. Alle mennesker er forskjellige og personen selv er vesentlig for å få til en bedring.

Deltakende logopedier forteller videre at hva man har i ryggsekken fra før av, og hvem man er når afasien inntreffer er en viktig faktor. Guay (2018) sine funn resulterte i at utdanning kunne ha innvirkning på utbyttet til den enkelte. Det kan være et eksempel på hvordan tidligere erfaringer påvirker hvem personen har blitt. Eller at alderen som Ribeiro Lima et, al (2020) bemerket, er en faktor som kan ha noe å si på bakgrunn av hvorvidt personen har oppnådd de tingene han eller hun ville, eller muligens ikke har fått gjort enda. Dette vil kunne videre påvirke hvordan den afasirammede ser på livet sitt og hvordan de opplevde livskvaliteten sin før afasien inntraff, samt etter at den inntraff.

Både Ribeiro Lima et, al (2020) og Guay (2018) sine studier resulterte i at tilstedeværelse av en pårørende var av betydning for bedring i kommunikasjon og livskvalitet. Denne faktoren kan vi også se i miljødelen av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) modellen (Papathanasiou & Coppens, 2017). Ved å inkludere denne som en del av tiltakene som blir satt inn, kan logopedene inkludere pårørende i større grad i rehabiliteringen. Basert på at afasien rammer ulike aspekter av livet til den afasirammede, inkluderer dette også de menneskene rundt denne personen (Papathanasiou & Coppens,

2017). Dette kan få konsekvenser for kommunikasjonen mellom familiemedlemmer eller pårørende som også kan påvirke relasjonen deres. Ved å la dem ta en del i rehabiliteringen vil dette kunne styrke kommunikasjonen mellom dem også. Samt at familiemedlemmer eller pårørende får større mulighet til å sette seg inn i hvordan den afasirammede har det psykisk ved hjelp av logopeden som støttespiller. Dermed vil inkludering av en pårørende som en del av rehabiliteringen kunne være en fordel for den afasirammede. Dette er i form av bedre kommunikasjon mellom dem som kan skape bedring i relasjonen, samt at den afasirammede ikke bare har en støttespiller psykisk, men også i form av språktrening. Dette kan føre til mer trening på hjemmebane og mindre isolasjon ved å la dem ta del i rehabiliteringen.

Dede, Hoover, Maas & DeDe (2019) resulterte også i at gruppestørrelse hadde betydning for utbytte av gruppetimene (Dede et al., 2019). Deltakende logopeder i denne studien forteller at de varierer i gruppestørrelse og at alle gruppene er definert som smågrupper. Ifølge Bjerke (2018) kan vi bekrefte at gruppestørrelse kan være en faktor som påvirker utbyttet. Dette er på bakgrunn av at tilhørighet og sterke følelsesmessige bånd oftere blir knyttet i mindre grupper (Bjerke, 2018). Det som kan være grunnlaget for at dette er mulig i mindre grupper er at mindre grupper har mer interaksjon mellom deltakerne, enn større grupper (Lambert & Bergin, 2013). Ved å ha mer interaksjon og tilhørighet i en gruppe forteller også Bjerke (2018) at ved å være i en gruppe der menneskene for eksempel har samme diagnose, vil det hjelpe å snakke om vanskelige ting med andre som opplever noe av det samme. Dette er på bakgrunn av at de tåler å høre det du forteller og kan komme med gode råd knyttet til det samme (Bjerke, 2018). Brumfitt & Sheeran (1997) nevner at de oppfordrer til at deltakerne skal dele personlige erfaringer. Det oppgis ikke hvorfor, men som nevnt over er det flere grunner til å gjøre dette i en gruppe. Deltakende logopeder bekrefter også at de opplever tilhørighet og mye støtte i en grupperelasjon. Observasjonene mine kunne også se at deltakerne var positiv ovenfor hverandre og at de gav hverandre mye støtte gjennom gester. Dette var i form av tommel opp, smil og øyekontakt. De gav hverandre tid til å løse oppgaver og hvis en av de trengte hjelp, så ville den andre gjerne prøve å hjelpe til for å løse oppgaven.

