



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgave

Kandidatnr: 365

Leveringsfrist: 18.02.10 kl 14.00 Studenttorget

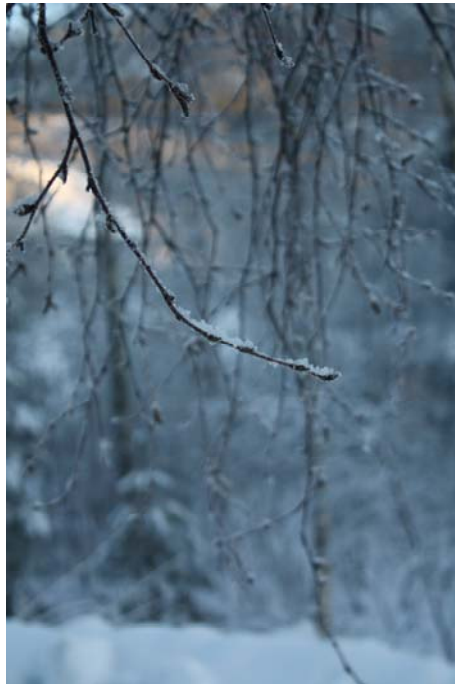
Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Helga Hauge

Antall ord: 7587

Når Språket Svikter



(Kvamme, 2009)

Hvordan kan sykepleier legge til rette for at hjerneslag pasienter med afasi får god livskvalitet på sykehjem?

Bacheloroppgave i sykepleie



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Avdeling Stord

Kull 2007

Antall ord: 7587

Innlevert 18.02.10

Sammendrag

”Når språket svikter”

Hensikten med denne oppgaven kommer frem i problemstillingen som er: Hvordan kan sykepleier legge til rette for at hjerneslag pasienter med afasi får god livskvalitet på sykehjem? Jeg har valgt temaet hjerneslag og afasi fordi det hvert år er 16000 personer som rammes av dette og mange av disse trenger hjelp til daglige gjøremål og må på sykehjem som følge av dette (Gjengedal & Hanestad, 2007). Denne oppgaven er en litteraturstudie, der en søker fram litteratur i form av forskning og teori, og dermed prøver å finne en sammenligning og et resultat ut i fra dette.

Resultatene og funnene viser at svekket språk i tillegg til manglende kontroll på eget liv påvirker livskvaliteten til afasirammede i negativ retning. For å bedre livskvaliteten må det oppnås en forståelse mellom pasient og sykepleier ved hjelp av god kommunikasjon med humor, åpenhet, god tid og en rolig atmosfære. I forhold til afasirammede er dette spesielt viktig, siden de har vanskeligheter med språket. Samtidig er familien en god ressurs for å hjelpe pasienten til å få god livskvalitet.

Summary

”When the speech fails”

The purpose with this task is shown through my issue. How can the nurse arrange for good quality of life for patients with stroke and aphasia on a nursing home? I have chosen stroke and aphasia as a team because it affects 16000 people each year, and a lot of these people need to go to a nursing home to get help in daily living as a result of the stroke (Gjengedal & Hanestad, 2007). This task is a literature study, where literature is searched to find research and theory and then compared to find a result.

The results show that speech weakness as well as lacking self control over life was a reason for weaker quality of life. To increase the quality of life, understanding between patient and nurse as well as good communication with humor, open-mind, good time and a calm atmosphere needed to be there. This is especially important to patients with aphasia because they have a speech difficulty. The family was also a good resource to help the patient increase their quality of life.

Afatikernes sukk

I symøtet, familiesammenkomsten

og ellers:

Hvorfor har dere det så travelt?

**Nå fant jeg ordet jeg skulle bruke,
men nå snakker dere jo om noe annet,
det var det - kanskje jeg ikke gidder å
prøve neste gang.**

Hvorfor lurer dere på hvorfor jeg blir så

Stille?

(Aud Etterlid, sitert i Corneliussen et al, 2006 s. 76)

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Introduksjon	1
1.2 Presentasjon av tema og problemstilling.....	1
1.2.1 Tema.....	1
1.2.2 Problemstilling	1
1.3 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	1
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling	2
1.5 Teoretisk perspektiv	2
1.6 Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen	3
1.6.1 Hjerneslag.....	3
1.6.2 Afasi	3
1.6.3 Livskvalitet.....	3
2.0 Teoretisk tilnærming	4
2.1 Hva er hjerneslag?.....	4
2.1.1 Afasi	4
2.2 Livskvalitet.....	4
2.2.1 Samarbeid mellom pasient, familie og helsepersonell	5
2.3 Kommunisere med afasipasienter	6
2.3.1 Gode virkemidler i kommunikasjon.....	6
2.4 Joyce Travelbee.....	8
3.0 Metode.....	10
3.1 Hva er metode	10
3.2 Valgt metode	10
3.3 Litteratursøk	10
3.4 Kildekritikk	11
4.0 Resultat.....	13
5.0 Drøfting	16
5.1 Samarbeid med afasipasienten på sykehjem	16
5.2 Ferrans og Powers definisjon av livskvalitet.....	16
5.3 Kartlegging av livskvalitet	17
5.4 Travelbee sin teori sett i forhold til afasipasienten	18
5.5 Tiltak og virkemidler til god kommunikasjon.....	20
6.0 Konklusjon	22
7.0 Litteraturliste	23

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Hjerneslag rammer hvert år ca 16 000 personer i Norge og anslagsvis 2/3 av disse overlever. Realiteten er at ca 50-60 000 lever med hjerneslag og alle utfordringene dette følger med hverdagen til disse personene. De fleste som blir rammet er eldre over 60 år, og mange må på sykehjem som følge av funksjonsnedsettelse. Mange som rammes av venstresidig hjerneslag får afasi som betyr en skade på språksenteret (Gjengedal & Hanestad, 2007). Personen kan gjerne forstå hva som blir sagt, men kan ha problemer med å få ut ord og setninger rett. Dette sitatet hentet fra Corneliussen et al (2006) sier noe om hvordan en person kan oppleve det å leve med afasi:

Det aller verste var at jeg ikke kunne snakke. Jeg skjønnte alt de sa, men kunne ikke svare. Jeg husket ikke engang hva barna mine het. Det var grusomt, rett og slett, alt var et eneste kaos (Corneliussen et al, 2006, s. 13).

Mange eldre blir rammet av hjerneslag, og kommer ofte inn på et sykehjem for å få rehabilitering der. Som sykepleier er det en stor oppgave å hjelpe de videre og legge til rette for at de kan få god livskvalitet.

1.2 Presentasjon av tema og problemstilling

1.2.1 Tema

Hjerneslag, med fokus på afasi og opprettholdelse av livskvalitet.

1.2.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier legge til rette for at hjerneslag pasienter med afasi får god livskvalitet på sykehjem?

1.3 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Jeg har nå i to år arbeidet på en sykehjemsavdeling og har også vært i praksis på sykehjem der jeg har sett pasienter som har vært rammet av hjerneslag. Jeg har sett at livet til disse pasientene blir snudd på hodet og en ny hverdag viser seg, med alle utfordringene som medfølger hjerneslaget. Jeg valgte hjerneslag som tema fordi jeg mener det er viktig at disse pasientene får en god oppfølging på en sykehjemsavdeling i kontakt med sykepleiere og andre pleiere på avdelingen, men også med pårørende som en ressurs.

