



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling
(Bacheloroppgave)

Vurderingsform: Bacheloroppgave

Kandidatnr: 49

Leveringsfrist: 22.02.13

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Veileder: Sylvi Haavik

Antall ord: 8898

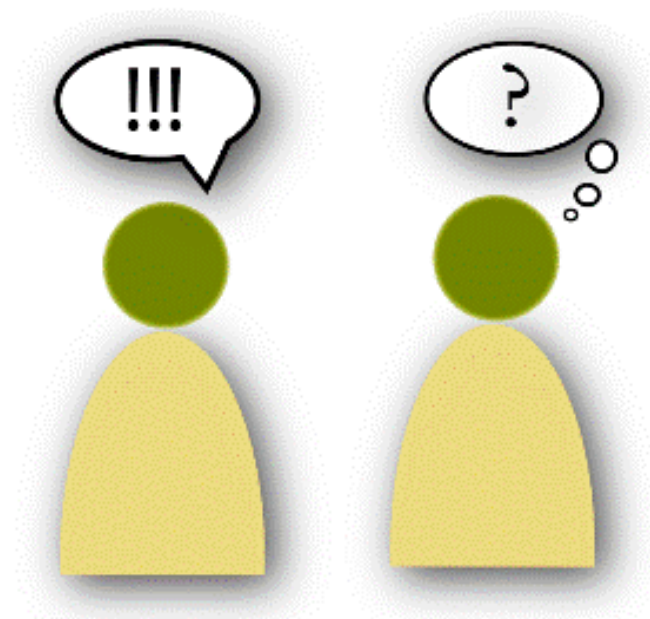


HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Bacheloroppgave i sykepleie Avdeling Stord 2013

Kull 2010

Kommunikasjon er mer en talte ord



Figur 1

”Den største gaven jeg kan få fra mennesker er at de ser meg, hører meg, forstår meg og tar på meg.

Den største gaven jeg kan gi, er at jeg ser, hører, forstår, og tar på et annet menneske.

Når dette har skjedd føler jeg vi har skapt kontakt.”

(”Den største gaven ” av Virginia Satir , 1976)

Sammendrag

Tittel: Kommunikasjon er mer enn talte ord

Bakgrunn for valg av tema: Hvert år rammes omtrent 16 000 nordmenn av hjerneslag og ca. 3000 av disse blir rammet av afasi. En person med afasi har problemer med å bruke tale på en vanlig måte og kan ha vansker med å forstå andre. En har ikke bare mistet språket, men egenskapen og evnen til å bruke det i kommunikasjon er også skadet.

Problemstilling: *På hvilken måte kan sykepleier fremme kommunikasjon til pasienter med afasi etter hjerneslag?*

Oppgavens hensikt: Å gi kunnskap til sykepleiere om hvordan en skal klare å fremme kommunikasjon til pasienter med afasi.

Metode: Litteraturstudie er brukt som metode. Det er blitt gjort søk i Cinahl med hovedvekt på søkeordene ”*aphasia*”, ”*communication*”, ”*nursing*”, ”*communication disability*” og ”*caring*”. Jeg har valgt 4 artikler fra perioden 2002-2009, hvor to av studiene var fra Sverige, en fra Storbritannia og en fra Canada.

Resultat : Kontakt og gjensidighet gjorde at utgangspunktet for kommunikasjon ble bedre mellom sykepleier og pasient. Bruk av nonverbal kommunikasjon var en nødvendighet for å vise tilstedeværelse og omsorg. Kunnskap og kommunikasjonsstrategier var en viktig faktor for at sykepleierne kunne skape en åpen og meningsfull kommunikasjon.

Oppsummering: Sykepleier kan fremme kommunikasjon ved å være bevisst på hvordan en bruker seg selv og at en skaper en tilknytning til pasienten. Som sykepleier må en ta til seg kunnskap, vise interesse, anerkjennelse og innlevelse i kommunikasjonen slik at pasienten opplever tilfredsstillende omsorg.

Nøkkelord: *Afasi, kommunikasjon, omsorg, sykepleie*

Summary

Title: Communication is more than spoken words.

Background for selection of subject: Every year approximately 16,000 Norwegians are affected by stroke, and about 3000 of these are affected by aphasia. People with aphasia have trouble using their voice in a normal manner and may have difficulty understanding others. They have not only lost their language, but also their ability to use it in communication is damaged.

Problem to approach: How can nurses promote communication to patients with aphasia after stroke?

The purpose of this research: To provide information to nurses on how to successfully promote communication to patients with aphasia.

Method: The method used in this task is a literature study. It has been done searches in Cinahl, focusing on keywords as “*aphasia*”, “*communication*”, “*nursing*”, “*communication disability*” and “*caring*”. I have selected four articles from the period 2002-2009. Two of the studies are from Sweden, one from Britain and one from Canada.

Results: Contact and reciprocity made the basis for improved communication between a nurse and a patient. Use of nonverbal communication was a necessity to show patients presence and care. Knowledge and communication strategies were an important factor for nurses to create an open and meaningful communication.

Summary: Nurses can promote communication by being aware of how to use themselves in communication and how they create a connection with the patient. Nurses must take in new knowledge, show interest, appreciation and empathy in communication so that the patient experiences adequate care.

Keywords: *Aphasia, communication, care, nursing*

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	<i>1</i>
1.2 <i>Problemstilling med et sykepleiefaglig fokus</i>	<i>1</i>
1.3 <i>Begrunnelse for valg, avgrensing og presisering av problemstilling.....</i>	<i>1</i>
1.4 <i>Definisjon av sentrale begrep i problemstillingen.....</i>	<i>2</i>
1.4.1 <i>Hjerneslag</i>	<i>2</i>
1.4.2 <i>Afasi</i>	<i>2</i>
1.4.3 <i>Kommunikasjon</i>	<i>2</i>
2.0 TEORI.....	3
2.1 <i>Sykepleieteoretiker Kari Martinsen</i>	<i>3</i>
2.2 <i>Hva er hjerneslag?.....</i>	<i>5</i>
2.3 <i>Hva er afasi?</i>	<i>6</i>
2.4 <i>Kommunikasjon</i>	<i>7</i>
2.4.1 <i>Nonverbal kommunikasjon med afasirammede</i>	<i>7</i>
2.4.2 <i>Kommunikasjonsstrategier</i>	<i>8</i>
3.0 METODE.....	10
3.1 <i>Valgt metode.....</i>	<i>10</i>
3.2 <i>Framgangsmåte</i>	<i>10</i>
3.3 <i>Kildekritikk</i>	<i>12</i>
3.3.1 <i>Kritisk vurdering av artikler.....</i>	<i>13</i>
4.0 RESULTAT	15
5.0 DISKUSJON	20
5.1 <i>Omsorg og relasjonens betydning</i>	<i>20</i>
5.2 <i>Nonverbal kommunikasjon og sansing av pasient situasjon.....</i>	<i>21</i>
5.3 <i>Kunnskap.....</i>	<i>22</i>
5.4 <i>Samtalen.....</i>	<i>24</i>
6.0 AVSLUTNING	27
<i>Tabell 1- Søk i Cinahl.....</i>	<i>11</i>
<i>Tabell 2 - Søk i Cinahl.....</i>	<i>11</i>
<i>Tabell 3 - Søk i Cinahl.....</i>	<i>12</i>

Referanser

VEDLEGG 1 – Resultattabeller

1.0 INNLEDNING

Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken og er en dominerende årsak til funksjonshemming. En av de vanligste årsakene til afasi er hjerneslag(Wergeland, Ryen & Olsen,2010,s.261-267).Omtrent 16 000 personer i Norge blir rammet av hjerneslag hvert år. Av disse er det ca. 3000 som vil få en skade i språkområdet i hjernen, som fører til afasi(Eide og Eide,2010,s.385). Språkområdet ligger hos de fleste i venstre hjernehalvdel og en skade i språkområdet kan føre til at taleevnen blir ufullstendig eller svikter helt(Wergeland et al.,2010,s.267).

En som er rammet av afasi har problemer med å bruke tale på vanlig måte og kan ha vansker med å forstå. En har ikke bare mistet språket, som veldig mange sier. Men egenskapen og evnen til å bruke det i kommunikasjon er også er skadet(Sunnaas sykehus HF,2011).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om afasi etter hjerneslag, med fokus på kommunikasjon. Bakgrunnen for at jeg har valgt dette temaet er fordi jeg interesserer meg for det og har litt erfaring med dette fra praksis. Kommunikasjon med afasirammede kan være en utfordring. Det er ikke alltid så lett for pasienten å bli forstått, eller forstå hva som blir sagt. Dette fører til mange krevende og fortvilende situasjoner. Kommunikasjon er en stor del av det å skape en god sykepleier-pasient relasjon. I følge Eide og Eide(2010,s.17) blir begrepet relasjon brukt i dagligtalen om forhold, kontakt eller tilknytning mellom mennesker .Ved å velge dette temaet kan jeg ta til meg ny kunnskap og ta det i bruk ute i praksis. En ser ofte i praksis at det er mye å hente når det gjelder å opprette en god kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient med afasi.

1.2 Problemstilling med et sykepleiefaglig fokus

På hvilken måte kan sykepleier fremme kommunikasjon til pasienter med afasi etter hjerneslag?