Det nevnes også blant de deltakende logopedene at i en gruppe kan de tilføre hverandre god energi og livsglede, i form av for eksempel humor. Det kan også være godt å få bekreftet at du ikke er alene med dine utfordringer. Gruppetimene gir mulighet for å være sosial med andre

og man kan gi hverandre tips og råd. Dette gjør at deltakerne blir ressurser for hverandre. Men det dukker også opp utfordringer som logopedene føler på. Ifølge deltakende logopeder i denne studien, så kan ikke gruppeterapi utelukkende indikerer at å dele de vanskelige tingene med hverandre bidrar positivt til gruppen. Logopedene forteller også at selve temaet livskvalitet er utfordrende å prate om. Dette begrunnes i at mange av deltakerne kan sitte på en stor sorg og at dette blir for sårt å dele med andre. Konsekvensen av dette kan være at deltakerne ikke alltid er like ærlig om hvordan de egentlig har det, som de kunne ha vært i en en-til-en-samtale. Selve temaet livskvalitet er også utfordrende for logopedene å samtale om på et dypere nivå, da de ikke føler at de har tilstrekkelige med kunnskaper omkring slike samtalemner i grupperehabilitering. De opplever det mer komfortabelt å samtale om dette på et mer generelt nivå hvis det skal være et tema i gruppetimene.

At alle studiene, samt mine funn i denne studien finner en sammenheng mellom gruppetimer og økt livskvalitet kan indikere at livskvaliteten øker ved bruk av gruppetimer. Basert på de andre funnene kan det også påpekes at det foreligger faktorer som påvirker i *hvor stor* grad livskvaliteten kan økes. Faktorer som for eksempel tidligere erfaringer og personlighet påvirker utbyttet til den enkelte som deltar i gruppetimer.

5.3 Hvordan kan grupperehabilitering bidra til økt livskvalitet hos afasirammede?

Logopeders opplevelser omkring økt livskvalitet gjennom grupperehabilitering er at faktorer som sosialisering i gruppe og interaksjon mellom deltakerne, støtte og tilhørighet i et fellesskap bidrar til økt livskvalitet. I tillegg fremheves det at det er en fellesnevner mellom bedring i kommunikasjon og bedring av livskvalitet. Dette er på bakgrunn av at logopedene trekker fram at livskvalitet handler om å kunne formidle sine egne tanker og dele med andre hvem man er. Når afasirammede blir rammet av afasi mister de store deler av noe de kunne fra før av, nemlig mestring av språket, og kommunikasjon med andre. Ved å trene dette opp igjen, og få en bedring i språket, gjenopptar afasirammede noe av det de mistet. Denne mestringen kan føre til bedre livskvalitet fordi utfordringene ikke er like store som når afasien inntraff. Graden av afasi vil variere ut ifra om vanskene er knyttet til ekspressiv afasi, impressiv afasi og global afasi (Dahm, KT., 2016). Dermed vil også mestringen også kunne variere.

Som nevnt over foreligger det en fellesnevner mellom bedring i kommunikasjon og bedring i livskvalitet. Ifølge Brumfitt & Sheeran (1997) resulterte funnene i deres studie en sterk korrelasjon mellom selvtillit og kommunikasjon før studien, men at denne sammenhengen ikke var like fremtredende i etterkant av studien (Brumfitt & Sheeran, 1997). Basert på at vansken påvirker selvtilliten til den afasirammede, vil det være naturlig at bedring i kommunikasjon også bidrar positivt for selvbildet og selvtilliten. Det vil ikke lenger være en like stor usikkerhet og dermed tør man muligens å omfavne nye muligheter og gå på mer. En av de deltakende logopedene i denne studien beskrev også at en del av opplegget var å ta deltakerne med ut. Dette var for å gjøre oppgaver og skape erfaringer sammen som en gruppe. For eksempel fotooppgaver eller turer på kafé. Igjen, kan dette bidra til relasjonsbygging i større grad da det skaper interaksjon mellom deltakerne og at de i tillegg får skape hyggelige opplevelser sammen. Ved å ta deltakerne med på aktiviteter som foregår i verden utenfor kontorene kan dette bidra til at deltakerne ser at de mestrer og får positive erfaringer. I tillegg til at dette er en mer virkelighetsnær situasjon enn inne på et kontor, får deltakerne øve seg på setninger de har bruk for i praksis. Dermed vil det kunne skape muligheter for at de tør å gjøre dette selv og alene også. Logopeden blir dermed også en døråpner.