Jeg ønsker spesielt å ha fokus på afasi som følge av hjerneslaget. Disse pasientene har problemer med å få fram det de vil si fordi ordene stikker seg i munnen (Karoliussen & Smebye, 2000). Ofte kommer det uforståelige setninger i et kaos av ord som kan være en frustrasjon både for pasienten og lytteren. Selv har jeg sett at livskvaliteten til disse pasientene kan bli svekket av en slik forandring i situasjonen og dette er noe jeg synes er viktig å få fram.

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg har valgt å fokusere på eldre og begrense meg til dette i denne oppgaven fordi gjennomsnittsalderen for å bli rammet av hjerneslag i Norge i dag ligger på 75 år. Ofte har eldre pasienter funksjonsnedsettelse i form av syn og hørsel (Karoliussen & Smebye, 2000). I forhold til denne oppgaven forutsetter jeg at syn og hørsel fungerer og at pasienten ikke har noen begrensninger i forhold til dette. Det finnes flere former av afasi, men i denne oppgaven vil jeg fokusere på den motoriske afasien som betyr at personen vet hva han/hun vil si, men at det ikke kommer frem på den måten han/hun vil. Det er altså språkproduksjonen som er rammet (Karoliussen & Smebye, 2000). Jeg vil fokusere på den motoriske afasien fordi jeg har sett hvor frustrerende det kan være og ikke klare å gjøre seg forstått, men likevel forstå alt som blir sagt.

Jeg har valgt å bruke ordene ”legge til rette for god livskvalitet” i problemstillingen. Med dette mener jeg at pasienten får muligheten til å oppnå god livskvalitet ut i fra hva de ønsker, siden livskvalitet er subjektivt, og det er pasientens opplevelse av situasjonen som er viktig. Jeg vil skrive om hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten til å gjøre seg forstått.

På sykehjem er det tverrfaglige samarbeidet med for eksempel logoped en stor del av opptreningen av språket etter et hjerneslag. I denne oppgaven vil jeg imidlertid ikke fokusere på det tverrfaglige samarbeidet, men derimot hvilken del familien kan spille en rolle i pasientens livskvalitet. Jeg vil se på hvordan sykepleieren og familien kan være en ressurs for pasienten for å bedre livskvaliteten.

1.5 Teoretisk perspektiv

Joyce Travelbee forklarer sykepleie som en mellommenneskelig prosess fordi det alltid handler om mennesker. Kommunikasjon er i følge Travelbee utveksling av meninger og er en gjensidig prosess mellom to mennesker. Videre snakker hun om et menneske- til- menneske- forhold som hun forklarer som opplevelser og erfaringer to mennesker, gjerne pasient og sykepleier utveksler med hverandre. Hun er opptatt av at behov skal bli ivaretatt gjennom dette menneske- til- menneske- forholdet og at det kan gjøres ved hjelp av kommunikasjon (Travelbee, 1972/1999).

1.6 Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen

1.6.1 Hjerneslag

”En plutselig oppstått fokal¹ eller global² forstyrrelse av cerebrale funksjoner med vaskulær årsak” (Karoliussen & Smebye 2000, s. 479).

1.6.2 Afasi

Afasi betyr språkforstyrrelse på grunn av sykdom eller skade i hjernen (Karoliussen & Smebye, 2000).

1.6.3 Livskvalitet

”Livskvalitet er å ha det- godt å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv. Gode følelser forstås som glede, engasjement og kjærlighet. Positive vurderinger forstås som tilfredshet, selvrespekt og opplevelse av mening.” (Gjengedal & Hanestad 2007, s. 31).

Ferrans og Powers definisjon som er sentral i oppgaven:

”En persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktig for en” (Rustøen, 2001, s. 22).

¹ Fokal: Lokal avgrenset

² Global: Omfattende

2.0 Teoretisk tilnærming

2.1 Hva er hjerneslag?

Hjerneslag rammer ca 16000 personer i Norge hvert år (Gjengedal & Hanestad, 2007). Ved hjerneslag mister hjernen en del eller hele blodforsyningen til et område, og får dermed redusert tilførsel av oksygen og glukose som er viktig for at hjernen og kroppen skal fungere normalt. Ved sirkulasjonssvikt vil cellene skades eller dø, og dersom funksjonssvikten varer mer enn 24 timer kalles det et hjerneslag. Årsakene til hjerneslag er enten trombose, emboli eller en blødning i en blodåre som forsyner hjernen. Videre kan det som har forårsaket dette være disponerende faktorer som aterosklerose, hypertensjon og diabetes osv (Almás, 2001).

2.1.1 Afasi

Afasi betyr at det forekommer en språkforstyrrelse som følge av en skade på hjernen. Dette kan skyldes flere tilstander, men skjer oftest etter et hjerneslag. Afasi kommer av skade i den venstre hjernehalvdel, der språksenteret ligger (Karoliussen og Smebye, 2000). Det å bli rammet av afasi medfører en stor funksjonssvikt, fordi språket er vårt viktigste redskap til kommunikasjon. Dermed kan pasienten blant annet miste nettverket rundt seg (Corneliussen et al, 2006).

Det finnes flere typer av afasi, og ikke alle medfører problemer på samme måte. Motorisk afasi betyr at språkproduksjonen er rammet, og dermed har pasienten problemer med å formulere setninger med sammenheng. Pasienten kan ha god forståelse av hva andre sier, og også ha innsikt i egen språkfeil. Videre er det den sensoriske afasien som betyr at han/hun har problemer med språkforståelsen. Dette visere i form av at pasienten ikke kan svare på enkle spørsmål, fordi han/hun ikke forstår spørsmålet. De kan høre ordene, men likevel ikke få en sammenheng i hva ordene sier. Deretter kommer den globale afasien som er en blanding av de to overstående afasigruppene der både språkforståelsen og språkproduksjonen er rammet (Karoliussen & Smebye, 2000).

2.2 Livskvalitet

Livskvalitet er definert på mange ulike måter, dette er fordi at ulike faggrupper definerer livskvalitet på ulike måter i forhold til sitt felt (Rustøen, 2001). Likevel er det enighet om at livskvalitet omhandler en persons opplevelse av å ha det godt eller dårlig. Ferrans' og Powers' definerer livskvalitet slik: "en persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i

livet som er viktig for en” referert i (Rustøen, 2001, s. 22). Videre er denne definisjonen delt inn i fire undergrupper. Disse er 1) helse og fysisk fungering der fungering er det som er mest sentralt i forhold til hjerneslag. En trussel mot livskvaliteten er når pasienten får nedsatt fungering for eksempel i form av afasi. Dette er et hinder i dagliglivet, og påvirker pasientens evne til å kommunisere. 2) Psykologisk og åndelig område er viktige underpunkter som tilfredshet og kontroll med livet deler som er viktig å fokusere på. Noe som kan hjelpe med å styrke disse forholdene er følelsesmessig støtte og oppmuntring, men samtidig la pasienten komme med sine synspunkter og tanker. 3) Sosioøkonomisk område der ikke bare økonomi sentralt, men også det sosiale nettverket til pasienten, som han/hun lettere kan miste etter et hjerneslag. Det er individuelt hvor viktig dette nettverket er for pasienten, men slik som Rustøen (2001) skriver er et sosialt nettverk viktig for mange. 4) Familieområde er en viktig del for mange pasienter og omhandler ektefelle og barn, som også er viktige ressurser for å bedre livskvaliteten etter en forandring i livet. Det å ha noen i ryggen som støtter i en slik situasjon kan være god hjelp på å forbedre livskvaliteten (Rustøen, 2001).