1.3 Begrunnelse for valg, avgrensing og presisering av problemstilling

Begrunnelse for valg av denne problemstillingen er at den er relevant for hva sykepleiere opplever ute i praksis når det gjelder kommunikasjon med pasienter som er rammet av afasi. Pasienter med afasi møter vi hele tiden og det er mange utfordringer en møter når det gjelder

kommunikasjon. Jeg har valgt å fokusere på omsorgsgivende sykepleie og det å være tilstede for pasienten. Derfor har jeg valgt at oppgaven skal bygge på Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi. Mye av det Martinsen står for, inneholder sentrale betingelser som skal til for å fremme kommunikasjon med pasienter med afasi.

Det vil være fokus på pasienter på sykehus, fordi allerede i og etter den akutte fasen av slag er det viktig at sykepleier stimulerer til kommunikasjon som gir pasienten gode opplevelser.

I denne oppgaven vil jeg ta for meg hvilken faktorer som må til for at en kan stimulere til åpen kommunikasjon, slik at pasienten kan få positive opplevelser rundt språk og tale. Det vil komme frem hvordan en skal skape kontakt med den afasirammede og hvordan en skal klare å utvikle god kommunikasjon.

Pasienter med afasi vet ofte hva de skal si, men har vanskeligheter med å finne de rette ordene, uttrykke seg riktig og forstå hva andre sier. Jeg valgt derfor å ikke begrense meg til en type afasi, men heller skrive generelt for alle typene.

1.4 Definisjon av sentrale begrep i problemstillingen

1.4.1 Hjerneslag

Hjerneslag defineres av Verdens Helseorganisasjon som en

”plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer en 24 timer eller fører til død”(Wergeland et al., 2010,s.262).

1.4.2 Afasi

Det er flere definisjoner på afasi, men i Norge blir ofte Ivar Reinvangs definisjon brukt:

“Afasi er en språkdefekt etter hjerneskode hos et individ som har gjennomgått normal språkutvikling inntil tidspunktet for skaden”(Reinvang, 1978,s.11).

1.4.3 Kommunikasjon

Ifølge Eide og Eide(2010,s.17) blir kommunikasjon blir definert som

” Utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter”.

2.0 TEORI

Denne teorien er bygget på pensumlitteratur og annen støttelitteratur. I denne delen vil jeg begynne med å belyse Kari Martinsen sin omsorgsteori og videre vil det blir lagt vekt på teori om hjerneslag, afasi og kommunikasjon.

2.1 Sykepleieteoretiker Kari Martinsen

Kari Martinsen sin omsorgsteori beskriver en generell fremgangsmåte for sykepleiere. I tilnærmingen til pasienten er omsorg en avgjørende grunnholdning. Det å gi omsorg er måten sykepleieren møter og utfører handlinger til pasienter på(Kirkevold,1998,s,177).

Sykepleierens omsorg inneholder engasjement, moralsk skjønn, innlevelse og faglig vurdering. Mål og hensikt for sykepleier er å gjøre det så godt så mulig for pasienten i en her og nå situasjon, samtidig som en skal sørge for at pasienten har et visst funksjonsnivå(Kristoffersen et al.(2005,s.24-25).

Ifølge Martinsen er det tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet som er sentrale. Omsorg er ”et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep”(Kristoffersen et al.,2005,s.66).

Omsorgens relasjonelle side: Yrkesmessig omsorg består av en relasjon mellom minst to personer, der den ene er ansvarlig og pliktet til å gi den hjelpen som den andre trenger ut ifra sin situasjon. For å finne ut hva den andre har behov for, er det spesielt viktig at sykepleieren viser engasjement og interesse for pasienten. Sykepleieren må gi av seg selv og være villig til å sette seg inn i pasientens ståsted. Martinsen bryr seg om tydingen i sykepleien. Det å tyde vil si at en som sykepleier uttrykker det inntrykket en får av den andre. Sykepleierens inntrykk kan uttrykkes gjennom sansene som kropp og språk hvis en er åpen for det(Kristoffersen et al.,2005,s 66). Martinsen (2000,s.28-30) legger mye vekt på å bruke sansene, som å lytte, føle og se.

Omsorgens praktiske side: Omsorg er mye mer enn bare en grunnleggende holdning, det har også mye med praktisk handling å gjøre. I hverdagslige situasjoner blir omsorg praktisert i handlinger som både sykepleier og pasient kjenner til. For at sykepleier skal kunne sørge for pasienten på en omsorgsfull og bekvemt måte, må sykepleieren ha fagkunnskaper og kunnskaper om pasientens situasjon som medmenneske. Martinsen legger vekt på at betydningen av omsorg må legges til rette og fullføres på en måte som gjør at pasienten føler

anerkjennelse og ikke umyndiggjøring. Det som hender rundt pasienten må fremlegges på et daglig språk og ikke et sykehuspråk som pasienten ikke forstår (Martinsen, 2003a, s. 76).

Omsorgens moralske side : Omsorg og moral er tett bundet sammen. Omsorg består av relasjoner og moral, og hvordan dette kommer til uttrykk i praktiske handlinger (Martinsen, 1990, s. 94). Martinsen (2003b, 73-77) sier at hver situasjon sykepleier inngår i, har en form for moralsk karakter ved at sykepleieren står fremfor en moralsk utfordring om å handle riktig. Martinsen mener at moralen har to ulike sider. Den ene siden er spontanmoralen, der man gir noe uten at man vet det. Den andre siden er normmoralen, som har i hensikt å uttrykke kjærlighetens ide, som vises gjennom den gyldne regel.

Kunnskap

Martinsen deler kunnskap opp i to typer, kunnskap som bygger på sanselig forståelse og kunnskap som bygger på begrepslig forståelse. I den sanselige forståelsen er kilden for kunnskapen de sanseinntrykkene en mottar gjennom sansene og kroppen. Denne kunnskapen kan vises kroppslig, sanselig og med ord. Når denne kunnskapen blir uttrykt blir hele personen berørt. Kunnskap som kommer frem gjennom begrepslig forståelse, beror seg mer på teoretiske kunnskaper, som er mer bestemt og klassifiserende. Den forholder seg mer til det som skjer utenfor situasjonen og holder seg mer på avstand, som gjør at ikke hele personen blir berørt. Martinsen fremhever den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen som sentral i sykepleien, som inneholder praktisk moralsk handlingsklokskap og faglig skjønn. (Kristoffersen et al., 2005, s. 69). Martinsen (2000, s. 12) skriver at en må ha fagkunnskaper som gir mulighet for å se pasienten som menneske. Det vil si en type fagkunnskapen som ikke skal gjøre at vi ser på den andre som et objekt.

Sanse og forstå

Skal omsorgen være ekte, må sykepleieren ha en holdning som aksepterer den andre ut i fra det ståstedet han er i. I dette ligger det en gjensidighet som blir utviklet gjennom praktiske arbeidssituasjoner i samarbeid med pasienten. Martinsen skiller mellom to omsorgsrelasjoner, balansert gjensidighet og uegennyttig gjensidighet. Den balanserte gjensidigheten karakteriseres av et likeverdig forhold, der begge parter gir og mottar omsorg. Den uegennyttig gjensidigheten karakteriseres av godhet og hjelp. Den ene parten sørger for den andre, uten å forvente tilbake (Kristoffersen et al., 2005, s. 62).

Hvordan møter vi hverandre i språket når vi samtaler?

Samtalens hemmelighet er tilegnelsen. Tilegnelse er at en skal lytte til hva den andre parten har å si og svare på dette med nye spørsmål, slik at en kan forstå bedre hva en snakker om. Når en tilegner seg noe, er det vi snakker om blitt gjenkjennelig for sykepleier og pasient. I samtalen må vi gi hverandre tid og rom, uten at en kommer for nært, men også hindre at en blir for fraværende. Samtalen krever rom og form, men også spontanitet. Det gjør at samtalen får liv. Det forutsetter at vi er med i det vi taler om, at vi er engasjert. Sykepleier og pasient kan også tale uten å samtale(Martinsen,2005,s.23-33).

Martinsen(2000,s.32) får frem at for å gi form til sansende inntrykk spiller tonen en avgjørende rolle. Tonen har en vesentlig rolle for den andres forståelse og kroppen som melder seg til den andre ut fra en tone eller en stemning. Hun mener også at det må være en ytre ro der man ikke bli distraheret av noe annet. En må være til stede i situasjonen og i øyeblikket. Stillhet, ro og oppmerksomhet er faktorer som kan skape en indre ro. I følge Martinsen(2000,s.24-26) ligger det i begge parter sine øyne en bønn om å bli tatt i mot og at en vil svare med ett oppmerksomt og oppvakt blick. Øyet har en virkning som veksler mellom sansing og forståelse. Øyet oppfatter samtidig som det utforsker. Det oppfattende øyet er åpent og ubetinget. Det utforskende øyet har en funksjon som et vurderende øye, et stussende øye og et ettertenksomt øye som ettertenker det sansende inntrykket.

2.2 Hva er hjerneslag?

Norsk helseinformatikk(2009) beskriver hjerneslag slik:

”Hjerneslag er plutselig innsettende tap av kroppsfunksjoner på grunn av forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon”.