Ifølge Folkehelseinstituttet er det en rekke faktorer som påvirker den enkeltes livskvalitet. Generelt nevnes det objektive faktorer som økonomi, materielle levevilkår, fritidssysler, helsetilstand og funksjonsevne (Nes, R.B, 2016). Disse faktorene gjelder alle mennesker og vil ikke være mulig å påvirke ved grupperehabilitering på bakgrunn av at de er utenfor gruppens kontroll. Andre subjektive faktorer som nevnes er gener, personlighet, sosial støtte, positive og negative livshendelser, samt generell mestring (Nes, R.B, 2016). Det som sammenfaller med logopedenes begrunnelser omkring økt livskvalitet i gruppe er personlighet, sosial støtte, positive livshendelser og mestring. Hvis gruppetimene innehar noen av disse effekten vil det kunne være sannsynlig at dette bidrar positivt for livskvaliteten på bakgrunn av at dette er faktorer som påvirker den. Dette vil da for eksempel kunne være hvis deltakerne opplever sosial støtte i gruppen, at deltakerne og logopeden kan erfare positive opplevelser sammen, som at logopeden tar gruppen med ut på meningsfulle oppgaver nærliggende til deres hverdag. I tillegg til at de kan få oppleve mestring av språk i ulike situasjoner og med hverandre.

Begrepet livskvalitet rommer mange ulike forhold og faktorer som påvirker både negativt og positivt. Dette gjør det vanskelig for at grupperehabilitering skal kunne bevege livskvaliteten og alt det den rommer i riktig retning. Men ved å ta utgangspunkt i afasiens påvirkning knyttet til livskvaliteten vil det være mulig å finne ut hvordan livskvaliteten kan gå oppover igjen. Hvis vi fokuserer på livskvalitet knyttet til afasien og det at studien spisser seg inn på positive effekter fra gruppetimer, ser vi at det er flere faktorer som kan bidra til å bedre livskvalitet omkring afasivanskene som har oppstått så plutselig. Gruppetimene kan legge til rette for mestring, sosial støtte, tilhørighet i en gruppe, positive erfaringer og språktrening som kan bedre språk- og kommunikasjonsferdigheter. Logopedene trekker fram viktigheten med trivsel og et godt klima i gruppene. Dette kan være essensielt for å kunne bidra positivt for den enkeltes livskvalitet. Språktrening i gruppetimer handler om mye mer enn bare språktreningen.

Logopedens rolle

Å drive med gruppetimer som logoped utgjør en kompleks rolle. Deltakende logopeder tydeliggjør at de har stor respekt for deltakerne i gruppen. På bakgrunn av dette vil de trå varsomt og prøve så godt de kan å ivareta menneskene. For å gjøre dette legger de vekt på å se hele personen og bli godt kjent med deltakerne. På denne måten vil det være enklere å kartlegge behovene den enkelte har. Samtidig krever gruppetimer ressurser i form av lederkunnskaper og kunnskap om gruppesammensetninger som kan påvirke effekten av gruppetimene. Men hensyn til dette har logopeden mye forarbeid foran seg, i tillegg til arbeid underveis hvor de vil tilrettelegge og la deltakerne få ta del i sin egen grupperehabilitering. Det kommer fram blant de deltakende logopedene at det er flere mål de vil oppnå. Dette er blant annet å skape et fellesskap i gruppen, hjelpe deltakerne å klare seg bedre i hverdagen med venner og familie, at deltakerne skal tørre å utrykke seg og prate mer, og dermed også kunne få en bedre livskvalitet enn de har på det tidspunktet de kommer i gruppen første gang. I tillegg vil gruppen kunne brukes som en ressurs for å lære nye strategier fra hverandre, få nye perspektiver fra hverandre og oppleve tilhørighet, samt å gi hverandre håp for fremtiden og hvordan bedring i kommunikasjon kan bryte barrierer og en eventuell isolasjon. Samtidig er det opp til logopeden å vurdere gruppetimenes effekt og hvordan disse målene kan være mulige. Alt dette ansvaret hviler på logopedene og det kan dermed stilles spørsmål til om

denne rollen kan bli for stor med tanke på at gruppetimer bare er en del av det logopediske tilbudet logopedene driver. Logopedene i denne studien jobber også med enetimer i tillegg til gruppetimene. Dermed er det mange afasirammede de følger opp på samme tid.