2.2.1 Samarbeid mellom pasient, familie og helsepersonell

Det kan være vanskelig å finne ut om livskvaliteten til en pasient med afasi er god eller dårlig. Som Rustøen (2001) skriver er det å lytte til pasientens erfaringer og opplevelse av situasjonen og dermed fokusere på ressurser og verdier som er bra, viktig for å komme seg videre. En pasient med motorisk afasi, der språkproduksjonen er problemet (Karoliussen et al, 2000), vil ikke kunne dele sine erfaringer og opplevelser på grunn av svekket eller manglende språk. Dermed må det brukes andre hjelpemidler for å kartlegge pasientens livskvalitet enn verbal kommunikasjon.

Hjelpemidler som for eksempel spørreskjema til bruk for avdelingen kan da brukes for å kartlegge hvordan personen har det (Rustøen, 2001). Dersom pasienten har motorisk afasi, kan pasienten være i stand til å svare på et spørreskjema der han/hun kan krysse ut svaret som passer, og trenger dermed ikke å svare verbalt på spørsmålene. Samtidig er familien en god ressurs for helsepersonell i forhold til at de kjenner pasienten godt og vet dermed hva som er utfordringene for han/hun i sin situasjon. Her brukes kommunikasjon aktivt i forhold til både pasient og familie for å kartlegge pasientens livskvalitet (Rustøen, 2001).

2.3 Kommunisere med afasipasienter

Kommunikasjon er en samhandling mellom to personer der en utveksler meningsfylte tegn til hverandre (Eide & Eide, 2000). For alle som ikke har en form for svikt i språket går det lett å kommunisere med andre. Vi har tilegnet oss språket gjennom å høre på andre samtale helt fra vi var små, og tenker ikke på hvorfor vi formulerer setninger slik vi gjør og på hvordan vi snakker, det kalles derfor ubevisst kunnskap. For oss kommer dette automatisk fordi vi har lært oss det i løpet av livet. Dersom vi da plutselig mister en del av dette er det lett å tenke seg at vi ville ha følt at vi hadde mistet en stor del av oss (Corneliussen et al, 2006).

For en med motorisk afasi kan det være vanskelig å finne ord til å forme en setning (Karoliussen & Smebye, 2000), og dermed kan det også bli vanskelig å føre en samtale for dem. Derfor vil jeg se på virkemidler som kan være gode å bruke i kommunikasjon med en afasirammet.

2.3.1 Gode virkemidler i kommunikasjon

I denne delen vil jeg komme inn på 9 viktige poeng som illustrerer hvordan kommunikasjon med afasirammede kan gjennomføres på en god måte.

For å oppnå en god samtale er sentrale ord trygghet, tillit og respekt. Gjennom åpenhet og god tid til samtalen kan dette oppnås. 1) Det er viktig at sykepleieren som snakker med pasienten er *åpen*, og sier ifra dersom han/hun ikke forstår, og at de kan begynne på et nytt tema i samtalen. I begynnelsen av samtalen kan det være lurt å bli enige om at det er lov å si ifra dersom det er noe som er uforståelig, uansett om sykepleieren kjenner pasienten godt eller ikke. På denne måten settes grunnlaget for samtalen. Utfordringen kan være å unngå misforståelser og irritasjon, siden dette ofte forekommer når pasienten med afasi ikke klarer å uttrykke det han/hun ønsker. 2) I en samtale er det ikke nødvendig å *rette opp i feil* og misforståelser med mindre det er viktig å rette opp i. Det som er viktig er å kunne kommunisere slik at begge parter har utbytte av det (Corneliussen et al, 2006).

3) I tillegg til åpenhet er også *god tid* et sentralt ord i denne sammenhengen. Det gjelder ikke bare å ha god tid i form av minutter, men også tid i samtalen til både pauser og til svar. En afasirammet må få tid til å svare eller å respondere på spørsmål eller tiltale. En grunn til dette er at en med afasi må på "ordleting" for å finne de rette ordene og dette tar lengre tid enn med personer uten afasi. De bruker også lengre tid og reagere på tiltale eller spørsmål, fordi de først må forstå hva som blir sagt, og deretter finne de rette ordene og gi en tilbakemelding. 4) Noe som også kan hjelpe for å få til en god samtale er å *virke interessert og*

lytte aktivt. På denne måten kan pasienten også bli mer engasjert og åpne seg mer (Corneliussen et al, 2006).

I kommunikasjon med en afasirammet er enkle tiltak en god begynnelse. 5) Det kan være lettere for en afatiker å delta i samtaler med *få personer*, fordi da trenger ikke han/hun å anstrenge seg så mye, og samtidig er det lettere å følge med på hva som blir sagt og dermed respondere på det. I en samtale er de sentrale delene budskap, svar og tilbakemelding. Med disse tre delene av en samtale kan vi klare å kommunisere med hverandre og fremme egne synspunkter eller gi tilbakemelding på andre sine. Kommunikasjon gjør at sykepleieren kan opprette ett tillitsforhold til pasienten. Dette er et godt utgangspunkt for å kunne legge til rette for god livskvalitet. Det som blir viktig i kommunikasjonen når det gjelder sykepleier og pasient blir å skape en god kontakt. Med kommunikasjon kan sykepleieren øke helsen og velværen til pasienten og dette er også formålet til sykepleieren (Corneliussen et al, 2006).

6) Det kan være et godt tips å fjerne *støyende elementer* som tv eller radio, slik at oppmerksomheten rettes mot samtalen. 7) Samtidig må det fokuseres på å kommunisere og ikke *undervise*. Pasienten skal ikke føle at han/hun bli undervist i tale, men derimot skal kommunikasjonen støtte opp god forståelse og kontakt.

8) *Humor* er et virkemiddel som kan gjøre at stemningen blir mer avslappet, samtidig som det kan bidra til å åpne opp og til å få en bedre kontakt i kommunikasjonen. Dersom vi bruker humor i kommunikasjon mellom pasient- helsepersonell kan dette være med på å styrke forholdet mellom dem. Humor kan derimot krenke personer eller gjøre at de kan føle seg utilpass. Så for å kunne bruke humor som et godt virkemiddel i kommunikasjonen og på rett måte må en se situasjonen an og dessuten kjenne personen godt for å vite hva han/hun tåler (Eide & Eide, 2000).

For å kunne bruke disse virkemidlene for å oppnå god kommunikasjon må en ha en måte og kommunisere på. Pasienter med motorisk afasi har problemer med å produsere ord og dermed er det vanskelig å forme en god samtale i verbal form (Karoliussen & Smebye, 2000).