Hjerneslag er en av de mest dominerende og illevarslende sykdommen blant eldre. Hjerneslag er også en av de viktigste årsakene til sykdom og funksjonsnedsettelse(Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff,2008,s.406). De fleste som får hjerneslag er over 65 år og antallet øker med alderen. En alvorlig konsekvens av hjerneslag kan være språkproblemer og afasi(Kirkevold et al.,2008,s. 216).

2.3 Hva er afasi?

Afasi er en språkdefekt som kommer av en skade i hjernens språkområde, hos personer som tidligere har hatt en språk som har fungert normalt. Graden av forstyrrelsen er avhengig av hvor stor omgang skaden har og hvilket språkområde som har blitt skadet (Wergeland et al.,2010, s.267).

Afasi etter skade på hjernen oppstår på to områder. Det kan ha oppstått en skade som gjør at språkforståelsen er redusert og det kan ha oppstått en skade som gjør at det blir vanskelig å gjøre språklige uttrykk. Senteret for språkforståelse og senteret for tale ligger på forskjellige områder i venstre hjernehalvdel. Når språkforståelsen er redusert, kan personen komme med flytende og meningsløs tale. Det kan komme lyd- og ordforvekslinger, og ordene kan være anstrengende å forstå. De fleste afasirammede erfarer denne formen språkforstyrrelse til en viss grad. De aller fleste klager på at de har mangel på ord. Disse skadene ved taleevnen kan føre til redusert og usammenhengende tale .En strever med å forklare seg eller å komme i gang med å snakke(Romsland,2011,s.23-24).

Afasi blir ofte delt inn i tre typer:

Motorisk afasi – Vil si at pasienten har vansker med å uttrykke seg. Talen kan være oppstykket av pauser, bokstaver kan bli blandet sammen eller ordene kan bli forvansket. Noen har et svært begrenset ordforråd, der en kan bare si ja og nei, eller enkelte fraser og faste uttrykk. Det kalles en såkalt automatisk tale(Wergeland et al.,2010,s.267).

Sensorisk afasi – Pasienten har nedsatt språkforståelse og vansker med å forstå hva som blir sagt. Pasienten produserer en flytende strøm av tale, men innholdet er ofte meningsløst. Fordi språkforståelsen er nedsatt har pasienten vansker med å svare på konkrete spørsmål eller utføre det han blir bedt om(Wergeland et al.,2010,s.267)

Global afasi – Pasienten har problemer med alle former for språklig funksjon. Pasienten har både nedsatt evne til å uttrykke seg og nedsatt språkforståelse. Mange produserer bare meningsløse enstavelsesord eller banneord(Wergeland et al.,2010,s.267). Disse har som regel fortsatt en god situasjonsforståelse der de fremdeles skjønner kroppsspråk, tonefall, lukter, døgnrytmer og gjerninger(Eide og Eide,2010,s.385).

2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon mellom to parter er avhengig av hvordan dialogen eller samhandlingen blir bygd opp og hva slags regler som utvikler seg og blir dannet mellom partene. Det å forstå reglene og følge dem, kan bli endret etter skade på hjernen(Romsland,2011,s.23-24)

Det å kommunisere med afasirammede krever mye av en sykepleier. En må ha kunnskaper om pasientens lidelse, evnen til å leve seg inn i pasientens situasjon og mestre nye kommunikasjonsstrategier(Eide og Eide,2010,s.384).Kunnskaper og fagkunnskaper er viktig for å få øye på noe som en ellers ikke så lett oppdager. Ser man ikke hva som foregår, hjelper det ikke bare med gode kommunikasjonsferdigheter. Kunnskaper og kommunikasjon må spille sammen(Eide og Eide,s.42)

Som sykepleier må en gi en profesjonell og helsefaglig kommunikasjon, som i helseyrket må være faglig velfundert og til assistanse for pasienten. Kunsten er å anerkjenne, være tålmodig ,vise respekt ,være aktiv lyttende, evne og vilje til å vise interesse ,åpen og samtidig være direkte mot den andre. Disse evnen har vi, men vi har behov for å bli mer bevisste på de kommunikasjonsferdighetene vi har til rådighet, hvordan de forskjellige ferdighetene virker inn på andre og måten vi selv kommuniserer(Eide og Eide,2010,s.12-18).

En del sykepleiere føler seg ofte lite kompetent i møte med afasirammede, som kan medføre at de med afasi erfarer å bli behandlet som de er tilbakestående eller dum. Det blir vanskelig å behandle de med respekt eller inkludere de i beslutninger som gjelder dem. Dermed er sykepleieren sin oppgave å stimulere kommunikasjonen slik at det kan gi den afasirammede en mulighet for å kunne være med i meningsfulle samtaler(Kirkevold et al.,2008,s,416).

2.4.1 Nonverbal kommunikasjon med afasirammede

Pasienter som har hatt hjerneslag kan ha en god evne til å oppfatte ting, selv om de ikke klarer å formidle det videre på en god måte. Når de blir snakket til ,klarer de som regel ikke å svare slik som en er vant til. Dette kan føre til at sykepleieren antar at de ikke forstår hva som blir sagt og gjort, som kan være veldig negativt og ødeleggende for kommunikasjonen. (Eide og Eide,2010,s.388)

Det er ikke lett å kommunisere når språket ikke virker som en fremgangsmåte for relasjon og betydning i tilværelsen. Når verbalt språk ikke er tilstrekkelig, vil nonverbal kommunikasjon ha en større betydning. Med kroppslige uttrykk, bevegelser, ansiktuttrykk, stemmebruk og berøring er det mulig å videreføre det en ønsker å si. Dette er kommunikasjonshandlinger som gir oss et tegn på hva som skal skje og som gir den andre tid til å reagere for å få uttrykt noe om hvordan handlingen blir forstått (Eide og Eide, 2010, s. 386).

En stor del av kommunikasjonen vår foregår nonverbalt og fungerer som et responderende språk. Det forteller oss noe om sykepleier og pasient er i en samtale og om hvordan relasjonen er mellom disse. For at vi skal klare å forstå den informasjonen som den afasirammede prøver å si, er det viktig at en lytter aktivt til det som blir uttrykt nonverbalt. Samtidig er det viktig å ha en riktig innstilling og ha oppmerksomheten rettet mot den andre, slik at det formidles profesjonell holdning av interesse og vilje til å hjelpe. Dette er vesentlig for at pasienten skal kunne føle seg trygg og ivaretatt. Ifølge Eide og Eide (2010, s. 198-199) fordeles nonverbale kommunikasjonsferdigheter inn i seks punkter:

1. Øyekontakt..
2. Ha åpen kroppsholdning.
3. Være henvendt mot den andre gjennom kroppsholdning.
4. Å følge den andres utsagn med rolig berøring, bekræftende svar og forstående nikk.
5. Være avbalansert, alminnelig og vennlig i stemme og bevegelser.
6. La kroppsspråk, spesielt ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse.

Gode kommunikasjonsferdigheter er et godt hjelpemiddel som gir et bedre utgangspunkt til å forstå pasienten som et individ og til å forstå relasjonen. Det gir bedre støtte og det blir lettere å ta gode avgjørelser sammen, slik at en setter i gang pasienten sin progresjon (Eide og Eide, 2010, s. 21)

2.4.2 Kommunikasjonsstrategier

Det er ikke enkelt å kommunisere når språket ikke fungerer som en fremgangsmåte for å skape kontakt og mening i tilværelsen. Spørsmålet er hva hjelperen kan gjøre for å kommunisere på samme nivå som pasienten, slik at man forstår hva den andre mener og at pasienten får formidlet det som ønskes (Eide og Eide, 2010, s. 386). Det er viktig å huske på at kommunikasjonsproblemer har ulik innvirkning på de som er rammet av afasi. En

kommunikasjonsmåte som viser seg å være effektiv for en person, kan være hensiktsløst for en annen. Det er viktig å prøve seg frem(Sunnaas sykehus HF,2011).

For å ivareta kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, er det viktig å snakke tydelig og bruke korte setninger. Informasjonen må gis detaljert. For pasienten er det viktig å ikke få for mange beskjeder på en gang, en beskjed om gangen også la den andre slippe til. En person med afasi trenger ofte lang tid på å respondere tilbake. Derfor er det viktig at sykepleier viser med sin kroppsholdning at en har god tid. Noen ganger svarer ikke en person med afasi tilbake, men de har likevel et stort behov for å delta i en samtale som alle andre(Eide og Eide,2010,s.389).

Sykepleier må oppmuntre til å bruke tegn og kroppsspråk. Når verbalt språk ikke fungerer som det skal, vil den nonverbale kommunikasjonen bli enda viktigere. Et stort problem er at pasienter med afasi ofte blir møtt med taushet. Folk haster forbi og tar seg ikke tid til å bli kjent med pasienten. Noen tenker at det har lite mening og noen vet ikke helt hvordan de skal forholde seg til det(Eide og Eide,2010,s.389).Det er lov å feile, bare ikke lat som du forstår når du ikke gjør det.

Bruk din egen oppfinnsomhet og kreativitet når det gjelder bruk av ting som kan være til hjelp for kommunikasjonen. Det er mange måter som kan hjelpe kommunikasjonen i gang, som bruk av hjelpemidler som bilder, kalender og kart. (Sunnaas sykehus HF, 2011). Bilder, bøker og brosjyrer er en fordel hvis en skal prøve å veilede og informere om noe som skal skje til en pasient med afasi(Eide og Eide,2010,s.390).