Ifølge funn i denne studien og funn fra tidligere studier kommer det fram at den psykiske helsen er fremtredende faktor i gruppeterapi og at det er et potensial her for å gi et helhetlig tilbud omkring psykisk helse og språktrening. De afasirammede skal rehabiliteres tilbake til samfunnet og gruppetimer kan være et godt verktøy for dette fordi gruppetimer har flere faktorer som kan påvirke livskvaliteten positivt. Basert på alt logopeden har å forholde seg til når det gjelder å lede gruppetimer og det ansvaret de føler på for å ivareta mange ulike menneskers psykiske helse, kan det hende at det er hensiktsmessig å ta inn flere instanser i gruppetilbudet. Ved å for eksempel inkludere et psykologtilbud og et samarbeid mellom logoped og psykolog, vil det kunne bidra til mer kompetanse og erfaring både innenfor språktrening og den psykiske helsen. Dette kan sannsynligvis lette på ansvaret logopedene føler på og legge til rette for at logopedene i større grad føler at de kan gi et helhetlig tilbud uten å trå feil overfor deltakerne. Dette kan alle de inkluderte dra nytte av. Ved å gjøre det mulig å tilby afasirammede et helhetlig tilbud kan det også bidra til at samfunnet får de rammede raskere tilbake. Videre vil et helhetstilbud kunne redusere og muligens forhindre isolasjon og den følgende forringelse av livskvaliteten for afasirammede.

6 Avslutning

Følgende problemstilling har vært overordnet for denne studien:

Hvordan kan grupperehabilitering bidra til økt livskvalitet hos afasirammede?

Følgende er problemstillingen undersøkt ved hjelp av disse to forskningsspørsmålene:

1. Hvordan tilrettelegger logopeder gruppetimer for afasirammede?
2. Hvordan opplever logopeder at gruppetimer kan påvirke livskvaliteten hos den afasirammede?

Denne studien har prøvd å gi en oversikt omkring bruk av grupperehabilitering i logopedisk arbeid, hvordan dette kan påvirke livskvaliteten for afasirammede som deltar, samt innsikt i logopeders tanker og opplevelser omkring grupperehabilitering i egen praksis. Videre kommer det en oppsummering av studiens hovedfunn og videre forskning.

6.1 Oppsummering

En oppsummering av sentrale funn i denne studien er inndelt i 5 deler. Disse tar for seg systematisering av gruppetimers effekt i logopedisk praksis, betydningen av alder omkring utbytte av gruppetimer eller påvirkning av gruppesammensetninger, grupperehabiliteringens påvirkning i deler av livskvaliteten, funn omkring samtaletema i gruppetimer og logopedens rolle.

Systematisering av gruppetimers effekt

Blant de deltakende logopedene i denne studien var det variasjon omkring hvordan de systematiserte effekt i gruppetimer for afasirammede. Det vil si samtaler før, underveis og etter med hver enkelt deltaker som kan fortelle hvordan de opplever gruppetimene og hvilke effekter den har på språktreningen og det følelsesmessige velværet. En av logopeden drev med dette, mens en annen ville begynne med det. Ved å systematisere effekten fra

gruppetimene vil logopedene kunne måle i mye større grad hvilke gruppesammensetninger som fungerer og hvilket utbytte den enkelte deltaker sitter igjen med. En slik metodiske tilnærmingen kan bidra til verdifull kunnskap for logopedene. Studien tyder på at dette er noe som burde ta større plass i logopedens arbeid. Studien viser at det også er utfordringer her knyttet til hvilket ansvar som ligger på logopeden og deres ønske om å skape et klima som kan gi best mulig effekt.