9) Dermed må en også bruke *kroppsspråket*, altså det non- verbale som er en stor del av kommunikasjonen og brukes i like stor grad som det verbale. Non – verbal kommunikasjon omhandler bevegelser, berøring, ansiktsuttrykk og øyekontakt (Corneliussen et al, 2006). I sykepleie er kroppsspråket viktig for å vise pasienten trygghet og interesse for hva han/hun sier eller uttrykker til sykepleieren, og samtidig må sykepleieren være bevisst på sitt kroppsspråk og hvordan han/hun uttrykker seg (Eide & Eide, 2000). Når pasienten har motorisk afasi er det stor mulighet for at han/hun forstår godt hva som blir sagt, og dermed må sykepleieren bruke dette som en god ressurs (Karoliussen & Smebye, 2000). Sykepleieren

kan lære pasienten til å bruke tegn med hender og fingre slik at det blir lettere å forstå hverandre og føre god kommunikasjon (Corneliussen et al, 2006). Sammen med tegnbruk av hender og fingre kan hjelpemiddel som et ark med bokstaver på hjelpe pasienten på den måten at han/hun kan peke ut bokstaver i et ord. En bok med bilder av aktiviteter, matretter, klær, blad og daglige apparater som brukes kan sykepleieren lettere forstå hva pasienten mener og i tillegg kan pasienten få mer kontroll og bli forstått lettere. Den kan også brukes til å finne et samtaleemne å kommunisere om (Corneliussen et al, 2006).

2.4 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess, fordi sykepleie alltid handler om mennesker. Hun fokuserer også på at sykepleier og pasient har et menneske-til- menneske- forhold til hverandre. Dette sier noe om de opplevelser og erfaringer sykepleier og pasient deler med hverandre. Gjennom all interaksjon mellom pasient og sykepleier blir de bedre kjent med hverandre, og kan dermed etablere dette forholdet til hverandre (Travelbee, 1972/ 1999).

Travelbee mener at sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk noe som vil si at hun/han må bruke egen personlighet, fornuft og kompetanse i ulike situasjoner i sitt arbeid som sykepleier for å oppnå et forhold til pasienten. Videre vil sykepleieren oppnå sine mål og hensikter dersom hun vet hvordan hun skal oppfylle pasienten sine behov ved å planlegge, tilrettelegge og lede pasienten til å få det bedre. I følge Travelbee nås menneske- til- menneske- forholdet etter at fem faser er gjennomgått og disse er: (Travelbee, 1972/ 1999).

Den første fasen er *det innledende møtet*. Dette er det første møtet mellom pasient og sykepleier, og begge parter får et inntrykk av hverandre og gjør seg opp en mening om den andre.

Framvekst av identiteter er den andre fasen og bygges på at personene begynner å bli kjent med hverandre og betrakter hverandre som individer.

Deretter kommer *empatifasen* som det tredje steget eller fasen. Denne karakteriserer empati, som vil si at sykepleieren har evne til å sette seg inn i en annens situasjon, og dermed få en kontakt med for eksempel pasienten, og kanskje forstå hva han/hun gjennomgår. Empati og

tillit henger sammen ved at tillit er nødvendig når vi skal vise empati, fordi en må bruke kunnskapen en har fått om personen slik at tilliten ikke blir brutt.

Den fjerde fasen er *sympati og medfølelse* og forklares ut i fra at sykepleieren føler med pasienten i situasjonen han/hun er i, og vil dermed også hjelpe pasienten. Sympati og medfølelse kan være en forsterkende faktor i forholdet mellom pasient og sykepleier.

Den femte og siste fasen inneholder *gjensidig forståelse og kontakt*. Dette er hva som oppnås etter å ha gjennomgått de fire forrige fasene. Det er en gjensidig kontakt mellom sykepleier og pasient og de erfaringer og opplevelser de deler sammen. De to ulike individer, men de deler likevel erfaringer.

Travelbee bruker kommunikasjon som et viktig redskap i sykepleien. Kommunikasjon kan ha en innvirkning på den mellommenneskelige nærheten ved både å kunne trekke mennesker nærmere en selv, men samtidig kan kommunikasjon støte andre bort fra en selv.

Kommunikasjon er i følge Travelbee en gjensidig prosess og en utveksling av meninger som også kan brukes til å gi hjelp til andre. Kommunikasjon brukes for å komme gjennom de fem fasene, og til slutt oppnå gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1972/1999).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

En metode bruker vi som et redskap for finne den informasjonen vi trenger for å søke kunnskap eller å etterprøve påstander. Det vil med andre ord si å samle data eller informasjon for å komme fram til en konklusjon (Dalland, 2007).

Vilhelm Aubert formulerer metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2007s. 81).

3.2 Valgt metode

I denne oppgaven skal jeg skrive en litteraturstudie. En litteraturstudie er i følge Forsberg og Wengström (2008) en studie der en bruker litteratur innenfor et valgt område og gransker og sammenligner denne. En skal også bruke forskning på det aktuelle området og bruke dette til å finne en sammenheng eller et resultat i litteraturstudien.

Kvalitative studier bygger på opplevelser til deltagerne, mens kvantitative studier bygger på at resultatet skal være statistisk målbart (Forsberg & Wengström, 2008). I denne oppgaven vil jeg bruke både kvalitativ og kvantitativ forskning. Dette er fordi jeg både vil ha målbare svar, men også opplevelser i form av kvalitet.

3.3 Litteratursøk

Jeg vil begrense søket med å finne litteratur som ikke er eldre enn 10 år, noe som vil si at de ikke må være eldre enn år 2000. Dette gjør jeg for å få den nyeste forskningen og dermed få et oppdatert svar på problemstillingen min.

Det jeg har lagt vekt på når jeg har søkt på litteratur er å bruke sentrale ord i problemstillingen. Jeg startet datasamlingen med å søke i BIBSYS både på skolen sitt bibliotek, men også andre bibliotek på aktuell litteratur. Jeg har brukt søkeordene "afasi", "hjerneslag" og "livskvalitet", men også sammensetninger av disse. Ut i fra dette fant jeg bøker som kunne være aktuelle for min problemstilling. For å finne ut hvilke bøker jeg ville bruke så jeg først på tittelen på boken, og dersom denne var relevant i forhold til problemstillingen min så jeg også i innholdslisten for å se nærmere om det var data jeg leitet etter der. Jeg har også brukt aktuell pensumlitteratur.

Jeg søkte på artikler i forskjellige artikkelbaser, og tok som utgangspunkt at de skulle være vitenskapelige. Jeg søkte i databasene SveMed+, ProQuest og vård i norden. For å finne artikler som kunne være relevante i forhold til min problemstilling brukte jeg både norske og engelske søkeord. Dette gjorde jeg for å utvide søket mitt, og også finne andre enn norske vitenskapelige artikler. Da jeg søkte på norsk brukte jeg søkeordene "livskvalitet afasi", "afasi" og "hjerneslag". Da jeg søkte internasjonalt søkte jeg på ordene "aphasia", "quality of life" og "communication". I tillegg brukte jeg forskjellige sammensetninger av disse ordene. Jeg fant flere relevante artikler i forhold til min problemstilling og valgte å se nærmere på de som passet min problemstilling best. Først så jeg kun på overskriften, og deretter leste jeg sammendraget og valgte ut relevante artikler ut i fra denne. Etter hvert som jeg leste artiklene så jeg på om artiklene sto i forhold til den pasientgruppen jeg skriver til. Dermed kunne jeg velge ut de artiklene jeg ville fokusere på og ekskludere de som ikke passet inn forhold til min problemstilling. Etter hvert måtte jeg ekskludere flere artikler fordi de ikke passet min problemstilling.