Humor er også en verdifull kommunikasjonsmåte, det kan bidra til en å gi begge parter et nytt syn på en fastlåst situasjon. Gjennom kommunikasjon kan humor hjelpe å utvikle åpenhet og kontakt mellom sykepleier og pasient. Humor kan brukes til å utfordre den andre og bidra til å dempe spenningen. Alle pasienter reagerer ikke positivt på humor, men for noen kan humor bidra til en mulig og virkningsfull kommunikasjonsstrategi. (Eide og Eide,2010,s.243-244).

3.0 METODE

3.1 Valgt metode

I Dalland(2010,s.83) blir metode beskrevet som en fremgangsmåte for å bringe frem kunnskap eller prøve ut påstander som fremsettes med krav om å være sanne, fullgode eller holdbare. Begrunnelse for å velge en bestemt metode, er at det er den vi mener vil gi oss gode data og at den metoden hjelper oss til å svare på spørsmålet vårt på en faglig fengslende måte.

Denne oppgaven er et litteraturstudie. I følge Forsberg og Wengström(2008,s.343) innebærer litteraturstudie å gjennomføre et systematisk, kritisk søk og sammenligne litteraturen innenfor et valgt tema eller et problemområde. En systematisk litteraturstudie bør sikte seg inn på aktuell forskning innenfor det valgte temaet. Det beste er å finne og inkludere all vesentlig forskning.

3.2 Framgangsmåte

Når jeg begynte å søke etter artikler brukte jeg databasene ProQuest, Svemed+ og Cinahl. Jeg syntes Proquest og Svemed+ var rotete, uoversiktlig og jeg var ikke helt fornøyd med funn av artikler. Så jeg endte opp med å bare bruke Cinahl der jeg følte meg tryggere og klarte å håndtere søkene bedre. I søkene mine brukte jeg nøkkelord fra problemstillingen min. Søkeordene som ble bruk for å belyse problemstillingen min var ”*aphasia*”, ”*stroke*”, ”*communication*,” ”*nursing*”, ”*caring*” og ”*communication disability*”. Det ble også brukt kombinasjoner av disse søkeordene. Det kom en del vesentlige treff på søkene i forhold til problemstillingen. Når jeg fant artiklene begynte jeg å lese overskriftene og sammendragene for å se om artiklene kunne svare på oppgavens problemstilling. Jeg så også på om artiklene hadde et sykepleieperspektiv og var skrevet av sykepleiere. På grunnlag av dette, valgte jeg ut disse fire artiklene fra søkene mine.

Tabell 1 – Søk i Cinahl

Søk i Cinahl Database 1.1.2013			
SØK	SØKEORD	SØKEVALG	RESULTAT
S 1	Aphasia	Ingen avgrensning	3270
S 2	Aphasia	Full tekst	603
S 3	Aphasia AND communication	Full tekst	190
S 4	Aphasia AND communication disability	Full tekst	18
S 5	Aphasia AND communication disability AND nursing	Full tekst	2

Fra Cinahl søk nr 5 valgte jeg artikkel nr 1 ” *The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke*”(2008) skrevet av Gordon, Ellis-Hill og Ashburn.

Tabell 2 – Søk i Cinahl

Søk i Cinahl Database 1.1.2013			
SØK	SØKEORD	SØKEVALG	RESULTAT
S 1	Aphasia AND nursing	Full tekst	30
S 2	Aphasia AND nursing AND care	Full tekst	15
S 3	Aphasia AND nursing AND caring	Full tekst	5

Fra Cinahl valgte jeg to artikler fra søk 3: Artikkel nr 1 ”*Understanding and being understood as a creative caring phenomenon- in care of patients with stroke and aphasia*” (2003) skrevet av Sundin og Jansson og artikkel nr 2 ” *Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry*”(2002) skrevet av Sundin, Jansson og Nordberg.

Tabell 3 – Søk i Cinahl

Søk i Cinahl Database 1.1. 2013			
SØK	SØKEORD	SØKEVALG	RESULTAT
S 1	Aphasia AND communication	Full tekst	190
S 2	Aphasia AND communication AND nursing	Full tekst	17

Artikkel nr 7 ”Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions”(2009) skrevet av McGilton, Sorin-Peters, Sidani, Rochon, Boscart og Fox ble valgt ut ifra søk 2 fra Cinahl.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk blir brukt som metode for at en skal sørge for at kilden er pålitelig. Det vil si at en må se hva som særpreger kilden som skal brukes. Meningen med kildekritikk er at leseren skal få ta en del i den tenkingen som er blitt gjort om hvilken betydning og hvor brukbar litteraturen er, når det gjelder å belyse problemstillingen. Kildekritikken skal også vise at du kan forholde deg kritisk til det kildematerialet som blir brukt i oppgaven og hvilken kriterier som er blitt brukt under utvelgelsen.(Dalland,2010,s.66).

Jeg bestemte meg for å velge Kari Martinsen sin omsorgsteori. Jeg ville at sykepleieren skulle ha en omsorgsgivende funksjon i oppgaven og dermed vil jeg påpeke at hun var den rette sykepleieteoretikeren for denne oppgaven. I oppgaven har det blitt brukt både primærlitteratur og sekundærlitteratur for å belyse hennes teori på en best mulig måte.

Alle artiklene som er blitt brukt i oppgaven er fra databasen Cinahl, som en kan være litt kritisk til. Hadde jeg funnet artikler fra flere databaser, kunne dette vært med å styrke oppgaven. Men når jeg ikke fant artikler som var gode og relevante nok i en annen database, vil jeg si at jeg er fornøyd med å finne fire gode artikler i Cinahl.

Når jeg skulle søke etter artikler hadde jeg en viss ide hva oppgaven skulle handle om. Jeg var litt usikker på problemstillingen, men brukte ord jeg som jeg visste skulle være sentrale. Jeg var veldig bevisst på at artiklene jeg fant skulle være sykepleiervitenskapelig og at det var sykepleiere som hadde utført studien. Når jeg søkte i Cinahl fant jeg flere relevante artikler,

men en del av de var skrevet av leger og virket veldig avanserte. Dermed valgte jeg å ekskludere disse, fordi jeg følte at artiklene ikke hadde det rette perspektivet. De artiklene som jeg satt igjen med til slutt vil jeg konstatere at jeg er fornøyd med og at de klargjør oppgavens tema og problemstilling godt.

Jeg prøvde å holde meg innenfor forskning som var 10 år gammel, slik at studiene var oppdaterte. En av studiene mine er fra 2002 og kan derfor bli sett på som gammel forskning. Dette trenger nødvendigvis ikke å bli sett på som negativt. Artikkelen er relevant og var bedre enn andre artikler som var innenfor nyere forskning.

3.3.1 Kritisk vurdering av artikler

For å se om de fire artiklene jeg hadde valgt var av god kvalitet, ble det brukt sjekklister fra kunnskapssenteret(2008) sin internettside for å kritisk vurdere de valgte artiklene.

Slettebø(2008,s.214-218) skriver at helsefaglige og medisinske forskningsprosjekter skal normalt sett søke Regional komité for medisinsk forskningsetikk, for å få en etisk bedømmelse av prosjektbeskrivelsen. Prosjekter som vedrører pasienter og sårbare grupper skal ha en etisk vurdering av den regionale komiteen. Konfidensialitet og vern av personopplysninger er elementære punkt i forskningsetikken. Personene som blir intervjuet og observert skal føle seg trygge på at ingen andre enn forskeren får kjennskap til fortrolige opplysninger. Det skal også bli tatt hensyn til forsøkspersonene, om at de er informert og har gitt frivillig samtykke til å delta.

Studien av Gordon et al. (2008) er en kvalitativ studie. Den kan svare tilstrekkelig på de ulike punktene i sjekklisten ,som viser oss at den har god kvalitet. Metoden som ble brukt og hva formålet med studien var, kom tydelig frem. Det var klare resultater og hovedfunn. En kan være litt kritisk til at de brukte samtaleanalyse som var en ny metode, men resultatene i studien støttet tidligere forskning. Studien ble godkjent av den etiske komité. Pasienter og sykepleiere skrev under samtykke om å delta og kunne trekke seg når som helst.

Sundin og Jansson(2003) belyser betydningen av forståelse i behandling av pasienter med afasi og ble derfor valgt med i denne litteraturstudien. Det er en kvalitativ studie som har god kvalitet når det gjelder sjekklisten sine kriterier. Metode, resultater og formål kommer tydelig

frem i studien. Alle deltakerne ble informert om undersøkelsen både muntlig og skriftlig, og ble sikret konfidensialitet og anonymitet. Alle deltakerne gav samtykke til å delta i studien og var informert om at de kunne avslutte deltakelsen hvis de ville. Tillatelse for forskningen var gitt av den forskningsetiske komité.

Hensikten med studien av Sundin et al. (2002) var å presentere betydningen av sykepleierne sine egne erfaringer om å ha en forståelsesfull kommunikasjon med pasienter med afasi. Resultatene ble gått gjennom med et åpent sinn og forskerne hadde en naiv holdning, som kan ha påvirket tolkingen av datainnsamlingen. Studien er kvalitativ og viser gjennom kriteriene i sjekklisten at den har god kvalitet. Deltakerne var lovet taushetsplikt og ble informert om innholdet i studiet både muntlig og skriftlig. Studien er godkjent av den forskningsetiske komité.