Alder som en faktor?

I denne studien er det også kommet fram at alder er en faktor som kan påvirke gruppesammensetningen fra noen av logopedene, mens andre ikke. I tillegg var dette en faktor som påpekes i tidligere studie, hvor alder hadde betydning for deltakernes utbytte av gruppetimene (Ribeiro Lima et al., 2020). Hvorvidt dette er en reel faktor som trengs å ta hensyn til med tanke på gruppesammensetning eller utbytte av gruppetimer, er noe som kunne vært forsket videre på. Ved å systematisere effekten omkring gruppetimer, vil logopedene sannsynligvis få et større grunnlag til å vurdere hvorvidt alder påvirker utbyttet i gruppen.

Grupperehabilitering påvirker deler av livskvaliteten

Denne studien peker på at grupperehabiliteringen påvirker kommunikasjonsferdigheter og livskvaliteten til den enkelte deltaker. På bakgrunn av at fenomenet livskvalitet rommer mange ulike forhold og faktorer er det tydelig at grupperehabilitering ikke kan påvirke alle disse. Men ut ifra funnene i denne studien vil grupperehabilitering kunne påvirke noen viktige faktorer innen livskvalitet. Disse er sosial støtte, tilhørighet i gruppe, positive erfaringer, mestring, samt forbedring i språk- og kommunikasjonsferdigheter. Det vil være avgjørende at logopeden har kjennskap til disse faktorene for å prøve å tilrettelegge for dem. Ved å ha kjennskap til potensialet som ligger til grunn i grupperehabiliteringen vil det være enklere å identifisere hvordan de kan komme fram. Sosial støtte vil for eksempel handle i stor grad om grupperelasjonene og hvordan deltakernes interaksjon med hverandre er. Her har også logopedene nevnt at de som ledere ofte legger disse premissene i gruppen ved å ta ansvar for at grupperelasjoner prioriteres som en del av rehabiliteringen. Tilhørighet i gruppe kan være det at logopedene tilrettelegger for å samle klienter som har samme diagnose eller utfordringer. Dette kan i større grad la dem identifisere seg med andres problematikk og

dermed skape en tilhørighet. Positive erfaringer kan for eksempel være at logopedene legger til rette for trivsel i gruppen ved at de får oppgaver de mestrer og opplevelser sammen ved å ta de med ut. Forbedring i kommunikasjon kan komme av språktrening, men også den spontane samtalen som kan oppstå i en gruppe.

Ved å legge til rette for dette i gruppetimene og oppnå flere av disse faktorene, vil dette kunne bidra til å øke livskvaliteten på noen punkter og ihvertfall være et positivt tilskudd for den enkeltes psykiske og fysiske helse. Da livskvalitet og trivsel også kan gi bedring i fysisk helse (Nes, R.B, 2016).

Samtaletema i grupperehabilitering

Deltakende logopeders begrunnelse for at visse samtaletema i gruppetimene er utfordrende å samtale om er på bakgrunn av at de selv opplever at det er et stort ansvar å føre slike samtaler. Ved at deltakerne deler tanker om vanskelige erfaringer vil dette kunne dra en gruppetime både opp og ned. De afasirammede som deltar på disse timene kan sitte på en stor sorg og logopedene begrunner at de ikke føler de har nok kunnskaper omkring slike temaer til å gå i dybden på dette i gruppetimer. Dette belyser at å snakke om vanskelige ting i gruppe ikke utelukkende bidrar positivt til gruppen slik som teorien sier. Fordi logopedene beskriver at å åpne opp for slike temaer også kan trekke ned stemningen i gruppen. Logopedene bygger opp mye av gruppetimene sine omkring positivitet og mestring. Dette er en holdning som er fremtredende i logopedenes beskrivelser og kan skape en ringeffekt over på deltakerne, ved at de også gjerne vil mestre og kunne bruke positivitet til noe godt. Samtidig er logopedene åpne for å samtale om slike temaer fordi de forstår at de afasirammede også kan ha et behov for å dele sine erfaringer, både positive og negative. Ved å dele deler av sorgen med de andre deltakerne vil gruppen også kunne bidra med støtte og ikke minst tips hvis de har ulik framgang eller andre opplevelser som kan bidra til nye perspektiver. Dette er en helhetlig forståelse omkring afasideltakerne som mennesker og behov som oppstår i gruppetimer som logopedene vil ivareta etter beste evne. Men som blir utfordrende av ulike grunner, som for eksempel logopedens kunnskapsbakgrunn og et økende behov for kunnskap omkring pedagogikk og psykologi.