I tillegg søkte jeg i forskjellige sykepleiertidsskrifter (Nursing Inquiry) på BIBSYS for å se om det var artikler som kunne være aktuelle der, fordi det var vanskelig å få tak i artikler i fulltext på databasene jeg søkte på. Dermed fant jeg en aktuell artikkel på Nursing Inquiry i forhold til kommunikasjon med afasipasienter. Jeg har i tillegg tatt med en artikkel som jeg måtte bestille fra et annet bibliotek fordi de ikke hadde den i Norge, og som ikke var i fulltext da jeg mottok den. Denne er fra Top Stroke Rehabil og fra 2006. Siden denne artikkelen var vanskelig å få tak i i fulltext brukte jeg likevel denne fordi den var relevant til min problemstilling.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere om vi kan stole på kildene eller ikke. Hensikten er at også leseren skal få et innblikk i om kildene er pålitelige, slik at de kan stole mer på litteraturstudien (Dalland, 2007).

Jeg har brukt både pensumlitteratur og annen litteratur som jeg har funnet ved å søke på sentrale begreper i problemstillingen. Noen av bøkene jeg har brukt er primærlitteratur, noe som vil si at det er forfatteren selv som presenterer sin forskning eller sin teori. Jeg har også brukt sekundærlitteratur, noe som vil si at forfatteren har tolket andres studier eller modeller (Dalland, 2007). Pensumlitteratur er ofte sekundærlitteratur, men likevel har jeg brukt noe av pensumbøkene fordi det kan forventes å være av en viss kvalitet. Jeg har brukt Joyce

Travelbee sin sykepleieteori og har på denne brukt primærlitteratur. Dette har jeg gjort fordi jeg ville bruke teorien slik den originalt er skrevet. Travelbee sin bok er fra 1972, men jeg valgte likevel å bruke denne fordi den er aktuell i forhold til min problemstilling og hennes syn på sykepleie er like aktuelt i dag.

For å finne god og aktuell litteratur om livskvalitet har jeg brukt boken "Håp og livskvalitet" av Tone Rustøen (2001) fordi denne påpeker viktige element i begrepet livskvalitet og fokuserer spesielt på eldre i noen deler av boken. Jeg har også valgt å bruke en bok som belyser mitt tema om afasi og kommunikasjon. Corneliussen et al (2006) kommer med gode råd i forhold til afasipasienter og kommunikasjon og derfor ser jeg på denne boken som meget aktuell i forhold til min problemstilling.

I forhold til artiklene jeg har valgt har jeg vurdert de til å være gode for min problemstilling. Jeg har brukt de fordi de setter lys på forskjellige deler av problemstillingen min, men samtidig fokuserer de også på mye det samme og de kommer fram til mange like resultat og funn.

4.0 Resultat

Jeg har valgt tre artikler ut i fra søkene. Samtlige artikler har til felles at de alle handler om hjerneslag og afasi. Det er to kvalitative studier og en meta-studie som innbefatter både kvantitative og kvalitative studier. Den første kvalitative studien jeg har valgt er en studie om kommunikasjon og hvordan sykepleiere og afasirammede pasienter kan kommunisere godt for å oppnå forståelse og kontakt ved hjelp av ulike virkemidler. Her er det valgt ut tre menn på en rehabiliteringsavdeling (Sundin, Jansson & Norberg, 2002). Den andre artikkelen jeg har valgt er også en kvalitativ studie, men denne tar utgangspunkt i hva som forårsaker god og dårlig livskvalitet for en person med afasi etter hjerneslag. Dette er en studie som er en del av et større prosjekt, og som i denne artikkelen derfor bare tar for seg fire kvinner med afasi (Cruice, Worrall & Hickson, 2006). Den siste studien jeg har valgt å ta med er en meta-studie, og denne har tatt utgangspunkt i 68 studier om livskvalitet til hjerneslag overlevende og sammenlignet disse. 39 av disse fokuserer på overlevende av hjerneslag og deres livskvalitet, og det er disse jeg vil trekke ut resultatene av (Bays, 2001).

1) Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: A phenomenological hermeneutic inquiry (Sundin, Jansson & Norberg, 2002).

Dette er en kvalitativ studie. Det ble gjort videoopptak av samtaler om bilder mellom pasient og sykepleier. Intervju med sykepleier i etterkant ble tatt opp på lydbånd. Resultatene viste at viktige virkemidler for forståelse og kontakt var: humor, tilstedeværelse i situasjonen, kroppsspråk for å bekrefte pasienten, åpenhet, ærlighet, tid og ro. Dette skapte en rolig atmosfære, og samtidig tillitt mellom sykepleier og pasient.

2) Perspectives of quality of life by people with aphasia and their family: Suggestions for successful living (Cruice, Worrall & Hickson, 2006).

Denne kvalitative studien er en del av et større prosjekt som handler om det er en link mellom kommunikasjon og livskvalitet uansett om de har afasi eller ikke. I denne artikkelen er det kun tatt for seg fire kvinnelige pasienter som alle har overlevd et hjerneslag og har fått afasi. Både den hjerneslagrammede og et nært familiemedlem deltok i hvert sitt intervju som innbefattet seks spørsmål om oppfatning av god eller dårlig livskvalitet. Resultatene viser at livskvaliteten ble dårligere av språkproblemer, aktiviteter personen ikke lengre kunne gjøre,

og mindre kontroll over eget liv. Derimot var det viktig med nær familie rundt seg for bedre livskvalitet.

3) Quality of life of stroke survivors: a research synthesis (Bays, 2001).

Denne studien er en sammensetning av mange andre studier, der både kvalitative og kvantitative studier er inkludert. Metoden de har brukt er å sammenligne resultat fra 68 studier. 39 av disse fokuserte på livskvaliteten til hjerneslagrammede i rehabiliteringsprosessen. Resultatet i forhold til denne del undersøkelsen er at depresjon, kognitive vanskeligheter, og afasi påvirker livskvaliteten i negativ retning, mens funksjon på øvre kroppsdelen, sosial støtte, helsehjelp ressurser, god mental helse og deltagelse på aktiviteter påvirket den i positiv retning. Pasientene som ikke lengre kunne gjøre meningsfulle aktiviteter fordi de hadde fysiske svekkelser fikk dårligere livskvalitet. Samtidig ble livskvaliteten høyere av å bo på en slagenhet.

Tittel og publiseringsår, forfatter	Metode /Utvalg	Resultat
Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry (2002). Karin Sundin, Lilian Jansson, Astrid Norberg	Kvalitativ metode. Videoopptak av samtaler om bilder mellom pasient og sykepleier. Intervju med sykepleier i etterkant ble tatt opp på lydbånd. 5 sykepleiere, 3 mannlige pasienter. Alder: 62-80.	- Sykepleierne følte seg usikre når de ikke hadde kjennskap til pasienten sin historie. - Det var viktig å være tilstede i situasjonen for å oppnå best mulig kontakt og det ble lettere med en avslappet atmosfære. - Sykepleieren så på kroppsspråk som mimikk og stemmeleie som vesentlig for å bekrefte pasientens reaksjoner. - Humor var viktig for å oppmuntre og bidro til avslapning og en hjemmefølelse. - Åpenhet, ærlighet og oppriktighet skapte tillit mellom pasient og sykepleier. - Tid og ro var viktig for at pasienten skulle få fram det han ønsket. - Forståelsen mellom pasient og sykepleier ble forbedret når sykepleieren viste forståelse.
Perspectives of Quality of life by People with Aphasia and Their Family: Suggestions for Successful Living. (2006) Madeleine Cruice, Linda Worrall, Louise	Kvalitativ metode. Deltakerne ble intervjuet og enten tatt opp på lydbånd, eller det ble håndskrevet dersom de ikke ønsket dette.	Felles opplevelser av god og dårlig livskvalitet: - Kan ikke lengre gjøre aktiviteter de har gjort før, som å strikke, gå ut alene osv, gjorde livskvaliteten dårligere. - Problemer med språket gjorde at livskvaliteten ble dårligere. - Livskvaliteten ble bedre av å ha familie og nære rundt seg. - Livskvaliteten ble bedre når personen selv kunne ha kontroll over eget liv og aktiviteter.