Hensikten til studien av McGilton et al.(2009) var å gjennomføre kommunikasjonsplaner. En skulle identifisere endringer i pasientens oppfatning av omsorg, utforske endringer i sykepleierens kunnskap og holdninger til kommunikasjon med afasirammede. Studien er en ”mixed method” som inneholder både kvalitativ og kvantitativ metode. Resultatet i studien kommer tydelig frem ved at det ble vist forbedring i kommunikasjonen. Studien er godkjent av den etiske forskningskomité. Deltakelsen var frivillig og deltakerne gav skriftlig samtykke. Konfidensialitet var lovet og alle var fri til å trekke seg fra studien når som helst.

4.0 RESULTAT

Jeg har valgt ut fire forskningsartikler til dette litteraturstudiet. Det er tre kvalitative og en ”mixed method” som inneholder både kvalitativ og kvantitativ metode. Alle fire artiklene handler om kommunikasjon og afasi, men har fire forskjellige fremgangsmåter og vinkler på hva som kan være med på å fremme god kommunikasjon. Resultat av artiklene viser at kunnskap, tilstedeværelse, omsorg, kontakt, berøring og innlevelse er viktig betingelser som skal til for å fremme kommunikasjon og for at en skal oppnå tilfredsstillende omsorg.

”The use of conversational analysis: nurse- patient interaction in communication disability after stroke”(2008)

”*The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke*” er skrevet av Gordon et al.(2008). Hensikten med studien var for å se hvordan slagpasienter med afasi og helsepersonell kommuniserte med hverandre i en naturlig handling. Dette foregikk på en slagavdeling i Storbritannia. Observasjonsstudien ble utført i 2005, der det ble tatt videopptak av samtaler med pasienter med kommunikasjonsproblemer, ved hjelp av en samtale analytisk tilnærming. 14 sykepleiere og 5 pasienter med afasi og dysartri deltok. Pasientene som hadde kommunikasjonsproblemer hadde vanskeligheter med å ha en direkte effekt av fysisk gjenoppretting, fordi andre ikke forstod instruksjonene. Dette gjorde det problematisk å samhandle meningsfullt med andre mennesker. Det kom frem at sykepleierne måtte utvikle terapeutiske relasjoner og dette ble dannet gjennom en effektiv sykepleier-pasient kommunikasjon. Forskerne viser at mange av sykepleiere hadde en tendens til å fokusere for mye på fysisk omsorg og at de samhandlet i en rutine på en overfladisk måte, med en begrenset sosial og emosjonell interaksjon. Faktorer som påvirket samspillet mellom sykepleier og pasient var avhengig av sykepleiers atferd, arbeidsmengde og tidspress.

Funn som ble gjort i studien var at sykepleierne kontrollerte samtalene som oppstod, ved å kontrollere emnet og hvordan samtalen skulle flyte. Det gjorde at sykepleierne ikke reagerte på pasientens individuelle behov. Pasientene tok ofte snarveier og svarte helst på lukkede spørsmål, som førte til at samtalen verken var terapeutisk eller individualistisk tilnærmet. Denne type atferd er spesielt knyttet til den institusjonelle konteksten. Pasienter med afasi kunne bli sett på som uforutsigbare og problematiske, som kunne føre til trussel mot overlegen faglig kunnskap. På grunn av dårlig kompetanse følte sykepleierne seg dårlig rustet

til å starte en samtale med en pasient med afasi. Dette var grunnen til hvorfor sykepleierne kontrollerte samarbeidet og det resulterte i at pasienten fikk mindre sjanse til å påvirke samtalen. I studien var forskerne lite interessert i temaet for samtalen, men at begge parter skulle forstå de sosiale reglene til samtale. Sykepleierne i studien mente at det var viktig med en avslappende og positiv atmosfære. Studien påpeker også at det er behov for videre forskning på interaksjoner mellom pleiepersonalet og pasienter med afasi.

”Understanding and being understood” as a creative caring phenomenon- in care of patients with stroke and aphasia(2003)

Artikkelen ”*Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia*” er skrevet av Sundin og Jansson(2003) og belyser betydningen av å forstå og bli forstått i behandling av pasienter med afasi etter hjerneslag. 5 sykepleiere og 3 mannlige pasienter med afasi ble videoinnspilt under morgenstell, på et sykehus i Sverige. Sykepleierne ble intervjuet umiddelbart etter videoopptakene om sine egne erfaringer om hvordan det var å kommunisere med slike pasienter. Studien hadde fokus på berøring mellom sykepleier og pasient. Å skape forståelse med kommunikasjonen var en viktig del av kvaliteten på pleien og for å møte pasientens behov for omsorg. Vansker med kommunikasjonen kunne gi pasienten følelse av frakobling og at de ikke følte seg hel.

Resultat av studien viste at kommunikasjonen ble bedre gjennom berøring. Berøring gjorde at pasienten fikk en følelse av at sykepleieren var tilstede og at pasienten ikke følte seg forlatt. Åpenhet til å vise følelser, ydmykhet og en trygg relasjon gav et bedre utgangspunkt for god kommunikasjon. Kontakt mellom sykepleier og pasient var viktig for at det skulle oppstå god omsorg i kommunikasjonen. Sykepleierne som var med i studien hadde en kommunikativ holdning og prøvde å forstå pasientene som person. Sykepleierne forsøkte å hjelpe pasientene etter deres behov, ønsker og ressurser. Det kom frem i studien at sykepleierne må skape tillitt til pasientene, gi dem mot til å prøve å kommunisere og be om hjelp. For mange pasienter med afasi kan det være vanskelig å lytte samtidig som en gjør andre ting. Dermed var berøring under morgenstell en viktig måte å kommunisere på og det gjorde det enklere å forstå eller å bli forstått. På denne måten kunne en dialog bli utviklet, hvor sykepleieren og pasienten bekreftet hverandre. En ikke fysisk kontakt gjennom øyekontakt kunne være en måte å kommunisere på. Ansiktsuttrykk, spesielt uttrykk i øynene ble vektlagt. Volum, tonen i stemmen og kroppsspråk var mer viktig for sykepleierne, en talte ord. Studien viser også at

det var viktig å plassere seg på samme nivå som pasienten. Plasserte en seg over pasienten kunne det lett bli oppfattet som overlegent. Omsorgsfull kommunikasjon var en handling for å gjøre begge parter tilgjengelige, som kunne bidra til gjensidighet. Bruk av småprat var en måte å skape en hyggelig atmosfære, når pasienten ikke turte å kommunisere.

”Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry”(2002)

Artikkelen ” *Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry*” skrevet av Sundin et al.(2002) belyser forståelse i kommunikasjonen mellom sykepleiere og slagpasienter med afasi. Fem sykepleiere og tre pasienter deltok i studien på en rehabiliteringsavdeling i Sverige. Videopptak ble gjort under samtaler om bilder og sykepleierne ble intervjuet etter at opptakene ble tatt. Det å vise forståelse ble vist i forbindelse med at sykepleierne opprettet en rolig omsorg ved å formidle ydmykhet og rolig livsglede som påvirket pasientene. I en hver kommunikativ handling var det en forventning om forståelighet, pålitelighet, legitimitet og oppriktighet.

Resultatene i denne studien viser at det var viktig for sykepleierne å kjenne til pasientens personlige historie, at en var klar over pasientens diagnose og symptomer som hindret kommunikasjonen. Dette førte til at sykepleieren hadde et bedre startpunkt for kommunikasjonen. Manglet sykepleierne kunnskap om pasientens tap, evner og historie, følte de seg usikre. Det var enkelte betingelser som gjorde det vanskelig for at pasienten forstod eller ikke ble forstått. Ulike forhold kunne være at sykepleierne manglet både kunnskap og forståelse, eller at de hadde kunnskap men at den ikke nødvendigvis var ledsaget av forståelse. Dette gjorde at de manglet bevissthet om hvordan de skulle nærme seg en med afasi. Var det mangel på interesse, motivasjon og følsomhet, ble det fravær av engasjement, gjensidighet og felleskap .Studien viser at det var viktig med kvalitet og ikke kvantitet i møte, det ville si at forståelse ble oppnådd når sykepleierne møtte pasienten i en kommunikasjon som var tilstedeværende. Kommunikativ samhandling i omsorg var viktig og den måtte være rettet mot gjensidig forståelse .Kroppsspråk, mimikk, stillhet, ro, nærhet, utholdenhet og ha evnen til å vente å se forhold som var viktig når det gjaldt non-verbal kommunikasjon. Humor var også en viktig del, som skapte rolig atmosfære og gjorde gapet mellom pasient og sykepleier mindre. Det ble brukt ulike kommunikasjonsstrategier som hjalp sykepleierne til å vite hvordan de skulle gå frem med pasienter med afasi. Sykepleierne kunne legge for mye

press på pasientene til å kommunisere, som gjorde at de begynte å stresse. Dette gjorde at sykepleierne ble mer bevisste på å vise tålmodighet og bruke god tid. En annen strategi var å spørre et spørsmål også vente på respons. På denne måten ble pasientens verdighet forsvart, ved at sykepleieren gav en tolkning av pasientens melding, observerte og kontrollerte pasientens forståelse. En annen strategi var å være klar og mottakelig, en økt satsing førte til en økt forståelse.

”Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions”(2009)

Artikkelen ” *Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff- patient interactions*” er skrevet av McGilton et al.(2009). I studien deltok det 9 pasienter med kommunikasjonsproblemer og 18 sykepleiere i studien fra en omsorgsfasilitet i Ontario, Canada. Hensikten med studien var å vurdere gjennomføring av kommunikasjonsplaner og identifisere oppfatninger av tiltaket. Studien skulle også utforske om det ble endringer i pasientens oppfatning av omsorg, endringer i sykepleierens kunnskaper og holdninger til kommunikasjon med pasienter. I studien ble det satt opp en intervensjon som ble kalt PCCI(pasient sentrert kommunikasjons intervensjon). PCCI tok sikte på å gi bedre holdninger, kunnskaper og ferdigheter til personalet. Dette gjorde at det ble muligheter for ekte samtale, for å forbedre pasientens velvære. Intervensjonen inneholdt utvikling av individualiserte kommunikasjonsplaner for pasienter. Fokuset var på kommunikasjon, atferdsmessige forvaltningsstrategier og en innføring av støttesystem for sykepleierne.

Resultatene viser at sykepleierne i studien uttrykte at det var flere hull i deres kunnskap om kommunikasjonsproblemer og støttende kommunikasjonsstrategier. Sykepleierne kommenterte at de hadde nytte av bruken av bilder og at det var en ressurs for pasientene. Personalet fikk en ny bevissthet om behovet for å bruke en individuell tilnærming til å samarbeide med pasienten. Dette var preget av ulike strategier for ulike situasjoner, som var avhengig av pasientens humør og at planen ga de en retning å begynne i. Sykepleierne innså at pasientene måtte få tid til å svare før en tok over samtalen. Som et resultat av kommunikasjonsstrategiene ble noen pasienter mindre engstelige, urolige og personalet var mindre frustrerte. Kommunikasjonsstrategiene fremmet pasientens evne til å kommunisere og det ble mindre kamp for sykepleierne å forstå behovet til pasientene. Med disse nye strategiene som ble utviklet i pleieplanen, følte sykepleierne at de forstod pasientene sine

bedre, møtte behovene deres oftere og pasientene ble mindre aggressive. Dette resulterte i forbedring i pasientens livskvalitet og sykepleierne følte det ble gitt tilfredsstillende omsorg.

5.0 DISKUSJON

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte og diskutere problemstillingen min

” *På hvilken måte kan sykepleier fremme kommunikasjon til pasienter med afasi etter hjerneslag?* “Jeg kommer til å bruke litteraturen fra teoridelen min, resultater fra de fire forskningsartiklene og mine egne erfaringer fra praksis.

5.1 Omsorg og relasjonens betydning

Sundin og Jansson(2003) får frem at sykepleiere og pasienter som var åpen, viste følelser, var ydmyk og hadde en trygg relasjon gav et bedre utgangspunkt for god kommunikasjon. Skulle det komme god omsorg frem i kommunikasjonen var det viktig med god kontakt mellom sykepleier og pasient. Kvalitet i møtet mellom sykepleier og pasient ble oppnådd når det var en omsorgsfull tilstedeværelse, som gjorde at pasienten forstod og ble forstått. Omsorgsfull kommunikasjon skapte tilgjengelighet og dette var nødvendig for å danne gjensidighet. Gordon et al.(2008)får frem at sykepleierne ikke reagerte på pasientenes individuelle behov på grunn av at de kontrollerte samtalene som oppstod. Det førte til at kommunikasjonen ikke ble terapeutisk eller individualistisk tilnærmet. Kommunikasjonen måtte være effektiv for at det skulle bli dannet terapeutiske relasjoner mellom sykepleier og pasient. I Sundin et al.(2002) var det viktig at pasienten ble møtt med en kommunikasjon som var tilstedeværende for at det skulle bli skapt forståelse mellom sykepleier og pasient. En kommunikativ samhandling med omsorg var viktig og måtte være rettet mot gjensidig forståelse. Manglet partene interesse, motivasjon og følsomhet ble det mangel på engasjement og gjensidighet.

Martinsen(1990,s.94) påpeker at relasjon og moral henger nært sammen med omsorg, og hvordan det kommer frem i praktisk handling. Martinsen (2003b,s.75-85) mener det er moralen som setter rammen rundt relasjonen. Martinsen snakker om to moralbegreper, spontanmoral og normmoral. Spontanmoralen blir brukt når sykepleier gir noe til en pasient uten at en vet om det. Normmoralen blir uttrykt gjennom kjærlighetens ide og vises gjennom den gylne regel. Vi skal oppføre oss mot andre slik vi vil at andre skal være mot oss. Den gylne regel forlanger at vi skal bruke vår fantasi. I fantasien skal en være vendt mot den andre og sette seg inn i den andre sin situasjon .I hverdagen må disse to moralene kobles sammen for at det kan gies god sykepleie. Kristoffersen et al.(2005,s.62) viser til Martinsen som mener at omsorg er et forhold, en relasjon mellom to parter. Hun påpeker at sykepleieren må vise engasjement og interesse for pasienten, for å finne ut hva behovet deres er. Sykepleieren må

ha en holdning som anerkjenner pasienten ut i fra det ståstedet han er i. I dette ligger det en gjensidighet som dannes gjennom praktiske arbeidssituasjoner i samarbeid med pasienter.

Eide og Eide(2010,s.385) påpeker at det ikke lett å kommunisere når språket ikke fungerer som en fremgangsmåte for relasjon. Derfor er det viktig at sykepleier har riktig innstilling og retter oppmerksomheten mot pasienten, slik at sykepleieren formidler profesjonell holdning av interesse og vilje til å hjelpe.

Ut i fra min egen erfaring er det viktig å skape en relasjon og gjensidighet mellom sykepleier og pasient, for at en skal klare å kommunisere på en tilstedeværende og omsorgsfull måte. Hvis det er ingen relasjon eller gjensidighet er det lett for at en kommuniserer på en overfladisk måte, der du bare utførere handlingen fordi du må og uten noe form for omsorg og mening.

5.2 Nonverbal kommunikasjon og sansing av pasient situasjon

I studien til Sundin og Jansson(2003) var berøring en viktig faktor. Når pasienten og sykepleieren berørte hverandre, ble det opprettet en kontakt. Gjennom nonverbal kommunikasjon ble det utviklet en bekreftelse mellom sykepleier og pasient. For mange pasienter med afasi, var det problematisk å snakke samtidig som en skulle utføre morgenstell. Dermed ble nonverbal kommunikasjon en viktig måte å kommunisere på og det bidro til at pasienten oppnådde forståelse. For mange sykepleiere kunne tonen, stemmen og kroppsspråket være viktigere enn talte ord. Viktigheten av øynene ble spesielt lagt vekt på og ble brukt til å kommunisere for å skape en ikke fysisk kontakt. I Sundin et al.(2002) sin studie var bruk av kroppsspråk en måte å vise bekreftelse til pasienten, de viste med kroppsspråket at de virkelig ville hjelpe med å kommunisere. I studien fortalte en sykepleier:

”Jeg satt ved siden av han. Han kunne ikke si et eneste ord, men jeg så i blikket hans og i hans øyne at han var trist. Da han så at jeg var trist også, ble han enda mer tankefull, jeg vet ikke, men han ble mykere i blikket. Jeg satt ved siden av han og vi delte hans triste følelser for et øyeblikk. Dette, tror jeg, gjorde at han følte seg bedre. Jeg tror det var en slags trøst”(Sundin et al.,2002,s.98)

Innenfor Martinsen sin relasjonelle omsorg må en være åpen for sansingen og inntrykkene når en møter pasienten, samtidig som en tolker de inntrykkene som blir gitt. I denne bearbeidelsen

må sykepleieren bruke sitt faglige skjønn. De sansene som blir mottatt blir omformet til uttrykk gjennom holdning, handling, et grep eller noen rolige ord (Kristoffersen et al, 2005, s. 67). Martinsen (2000, s. 24) mener at det ligger i begge parter sine øyne en bønn om å bli tatt i mot og at sykepleier vil svare med et oppmerksomt og oppvakt blick. Hun legger også vekt på at en skal ha tillitt til sine sanser, en skal kunne våge og tro på hva øyet ser. Øyet har en virkning som varierer mellom sansing og forståelse, det oppfatter det som skjer samtidig som det utforsker (Martinsen, 2000, s. 41).

Eide og Eide (2010, s. 385) påpeker at når verbal kommunikasjon ikke er tilstrekkelig nok, vil nonverbal ha en større betydning. Med kroppslige bevegelser, uttrykk, ansiktsuttrykk, stemmebruk og berøring er det mulig å videreføre det en ønsker å si. Eide og Eide skriver også at en nonverbal ferdighet er å følge den andre sitt utsagn med en harmonisk berøring, et bekræftende svar og et nikk som er forstående (Eide og Eide, 2010, s. 197)

Ut i fra min egen erfaring har jeg erfart at nonverbal kommunikasjon er viktig for pasienter som ikke klarer å uttrykke seg verbalt. Det å vise med kroppsspråk at en er tilstede gjør at pasienten vet at en prøver å kommunisere. Bruker sykepleier kroppslige uttrykk som viser interesse for pasienten, kan kommunikasjonen bli mer åpen og pasienten tør å være mer frempå. Det er ikke alltid at nonverbal kommunikasjon blir like mye tatt hensyn til. Ofte blir en veldig opphengt i det verbale og glemmer det vi sier med kroppsspråket.