Disse funnene kan indikere at det trengs mer opplæring for logopeder omkring pedagogikk og psykologi, eller at dette muligens krever et større samarbeid med ulike instanser for å ivareta de ulike delene i gruppeterapien. Om det heller skulle vært et tverrfaglig team med instanser som psykologer som kan komme på banen.

Logopedens rolle

Blant deltakende logopeder i denne studien kom det også fram at de følte på et stort ansvar om å ivareta hver enkelt deltaker. Dette begrunnes i den psykiske helsen og utfordringene deltakerne står ovenfor. Det er et stort ønske om at deltakerne skal bli rehabilitert tilbake i samfunnet og at hver enkelt skal mestre sin egen hverdag. For å oppnå dette foreligger det et stort ansvar hos logopedene, samt at logopedene har stor respekt for hvert enkelt menneske de jobber med. Dette utgjør en kompleks rolle hvor logopedene har mange behov å tilrettelegge, samt å tilpasse etter. Videre stilles det da spørsmål ved hvorvidt det er mulig for logopedene å fylle denne store rollen uten at de føler at de kommer til kort. Som nevnt i avsnittet, samtaletema i grupperehabilitering, vil det muligens være et behov for at logopedene ikke skal stå alene med dette ansvaret. Det kan være mulig at gruppetimer skaper flere ressurser og dermed krever et samarbeid med ulike instanser, eksempelvis psykolog.

Avslutningsvis vil jeg nevne at gruppetimers effekt for livskvaliteten for afasirammede fortsatt er et lite utforsket tema. Denne studiens funn kan være av betydning for videre forskning omkring disse temaene og for gruppetimers effekt for livskvalitet generelt.

7 Litteratur

- Befring, E. (2015). *Forskningsmetoder i utdanningsvitenskap*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bjerke, S. N. (2018). *Gruppeterapi : grunnleggende om hvorfor og hvordan*. Oslo: Gyldendal.
- Bjørndal, C. R. P. (2017). *Det vurderende øyet : observasjon, vurdering og utvikling i pedagogisk praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brumfitt, S. M. & Sheeran, P. (1997). An evaluation of short-term group therapy for people with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 19(6), 221-230.
<https://doi.org/10.3109/09638289709166531>
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dede, G., Hoover, E., Maas, E. & DeDe, G. (2019). Two to Tango or the More the Merrier? A Randomized Controlled Trial of the Effects of Group Size in Aphasia Conversation Treatment on Standardized Tests. *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR*, 62(5), 1437-1451. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-L-18-0404
- Guay, M. (2018). Impact of Group Art Therapy on the Quality of Life for Acquired Brain Injury Survivors. *Art Therapy*, 35(3), 156-164.
<https://doi.org/10.1080/07421656.2018.1527638>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (Sixth edition.. utg.).
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse* (bd. 29). Oslo: Universitetsforl.
- Papathanasiou, I. & Coppens, P. (2017). *Aphasia : and related neurogenic communication disorders* (Second edition. utg.). Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning.
- Ribeiro Lima, R., Massi, G. A., Guarinello, A. C., Silveira, N. C., Cuzzo, L. G., Weber, A. H., ... Lima, H. D. N. (2018). The impact of group therapy for aphasia on quality of life. *Aphasiology: International Aphasia Rehabilitation Conference (IARC) September 2018*, 32(sup1), 126-127. <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1486382>
- Ribeiro Lima, R., Rose, M. L., Lima, H. D. N., Guarinello, A. C., Santos, R. S. & Massi, G. A. (2020). Socio-demographic factors associated with quality of life after a multicomponent aphasia group therapy in people with sub-acute and chronic post-

stroke aphasia. *Aphasiology*, *ahead-of-print*(ahead-of-print), 1-16.