Hickson	30 personer i Australia ble rekruttert, alle disse ble intervjuet. Deretter ble det valgt ut 4 kvinner til dette prosjektet fordi de illustrerer det å leve suksessfullt med afasi og hjerneslag. De ble intervjuet med seks spørsmål. Alder: pensjonert.	
Tittel og publiseringsår, forfatter	Metode/ Utvalg	Resultat
Quality of life of stroke survivors: a research synthesis. (2001). Cathy L. Bays	Kvalitativ og kvantitativ metode. 68 studier er sammenlignet i en meta-analyse. 39 av disse omhandlet hjerneslag overlevende. Alder: 54-76. Deltagere: fra 6-1417.	- Pasienter på en slagenhet hadde høyere eller sammenlignbar livskvalitet i forhold til ute i samfunnet. - Kjønnen på personene var ikke en faktor for forskjell på livskvalitet. - Funksjon på øvre kroppsdelen, sosial støtte, helsehjelp ressurser, god mental helse og deltagelse av aktiviteter gjorde livskvaliteten bedre. Negative effekter på livskvaliteten var depresjon, kognitive vanskeligheter, og afasi.

5.0 Drøfting

Problemstillingen jeg har valgt til denne oppgaven er ”Hvordan kan sykepleier legge til rette for at hjerneslag pasienter med afasi på sykehjem får god livskvalitet?”. I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte problemstillingen på bakgrunn av teorien i kapittel 2 (teori del) og de vitenskapelige artiklene i kapittel 4 (resultatdel).

5.1 Samarbeid med afasipasienten på sykehjem

Slik jeg ser det har pasienter med afasi som bor på sykehjem en stor fordel i forhold til å bedre livskvaliteten. Dette fordi at sykehjem gir en kontinuitet i pleien, fordi pasienten alltid har noen rundt seg og samtidig bor de der over tid. Sykepleierne får mulighet til å samarbeide godt med familie, noe som er en god ressurs for å bedre livskvaliteten til pasienten i følge Cruice et al (2006). Familien kan også være en god ressurs for sykepleieren siden familien kjenner pasienten godt og kan dermed gi gode tips og informasjon.

Slik som Bays (2001) har kommet fram til i sin meta- studie hadde pasienter på en slagenhet høyere livskvalitet i forhold til hjemmeboende. Sett i forhold til at pasienten har gode ressurser i form av familie og helsepersonell på sykehjemmet er dette et godt utgangspunkt i å oppfylle pasientens ønsker. Sett i forhold til disse aspektene kan dette samarbeidet mellom sykepleier, pasient og familie være med å bedre pasienten sin livskvalitet.

5.2 Ferrans og Powers definisjon av livskvalitet

Definisjonen til Ferrans og Powers går ut på at pasienten skal være tilfreds med livet i de områder som er viktig for en, og siden livskvalitet er subjektivt vil dette være forskjellig fra person til person (Rustøen, 2001) jamfør pkt 2.2. Slik jeg ser det går afasien inn på alle de fire punktene under definisjonen og samtidig er de knyttet til hverandre.

For mange er språket en viktig del av dagliglivet, og å få afasi er en stor forandring (Rustøen, 2001). Når det gjelder 1) fysisk fungering kan dette omhandle pasientens afasi, siden språket brukes til så mangt i dagliglivet. Afasien gjør at pasienten ikke kan uttrykke seg slik han/hun ønsker, og som følge av dette mener Bays (2001) at livskvaliteten kan bli svekket. Ser en dette i forhold til definisjonen til Ferrans og Powers (Rustøen, 2001) som er bygd på at pasienten skal føle seg tilfreds, er språket en sentral del av dagliglivet fordi språkproblemer kan føre til at livskvaliteten blir svekket. Ettersom pasienten ikke kan

uttrykke seg som før i form av verbal kommunikasjon kan dette også virke inn på andre områder i definisjonen.

Det 2) psykososiale og åndelige området er ett av disse. Pasienten kan ikke lenger uttrykke seg godt verbalt, og det kan bli vanskelig å være med i sosiale sammenhenger eller å uttrykke åndelige behov. Pasienten kan miste kontrollen som er viktig under dette punktet og dermed også få dårligere livskvalitet på grunn av manglende kontroll. For å kunne vise til dette henviser jeg til Cruice, Worrall og Hickson (2006) som har kommet fram til at kontroll over eget liv og aktiviteter var viktig for god livskvalitet.

Videre er neste punkt det 3) sosioøkonomiske. Som Rustøen (2001) skriver kan pasienten miste sitt sosiale nettverk etter et hjerneslag. For mange er dette nettverket viktig, og med afasi er det ikke lenger lett å holde kontakten med venner. Dette punktet kan også kobles til de to forrige punktene for om pasienten har fysisk dårlig fungering som afasi er det mulig at han/hun ikke lengre kan føre en verbal samtale like godt. I det daglige livet henger dette altså sammen med det sosiale for uten verbal kommunikasjon vil ikke pasienten kunne holde like godt kontakt med venner som før, både på grunn av manglende språk men også manglende kontroll over livet.

Siste punktet til Ferrans og Powers er 4) familien. I studien til Bays (2001) skriver hun at sosial støtte var med på å gjøre livskvaliteten bedre. Dette skriver også Cruice, Worrall og Hickson (2006) og påpeker at familien er viktig for å bedre livskvaliteten. Så familien er en viktig ressurs for mange pasienter, men livskvalitet er subjektivt, så dette er individuelt. Pasienten kan føle at støtte fra familien ikke er nok, og får ikke bedre livskvalitet av nær familie og god hjelp. Ser en dette aspektet i forhold til at livskvalitet er subjektivt kan pasienten få lov til å føle dette fordi det er pasientens egen opplevelse som er viktig.

Alle disse punktene henger sammen, i form av at de alle berører noe som er viktig for språket og dermed også for pasientens livskvalitet.