5.3 Kunnskap

Fra Gordon et al. (2008) sin studie viste det seg at det var sykepleierne som kontrollerte samtale, emnet og hvordan samtalen skulle flyte. En forklaring på dette var at sykepleierne ikke hadde nok tillitt til seg selv til å holde en samtale med en pasient med kommunikasjonsproblemer. Pasienter med afasi kunne bli sett på som uforutsigbare og vanskelige, som gjorde at de ble en trussel mot overlegen faglig kunnskap. Grunnet dårlig kompetanse følte sykepleierne seg dårlig rustet til å starte en samtale med en pasient med afasi. I Sundin et al. (2002) viste det seg at det var enkelte betingelser som gjorde det vanskelig for at pasienten forstod eller ikke ble forstått. Ulike forhold kunne være at sykepleierne manglet både kunnskap og forståelse, eller at de hadde kunnskap men at den ikke nødvendigvis var ledsaget av forståelse. Visste sykepleieren mer om pasientens personlige historie, diagnose og symptomer som hindret kommunikasjonen, gav det sykepleieren et bedre startpunkt for kommunikasjon.

Ifølge Martinsen(2000,s.12) sin omsorgsteori må sykepleier være åpen for å spørre etter fagkunnskaper som gir oss anledning til å se pasienten som et lidende menneske, som verner hans integritet og ikke reduserer pasienten til et objekt. Martinsen(2003a,s.76) legger vekt på at betydningen av omsorg må legges til rette og fullføres på en måte som gjør at pasienten føler annerkjennelse og ikke umyndiggjøring. Dette er kunnskap som bygger på sanselig forståelse, der hele personen blir berørt. Martinsen(2000,s.11) støtter seg til psykiateren Lomholt Kemp, som skriver med et kritisk blikk til hvordan en profesjonell hjelper ikke skal møte en pasient. Som profesjonell sykepleier skal en vanligvis ha tilstrekkelig avstand, være objektiv og ikke være overinvolvert. Dette kan ofte føre til at kommunikasjonen går bare en vei. Dette gjør at kunnskapen ofte blir redusert til en spør etter bestemte forhold, pasienten kan bli glemt og bli sett på som et objekt. Ifølge Martinsen(Kristoffersen et al.,2005,s.69) er dette kunnskap som bygger på begrepslig forståelse, som forholder seg mer på avstand og som gjør at ikke hele personen blir berørt. Kristoffersen et al.(2005,s 65-69) viser til Martinsen som legger vekt på at kunnskaper og fagkunnskaper om pasientens situasjon som medmenneske har betydning for at pasienten skal bli sørget for på en omsorgsfull og behagelig måte. Martinsen sier selv:

”Å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet, innebærer en rekke forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon”. (Kristoffersen et al.,2005,s.65)

Her fremhever og sikter Martinsen til den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen som er elementær for utøvelse av kompetent sykepleie. Martinsen er opptatt av at faglig skjønn er et godt skjønn, der den rette bedømmelsen kommer fra handlingsfornuft, oppfinnsomhet og barmhjertighet. Hun mener at klokskapen er den høyeste kunnskapen, men at også teoriene og prosedyrene i sykepleiefaget må være innbefattet i gode holdninger. Den praktisk moralsk handlingsklokskap lærer vi gjennom prosesser og relasjoner når vi er i samhandling med pasienter.

Ifølge Eide og Eide(2010,s.42) må en ha teori og fagkunnskaper for at en skal se behovet og det som er viktig for pasienten. Kunnskap og kommunikasjon må spille på lag, for at en skal kunne se hva en situasjon med en pasient som er rammet av afasi krever.

Min erfaring fra praksis er at vi har for lite kunnskap om pasienter med afasi, om hvordan en skal kommunisere og hva som er viktig i et møte med afasirammede. Jeg har merket at det viktig å sette seg inn i pasientens sin type afasi og historie, slik at en har noe å gå på når en skal begynne å kommuniserer med pasienten. Har en lite kunnskap kan dette ha en negativ virkning på forståelsen og omsorgen som blir gitt.

5.4 Samtalen

I studien til McGilton et al.(2009) viste det seg at sykepleierne hadde nytte av bruk av bilder i kommunikasjonen og at det var en ressurs for pasientene. Sykepleierne fikk en ny bevissthet om behovet for å bruke en individuell tilnærming til å samarbeide med pasientene. De hadde strategier for ulike situasjoner og som et resultat av kommunikasjonsstrategiene ble noen pasienter mindre engstelige, urolige og personalet var mindre frustrerte. Sykepleierne forstod at de måtte bruk god tid. En sykepleier uttalte:

” Min pasient hørtes mer fornuftig ut og hadde meningsfulle ting å si, når jeg bare ventet litt lenger”(McGilton et al.,2009,s.20)

I Sundin et al.(2002) sin studie ble det brukt kommunikasjonsstrategier som guidet sykepleierne i riktig retning til hvordan de skulle kommunisere med pasienter med afasi. En del sykepleiere kunne legge for mye press på pasientene slik at de begynte å stresse. En strategi som ble brukt da var at en skulle spørre ett spørsmål om gangen, også vente på respons. Dette gjorde at pasientens verdighet ble ivaretatt. En annen strategi var at sykepleieren skulle være klar og mottakelig. Gav sykepleieren en innsats og prøvde så godt en kunne, ble utgangspunktet for god forståelse bedre. Humor var også en viktig del i kommunikasjonen. Humor skapte en rolig atmosfære og åpenhet, som gjorde at gapet mellom pasient og sykepleier ble mindre. Fra en av sykepleierne i studien ble det uttrykt at:

”Humor betyr mye for pasientene, hvis det skjer naturlig(...). Jeg har hørt etterpå at pasienten synes det var mye moro når vi hadde en fin og lykkelig tid sammen. Hvis helsepersonell bare gjorde det de måtte gjøre perfekt og presist uten en fleip, ville det vært unaturlig. For en liten stund løftet humor en byrde som pasienten bærte på”.
(Sundin et al.,2002,s.98)

Martinsen(2000,s.23) skriver at det må være en ytre ro tilstede, der man ikke blir forstyrret av det rundt. Sykepleieren må være tilstede i situasjonen og øyeblikket. Stillhet, ro og oppmerksomhet, er elementer som kan skape indre ro hos pasienten .Martinsen(2005,s.23) sier også at tilegnelse er en viktig ting i samtale og kommunikasjon. Tilegner en seg det som blir sagt, er innholdet i samtalen gjenkjennelig for begge parter. Samtalen må inneholde tid, rom og form, men også spontanitet. Det gjør at samtalen får liv og forutsetningen for at det skal skje, er at vi er engasjert.

Eide og Eide (2010,s390) påpeker at skal en rettlede og informere om noe som skal skje, kan det være gunstig å bruke bilder, brosjyrer og bøker. Det samme mener Sunnas Sykehus HF(2011), at bruk av hjelpemidler som bilder, kart og kalender kan bidra til å hjelpe kommunikasjonen.. Bruk av egen oppfinnsomhet og kreativitet er viktig, når det gjelder benyttelse av ting som kan være til hjelp for kommunikasjonen. Skal en ifølge Eide og Eide(2010,s.389-390) klare å fremme kommunikasjon mellom sykepleier og pasient har det stor betydning at en ikke gir for mange budskap på en gang, helst bare ett spørsmål, slik at vedrørende får tid til å respondere. Det er viktig å ta en ting om gangen. Mange pasienter med afasi blir møtt med taushet, fordi sykepleiere ikke tar seg tid til å skape god kontakt. Gjennom kroppsholdning mener Sunnaas Sykehus HF(2010) at man kan vise at en har god tid. Humor har også vist seg være en viktig faktor innenfor kommunikasjon. En kan le sammen, men aldri av den afasirammede. Eide og Eide(2010,s.244) skriver at humor kan bli brukt som en mulig og virkningsfull kommunikasjonsstrategi, som kan åpne opp og bidra til kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.

Min erfaring er at en må bli kjent med pasienten og ut i fra det kan en se hvilken kommunikasjonsstrategier som kan være effektiv. Alle er forskjellig og derfor er det viktig å prøve seg frem. I praksis ser en ofte at det å bruke god tid og være mottagelig for pasienten, gir et bedre utgangspunkt for kommunikasjon. En merker også at når en har en humoristisk tone med en pasient, åpner kommunikasjonen seg mer og pasienten tør å gi mer av seg selv i en samtale.

For å finne løsninger på hvordan en skal klare å fremme kommunikasjon med pasienter med afasi, viser Gordon et al.(2008) sin studie at det er behov for videre forskning på interaksjoner mellom pleiepersonell og pasienter med afasi. I studien til McGilton et al.(2009) kommer det frem at det bør bli endringer i praksis som inneholder skreddersydd kommunikasjon som

dekker pasientens behov og som styrker kunnskap, ferdigheter og holdninger til personalet. Eide og Eide(2010,s.23) påpeker at hvis en skal bli bedre å kommunisere må man øve seg på ferdigheter som å lytte, bekrefte den andre verbalt og nonverbalt, stille spørsmål av ulike typer, videreføre informasjon, utfordre den andre til å tenke og forme samtaler. Dette er ferdigheter som må beherskes for at en kan oppnå en helhetlig mestring i praksis som bidrar til å fremme kommunikasjon med pasienter med afasi.