<https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1727710>

Thurén, T., Gjerpe, K. & Gjestland, D. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg. utg.).

Oslo: Gyldendal akademisk.

8 Vedlegg

8.1 Godkjenning fra NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvordan kan logopeder bidra til økt livskvalitet hos personer med afasi ved bruk av grupperehabilitering?

Referansenummer

325947

Registrert

16.12.2019 av Tora Huus Edvardsen - tora.huus-edvardsen@student.nord.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for lærerutdanning og kunst- og kulturfag / Logopedi, spesialpedagogikk, tilpasset opplæring

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Karianne Berg, karianne.berg@nord.no, tlf: 75517000

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Tora Huus Edvardsen , tora-he94@hotmail.com, tlf: 93086866

Prosjektperiode

01.01.2020 - 15.05.2020

Status

17.01.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

17.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 17.01.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke,

jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

8.2 Informasjonsskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

Afasi: økt livskvalitet gjennom grupperehabilitering

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan grupperehabilitering kan bidra til økt livskvalitet hos afasirammede. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvordan logopeders beskriver grupperehabilitering som et verktøy for økt livskvalitet. Det fokuseres på å belyse logopedens rolle i grupperehabilitering og hvordan de legger til rette for at økt livskvalitet kan være oppnåelig og om dette er oppnåelig basert på logopedens erfaringer og opplevelser. Prosjektet vil også prøve å belyse hva som ligger til grunn for at grupperehabilitering kan påvirke livskvalitet, hvilke egenskaper en gruppe kan ha og hvordan dette fungerer i praksis.

Dette er et masterprosjekt i samarbeid med Nord universitet. Problemstillingen min er; hvordan kan grupperehabilitering bidra til økt livskvalitet hos afasirammede?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget til dette prosjektet er basert på problemstillingen min. Du har fått spørsmål om og delta fordi du jobber/har jobbet med personer med afasi i grupperehabilitering. Basert på dine erfaringer er du en god kandidat for dette prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller til intervju. Intervjuet vil ta maks 1 time. Intervjuet inneholder spørsmål om dine erfaringer knyttet til grupperehabilitering og fokusområder i livskvalitet. Hvis det lar seg gjøre vil det også bli observasjon av en gruppe med logoped til stede. Dine svar i intervjuet blir tatt opptak av og brukt til transkribering av material elektronisk.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil være anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De som vil ha tilgang på disse opplysningene er student Tora Huus Edvardsen og veileder Karianne Berg.

For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysninger vil navn og kontaktopplysningen dine bli erstattet med en kode og oppbevaring av material vil ligge på en passordbeskyttet enhet fra nord universitet.

Det vil ikke være relevant å bruke personopplysninger knyttet til denne oppgaven. Det eneste som vil fremkomme er eventuelle detaljer rundt utvalg. Det vil derfor ikke være mulig å gjenkjennes i en eventuell publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15 mai 2020. Eventuelle personopplysninger og opptak vil bli slettet permanent samme dato.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
å få rettet personopplysninger om deg,

få slettet personopplysninger om deg,

få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og

å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Nord universitet: Karianne Berg karianne.berg@nord.no eller Tora Huus Edvardsen tora-he94@hotmail.com eller telefon: 93086866
- Personvernombud Nord universitet: Toril Kringen personvernombud@nord.no eller Telefon 74 02 27 50
- NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Tora Huus Edvardsen

Karianne Berg

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet afasi: økt livskvalitet gjennom grupperehabilitering, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et intervju


Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15.mai 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)


8.3 Afasivennlig samtykkeskjema

Vil du ta del i et forskningsprosjekt?



Hva forsker vi på?

	<p>Prosjektet heter:</p> <p>Hvordan kan grupperehabilitering bidra til et godt liv for afasirammede?</p> <p>Vi skal lære mer om hva afasi egentlig er.</p> <p>Dette kan vise oss hvordan vi kan bruke grupperehabilitering for å øke livskvaliteten hos personer med afasi.</p>
--	---


Hvorfor delta?