5.3 Kartlegging av livskvalitet

Livskvalitet er subjektivt og dermed forskjellig fra person til person. Det handler om pasientens opplevelser av situasjonen og om hva denne personen definerer som viktig (Rustøen, 2001). For å ivareta pasientens behov og gi han/hun en bedre livskvalitet vil jeg kartlegge pasientens livskvalitet slik den er etter hjerneslaget. I følge Rustøen i pkt 2.2.1 (2001) kan et spørreskjema brukes til å kartlegge pasienters livskvalitet. Et spørreskjema vil gjøre det lettere for afasi pasienten å ytre sine følelser ettersom han/hun har svekket språk. Derfor ser jeg det slik at pasienten kan ha godt utbytte av dette både for kartlegging, men også

for styrking av livskvaliteten (Karoliussen & Smebye, 2000). Gjennom et spørreskjema får pasienten muligheten til å uttrykke seg selv, uten at noen påvirker det. Det er den subjektive opplevelsen til pasienten som kommer frem og jeg ser det slik at han/hun kan få økt selvstendighet ved å bruke denne metoden fordi han/hun selv får fram hva som er viktig og ikke viktig. Samtidig kan dette være med på å legge grunnlaget for hva som er viktig for pasienten for å bygge opp livskvaliteten. Dersom jeg ser det i forhold til Cruice, Worrall og Hickson (2006) sin studie om livskvalitet og afasi viser denne at livskvaliteten ble bedre når pasienten selv kunne ha kontroll over eget liv. I denne sammenhengen har da pasienten selv kontroll over hva han/hun svarer uten at noen prøver å tolke eller påvirke hva pasienten prøver å uttrykke gjennom ord.

Ikke minst er pasienten i stand til å uttrykke seg gjennom et spørreskjema siden han/hun har motorisk afasi der kun språkproduksjonen er rammet, og dette gjør at pasienten kan uttrykke seg gjennom skriftspråket. Spørreskjema eller skriftspråket kan da ses på som et aktivt hjelpemiddel i kartleggingen av livskvalitet, men også brukes kontinuerlig i kommunikasjonen som et godt hjelpemiddel når pasienten har afasi.

Pasienten sin familie er også en god ressurs for å kartlegge livskvaliteten i følge Rustøen (2001). Familien kan komme med god informasjon om pasienten som han/hun ikke klarer å uttrykke selv, og blir dermed en ekstra ressurs. Dermed får sykepleieren et godt grunnlag til å forstå hva pasienten ser som viktig både fra spørreskjemaet og familien sin informasjon, og kan legge til rette for bedre livskvalitet for pasienten. Fordi slik Rustøen (2001) påpeker må livskvaliteten bygges opp igjen.

5.4 Travelbee sin teori sett i forhold til afasipasienten

I denne delen vil jeg skrive om Travelbee (1972/1999) sine 5 faser i kommunikasjon som brukes for å oppnå god kontakt og forståelse mellom sykepleier og pasient.

Travelbee (1972/1999) (jamfør pkt 2.4) skriver om det innledende møtet med pasienten, og hvordan det setter førsteinntrykket mellom pasient og sykepleier. Videre skriver hun om framvekst av identiteter og at pasienten og sykepleieren begynner å bli kjent. Neste fase er empatifasen og deretter kommer sympati og medfølelse som begge karakteriserer noe om at sykepleieren føler at hun/han vil hjelpe pasienten og føler med han/hun. I følge Travelbee (1972/1999) oppnås ikke forståelse og kontakt før en har gjennomgått alle de fire fasene. Så på den ene siden medfører dette at pasienten og sykepleieren må kjenne hverandre godt for å få en god forståelse og kontakt. På den andre siden er kommunikasjon veien til forståelse og kontakt i følge Travelbee (1972/1999), og dermed må dette brukes gjennom hele prosessen.

Så for si det med andre ord kan det i begynnelsen kan være vanskelig med kommunikasjon mellom sykepleier og pasient siden de begge er usikre på hverandre, men at det er kommunikasjon som må til for at de skal oppnå forståelse og kontakt. Dette bekrefter også Sundin, Jansson og Norberg (2002) som har forsket på kommunikasjon mellom sykepleier og pasient i forhold til afasirammede. Ett av de viktige elementene de kom fram til var at sykepleierne følte seg usikre når de ikke hadde kjennskap til pasienter og pasienter sin historie. Sett i forhold til afasipasienter ser jeg det slik at også han/hun vil føle seg usikker på sykepleieren, siden sykepleieren også er ukjent for pasienten. Med afasi er det vanskelig med kommunikasjon, og det kan være viktig med bekreftelse.

Gjennom Travelbee (1972/1999) sin prosess i kommunikasjon er det virkemidler som kan gjøre kommunikasjonen lettere. Dette kommer også fram i studien til Sundin, Jansson og Norberg (2002), der de understreker at det er viktig å være tilstede i situasjonen for å oppnå best mulig kontakt og i tillegg var det viktig med en rolig atmosfære. Slik som Corneliussen et al (2006) skriver krever kommunikasjon et budskap, et svar og en tilbakemelding. Dette er for å bekrefte pasienten, og vise trygghet og interesse. Så for å si det på en annen måte trenger pasienten bekreftelse på at det han/hun uttrykker er rett, siden afasi kan gjøre at det ikke alltid er lett å få en sammenheng og forståelse for ordene (Karoliussen & Smebye, 2000). Dermed vil jeg si at når sykepleieren er tilstede i situasjonen blir det bedre for pasienten å uttrykke seg, og samtidig få en forventet tilbakemelding og gjennom Travelbee's (1972/1999) fem faser oppnå forståelse og kontakt.

Som Travelbee (1972/1999) skriver skal sykepleieren handle terapeutisk noe som vil si at hun/han bruker både kompetanse og fornuft i ulike situasjoner. I kommunikasjon med en afasipasient er det spesielt viktig at sykepleieren tilpasser sitt verbale og non-verbale uttrykk for å oppnå forståelse og kontakt, siden det er språket som er problemet. Slik som Sundin, Jansson og Norberg (2002) skriver er en avslappet atmosfære viktig for å oppnå god kommunikasjon, samtidig som det var viktig å være tilstede i situasjonen. Dersom sykepleieren ikke er tilstede i situasjonen og er irritert og utålmodig kan dette føre pasienten og sykepleieren lengre fra hverandre. Dette bekrefter også Sundin et al (2002). Så for å se det i en sammenheng kan kommunikasjon både brukes for å komme nærmere andre, men også til å støte andre bort. Så slik jeg ser det er det viktig at sykepleieren er tilstede i situasjonen og samtidig viser forståelse for språkvanskene slik som dette eksempelet der en sykepleier forteller om en afasi pasient viser:

”Jeg satt ved siden av han. Han kunne ikke si et eneste ord, men jeg så det i blikket hans, at han så lei seg ut i øynene. (...) Jeg satt ved siden av han en liten stund og vi delte på en måte hans leie tanker i ett øyeblikk. Dette tror jeg gjorde at han følte seg bedre, en form for trøst (Egen oversettelse, Sundin et al, 2002)

Ifølge Eide & Eide (2000) er vi ikke alltid bevisst på hva vi selv uttrykker gjennom kroppsspråk. Sykepleieren ser med en gang at afasi pasienten kanskje ikke har det så bra når han ikke klarer å uttrykke noe, og prøver å vise empati, som ifølge Travelbee (1972/1999) er evnen til å sette seg inn i andres situasjon og kanskje forstå hva personen gjennomgår. Dette fører her til at pasienten føler seg litt bedre, og dette eksempelet viser godt hvorfor empati er viktig for å forstå. Med andre ord vil jeg si at empati er bra for at pasienten skal få det bedre med seg selv. Det at hun/han føler at noen forstår kan være med på og bedre livskvaliteten. Dette bekrefter Sundin et al (2002) i sin forskning, og kommer fram til at forståelse mellom afasi pasient og sykepleier ble forbedret når sykepleieren viste forståelse.