	<p>Personer som selv har afasi vet best hva afasi er og hvordan det er å leve med det.</p> <p>Vi håper at 2-10 personer som har afasi skal være med i prosjektet.</p>
---	--


Hva må du gjøre?

	<p>Å delta i studien innebærer at du snakker med logopeden din om afasi med en observatør tilstede.</p> <p>I en liten gruppe sammen med andre med afasi.</p>
 	<p>Vi tar lyd-opptak av samtalene.</p> <p>Vi skriver (tar notater) underveis.</p> <p>Dette skal oppbevares på trygge steder.</p>

Hvor lenge varer prosjektet?



	<p>Din deltakelse: Det varer maks. 1 time.</p> <p>Vi oppbevarer lydopptak/notater ut mai 2020.</p> <p>Vi skal skrive og fortelle om det dere forteller oss – i 2020 og kanskje også senere.</p>
---	--

Hvem gjennomfører dette prosjektet?


	<p>Prosjektet blir gjennomført av en logopedstudent fra Nord universitet (Bodø).</p>
---	--

Hva skjer med resultatene fra forskningen?

	<p>Person-opplysninger behandles konfidensielt. Bare prosjekt-gruppen har tilgang til lydopptakene.</p>
--	--

	Når vi bruker pc , har den passord og er sikker.
	Alle lyd-opptak slettes i år (2020).
	<p>Alle opplysninger blir anonymisert.</p> <p>Navnet ditt står ikke noe sted.</p>
	
<p>Studien er meldt til NSD, norsk senter for forskningsdata.</p>	

Fritt valg

<p>Du bestemmer!</p>	<p>Det er frivillig å delta i prosjektet.</p>
	<p>Hvis du ombestemmer deg, kan du trekke deg. Du behøver ikke forklare hvorfor.</p>
<p>Spørsmål?</p>	<p>Vi svarer på det du lurer på, nå og senere.</p> <p>Observatør, navn: Tora Huus Edvardsen</p> <p>Observatør, telefon-nummer: 93086866</p>

Samtykke og underskrift

	<p>Jeg har fått informasjon om studien <input type="checkbox"/></p> <p>Jeg er villig til å delta i studien <input type="checkbox"/></p> <p>Jeg har fått kopi av disse arkene <input type="checkbox"/></p>
<p>Dato, sted: _____</p> <p>Signatur: _____</p> <p>Intervjuer eller vitne: _____</p>	

8.4 Intervjuguide

Intervjuguide

1. Hvor lenge har du jobbet som logoped?
 - Har du hele tiden jobbet med gruppetimer?
 - Kan du si noe om bakgrunnen for at du har valgt å bruke gruppetimer?
 - Ca hvor mange gruppetimer har du pr. uke?
 - Ca hvor mange deltakere i hver gruppe pleier du å ha?
2. Hva er dine tanker rundt grupperehabilitering?
3. Beskriv hvordan du planlegger gruppetimer med personer med afasi?
4. Kan du snakke litt om hva som er formålet med de ulike gruppene? Noe som alltid er med, noe som bestemmes mer spesifikt?
 - Har du ulike formål med ulike grupper klienter? Eventuelt hvorfor?
 - Hvordan kommer dere fram til disse målene?
 - Hvordan samler du sammen de ulike gruppene? Felles interesser? Alder?
 - Hvordan planlegger du gruppetimene over tid? Hva er dine mål på sikt?
5. Hva er dine tanker rundt å jobbe med livskvalitet i gruppetimer?
 - Hvordan vil du definere begrepet livskvalitet?
 - Hva tenker du kan være logopedens rolle her?
 - Hva kan være fordeler eller ulemper med å jobbe med livskvalitet i gruppetimer?
 - Hva er dine tanker rundt holdninger eller egenskaper knyttet til bedre livskvalitet?
6. Hvordan vil du sammenligne gruppetimer og individuelle timer?
 - Hva er fordeler og utfordringer knyttet til hver av dem?
7. Er det noe mer du vil tilføre som vi ikke har vært innpå?
 - Hvordan syns du intervjuet har vært?
8. Kan jeg kontakte deg hvis noe er uklart i intervjuet når jeg skal transkribere?