Et ord som kan kobles med forståelse er trygghet, for slik som Eide & Eide (2000) skriver fører trygghet gjennom god kommunikasjon til tillit mellom sykepleier og pasient. Dette mener også Corneliussen (Corneliussen, et al, 2006) som skriver at åpenhet i samtalen kan føre til tillit, trygghet og respekt. Så for å si det med andre ord fører altså trygghet i samtalen til tillit mellom sykepleier og pasient, dersom de begge er åpne med hverandre. Åpenhet sier noe om at både pasienten og sykepleieren kan si ifra dersom det er noe de ikke forstår i samtalen (Corneliussen et al, 2006). Slik jeg da ser det er at de begge respekterer hverandre for slik de er, og prøver å få til forståelse og kontakt i form av god kommunikasjon på tross av afasien til pasienten. God kommunikasjon mellom afasipasienter og sykepleier kan være en utfordring å få til, men det er tiltak og virkemiddel som kan gjøre den lettere.

5.5 Tiltak og virkemidler til god kommunikasjon

For å kunne klare å oppnå god kontakt når tilliten og åpenheten mellom pasienten og sykepleieren er tilstede er det likevel noen tiltak som er gode å bruke. Som Corneliussen (2006) skriver brukes både verbal og non- verbal kommunikasjon. *Non- verbal* kommunikasjon er en god og vesentlig del av det å bekrefte afasi pasienten i kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Ved hjelp av mimikk og stemmeleie kommer det fram i en studie at disse virkemidlene gjorde kommunikasjonen lettere (Sundin et al, 2002). Samtidig ble forståelsen bedre når sykepleieren viste at hun hadde forståelse for problemene til pasienten. I forhold til en afasi pasient er non- verbal kommunikasjon et av de mest sentrale

måtene å kommunisere på og dermed må det brukes aktivt. Selv om non- verbal kommunikasjon er hvordan du viser språket med kroppen, er det også viktig med virkemidler som Corneliussen et al (2001), jamfør pkt 2.3.1 skriver om som bøker og tegnbruk. Med slike hjelpemiddel kan pasienten peke på bilder, tall og bokstaver og også bruke dette som et hjelpemiddel i kommunikasjonen. Slik kan pasienten få fram det han/hun vil uten påvirkning eller tolkning av andre på lik linje som et spørreskjema kan være til god hjelp (jamfør pkt 5.3).

Videre kan en også tenke på omgivelsene rundt og også andre virkemidler som er gode i kommunikasjon. Det å bruke *få personer*, og i tillegg *fjerne støyende* elementer slik at pasienten kan konsentrere seg om kommunikasjonen er ifølge Corneliussen et al (2006) to gode tiltak. Når pasienten føler at han/hun kan oppnå noe ved å snakke i rolige omgivelser, vil han/hun kanskje få bedre livskvalitet fordi det påvirker selvfølelsen i positiv retning. I følge Corneliussen et al (2006) trenger en afasirammet *tid* til å kommunisere, og ut i fra dette også åpne seg mer. Ser en dette i forhold til at sykepleieren skal legge til rette for at pasienten skal bedre livskvaliteten er tid derfor et godt virkemiddel å bruke.

Også humor er et godt virkemiddel i god kommunikasjon og som Eide & Eide beskriver kan humor fremme kommunikasjonen og samtidig løse opp stemningen. Også Sundin et al (2002) skriver at humor bidro til oppmuntring og avslapning. På den ene siden kan humor bidra til å bedre kommunikasjonen, men på den andre siden kan humor også krenke personer i følge Eide & Eide (2000) jamfør pkt 2.3.1. Dermed vil dette si at sykepleieren igjen må bruke den terapeutiske siden (Travelbee, 1972/1999) (jamfør pkt 2.4) og se an hva pasienten tåler i form av humor.

Som Cruice, Worrall og Hickson (2006) skriver er språkproblemer en grunn til at livskvaliteten ble dårligere blant deltagerne. Slik jeg ser det kan kommunikasjon der pasienten ser at han/hun forbedrer seg gjøre at livskvaliteten blir bedre. Med forbedring kan pasienten kanskje få motivasjon til å prøve mer, og kanskje forbedre språket ytterligere. I tillegg vil pasienten åpne seg mer dersom sykepleieren lytter aktivt og viser interesse (Corneliussen et al, 2006). Dette tror jeg også er med på at pasienten vil uttrykke noe til sykepleieren og dermed kanskje oppnå bedre livskvalitet.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven ville jeg fokusere på afasipasienten, og hvordan jeg som sykepleier kunne legge til rette for at pasienten fikk god livskvalitet på sykehjem. Jeg har valgt å fokusere mye på kommunikasjon fordi dette er en viktig del i og blir kjent med pasienten, og oppnå forståelse og kontakt. Jeg har også fokusert på begrepet livskvalitet og hvordan sykepleier kan legge til rette for dette.

Pasienter i forskjellige studier har påpekt at språket gjorde at livskvaliteten ble svekket. Samtidig var manglende kontroll på livet også en faktor som svekket livskvalitet. Disse to faktorene hang sammen i form av at språket førte til manglende kontroll på livet, fordi de ikke kunne gjøre slik de var vant med. Det var også en positiv faktor i forhold til livskvalitet of det var støtte fra familie.

For å bedre livskvaliteten til afasipasienter er derfor god non- verbal i tillegg til verbal kommunikasjon en viktig del. I kommunikasjonen ble det lettere å oppnå forståelse og kontakt ved hjelp av humor og åpenhet. Også praktiske forhold som god tid, få personer og rolige omgivelser. Kommunikasjon førte til forståelse og kontakt mellom pasient og sykepleier var i tillegg med på å bedre livskvaliteten. Familien spilte en rolle i å kartlegge pasientens livskvalitet, og var også en ressurs for å forbedre den. God kommunikasjon med familie og helsepersonell er altså god hjelp for å forbedre livskvaliteten, siden dette også førte til mer kontroll av situasjonen for pasienten.

7.0 Litteraturliste

Almås, H. (Red.). (2001). *Klinisk sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bays, C, L. (2001) *Quality of Life of Stroke Survivors: A Research Synthesis*. Journal of Neuroscience Nursing, 33, (6); Hentet 12.januar 10 fra ProQuest:
<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=9&did=96365366&SrchMode=3&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1263314108&clientId=72807&aid=1>

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

Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., (2006). *Perspectives of Quality of life by People with Aphasia and Their Family: Suggestions for Successful Living*. Top stroke Rehabil, 13: (1): 14-24.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H., Eide, T., (2000) *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Gjengedal, E. Hanestad, B. R. (Red.). (2007). *Å leve med en kronisk sykdom*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Karoliussen, M., Smebye, K, L (2000). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sundin, K. Jansson, L. & Norberg A. (2002). *Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: A phenomenological hermeneutic inquiry*. Hentet 11 januar 10 fra Nursing Inquiry 9-(2): 93-103.

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=4&hid=2&sid=4fd9a32a-4455-4a7f-b63d-2ee221ad8f4a%40sessionmgr10>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, overs.). Oslo: Gyldendal. (Originalutg. 1972)

Referanse:

Bildet tatt med tillatelse fra Renate Kvamme.