6.0 AVSLUTNING

For å fremme kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter med afasi er det mange faktorer som spiller inn. Kommunikasjon kan være vanskelig for pasienter med afasi og dermed er det viktig at sykepleier bruker sansene sine for å skape en innlevelse, slik at pasienten føler at kommunikasjonen blir meningsfull og at det blir gitt tilfredsstillende omsorg. For det første må sykepleieren ha respekt og annerkjennelse for den afasirammede, og plassere seg på lik linje med pasienten. Dette kan skape en relasjon mellom sykepleier og pasient som gir et bedre utgangspunkt for bedre kommunikasjon og omsorg. En gjensidighet der det oppnås en forbindelse mellom begge partene, men en må likevel ikke forvente at en alltid skal få noe tilbake.

Sykepleieren må også ha nok kunnskaper om pasienten og hvordan kommunikasjon med afasirammede kan stimuleres for at pasienten skal føle seg ivaretatt. For lite kunnskap kan ha en negativ virkning på kommunikasjonen og omsorgen, som gjør at pasienten ikke får dekket sine behov. Det å vise med berøring, blick kontakt og ha en åpen kroppsholdning viser at sykepleieren er interessert i å kommunisere med pasienten og dette skaper åpenhet. Dette gjør at pasienten tør å være mer frempå og prøver å kommunisere selv om det er vanskelig. Ved bruk av kommunikasjonsstrategier i samtale, kan det bli lettere for pasienten å bli mer deltakende i kommunikasjonen. Forskning viser at sykepleiere har for lite kunnskap om hvordan de skal forholde seg til pasienter som er rammet av afasi og dette er noe som bør endres på ute i praksis.

Referanseliste

Eide, H. & Eide, T.(2010). *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS

Figur 1. Hentet fra http://4.bp.blogspot.com/-eKDHwUvK1Ss/Ts7qTTAuI5I/AAAAAAAAAXk/KuCZrt9TZUM/s1600/kommunikasjonsproblemer_test300px.gif.

Gordon, C., Ellis-Hill, C., & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(3), 544-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x.

Kirkevold, M.(1998). *Sykepleierteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H.(red)(2008). *Geriatrisk sykepleie -God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A.(2005). *Grunnleggende sykepleie*. Bind 4. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapssenteret(2008,14.mai). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 21 februar fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Verktøy/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>

Martinsen, K.(1990). Omsorg i sykepleien: en moralsk utfordring. I: K. Jensen(red). *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal

Martinsen, K.(2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget

Martinsen, K.(2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K.(2003b). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe

McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal Of Older People Nursing*, 6(1), 13-24. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x.

Norsk helseinformatikk.(2009,12.november). *Hjerneslag*. Hentet 16.januar 2013 fra <http://nhi.no/sykdommer/hjerne-nervesystem/hjerneslag-og-blodninger/hjerneslag-1512.html?page=1>.

Satir,V.(1976). *Den største gaven*. Hentet 13.februar 2013 fra <http://ndla.no/nb/node/77326>

Slettebø, Å.(2008). *Forskningsetikk*. I B.S. Brinchmann(red.), *Etikk i sykepleien*(s.216). 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. *Nursing Inquiry*, 9(2), 93-103.

Sundin, K., & Jansson, L. (2003). 'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon -- in care of patients with stroke and aphasia. *Journal Of Clinical Nursing*, 12(1), 107-116. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x.

Sunnaas sykehus HF.(2011,30.august). *Afasi – hovedtyper*. Hentet 13.januar 2013 fra <http://www.sunnaas.no/fagfolk/temasider/faggrupper/spesialpedagog/Sider/afasi-hovedtyper.aspx>.

Sunnaas sykehus HF.(2010,9.november) *Afasi - kommunikasjon med en person som har afasi*. Hentet 16.januar 2013 fra

<http://www.sunnaas.no/fagfolk/temasider/faggrupper/spesialpedagog/Sider/kommunikasjon-med-afatiker.aspx>.

Reinvang, I.(1978). *Afasi: Språkforstyrrelse etter hjerneskade*. Oslo: Universitetsforlaget

Wergeland,A.,Ryen,S & Olsen, T.G.(2010).Sykepleie ved hjerneslag. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth(red.),*Klinisk sykepleie 2*(s.261 -267). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

VEDLEGG 1 – Resultattabeller

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Gordon, Ellis-Hill og Ashburn(2008)</p> <p><i>”The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke”.</i></p>	<p>Undersøke hvordan sykepleiere og pasienter med afasi eller dysartri kommuniserer med hverandre i naturlige interaksjoner.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. En observasjonsstudie med videoopptak, der sykepleiere hadde samtaler med pasienter med kommunikasjonsproblemer etter hjerneslag. Samtaleformen hadde en analytisk tilnærming.</p>	<p>Fem slagrammede med afasi eller dysartri og 14 sykepleiere deltok i studien.</p>	<p>-Sykepleierne kontrollerte samtalen, emnet og skapte asymmetri i all samhandling. De reagerte ikke på pasientens individuelle behov.</p> <p>-Pasienter med afasi var en trussel mot faglig kunnskap.</p> <p>- Dårlig kompetanse</p> <p>- Sykepleierne hadde ikke nok tillitt til seg selv til å holde en samtale med pasienter med kommunikasjonsproblemer.</p> <p>- Måtte engasjere seg mer i pasientene.</p> <p>-Avslappende og rolig atmosfære var viktig</p> <p>- Opplæring for å styrke kommunikasjonen</p>

<p>Sundin & Jansson (2003)</p> <p><i>”Understanding and being understood” as a creative caring phenom- in care of patients with stroke and aphasia.</i></p>	<p>Hensikten med denne studien var å belyse betydningen av å forstå og bli forstått i behandling av pasienter med afasi etter hjerneslag.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Fem sykepleiere, ble tatt opp på video sammen med tre pasienter med afasi under morgenstell. Etter videopptaket, ble de fem intervjuet umiddelbart om sin erfaring med å kommunisere med slike pasienter.</p> <p>En fenomenologisk hermeneutisk metode for tolkning av intervjuene ble brukt.</p>	<p>Fem sykepleiere og tre pasienter med afasi etter hjerneslag deltok i studien.</p>	<p>-Berøring ble sett på som en viktig kommunikasjonskanal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kroppsspråk og øyekontakt er viktig i kommunikasjonen. - Skape tillitt mellom sykepleier og pasient. -Oppstod en kvalitet i møtet når sykepleierne viste omsorg og tilstedeværelse for pasienten. - Tilgjengelighet fra begge parter er viktig for at det skal oppstå en gjensidighet. - Åpenhet, følelser og ydmykhet. - Likestilling - Småprat skapte hyggelig atmosfære
---	---	---	--	--

<p>Sundin, Jansson og Norberg(2002)</p> <p><i>”Understanding between care providers with stroke and aphasia: a phenomenologic al hermenutic inquiry”.</i></p>	<p>Meningen med studien var å presentere betydningen av helsepersonell sine egne erfaringer om å ha en forståelsesfull kommunikasjon med pasienter som har afasi etter slag</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Videoopptak ble gjort under samtaler om bilder og helsepersonellet ble intervjuet etter at video opptakene var gjort. En fenomenologisk hermeneutisk metode for tolkning av intervjuene ble brukt.</p>	<p>Fem kvinnelige sykepleiere og tre mannlige pasienter med afasi deltok i studien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bedre startpunkt for kommunikasjon hvis en kjente til pasienten sin bakgrunn. - Kunnskap og forståelse viktig for at en skal forstå hverandre - Tilstedeværelse -Kroppsspråk var viktig i kommunikasjonen -Humor skapte rolighet og likestilling mellom sykepleier og pasient. -Tid og tålmodighet - Klar og mottakelig - Viktig med kvalitet og ikke kvantitet i møte med pasient.
---	---	--	---	--

<p>McGilton, Sorin-Peters, Sidani, Rochon, Bocscart og Fox(2009)</p> <p><i>”Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions”.</i></p>	<p>Målet var å vurdere gjennomføring av kommunikasjonsplaner, identifisere oppfatninger av tiltaket, utforske endringer i pasientens oppfatning av omsorg og utforske endringer i sykepleierens kunnskap og holdning til kommunikasjon med pasienter.</p>	<p>Denne studien har en såkalt ”mixed method”. For identifisere staber og deres oppfatning av intervensjonen, ble det brukt en kvalitativ metode for å hente responsen fra to fokusgrupper. Kvantitativ data av pre- og post-test, ble tillatt for vurdering av gjennomføringen av kommunikasjonsplaner og utforskning av endringer i pasienters og sykepleiernes utfall.</p>	<p>Ni pasienter med kommunikasjonsproblemer og 18 sykepleiere deltok i studien.</p>	<p>-Sykepleierne hadde mangel på kunnskap - God nytte av bilder til kommunikasjon. - Ny bevissthet om behovet for å bruke en individuell tilnærming til å samarbeide med pasienten. -Som et resultat av kommunikasjonsstrategiene ble noen pasienter mindre engstelige, urolige og personalet var mindre frustrerte. - Bruke god tid i samtale - Kommunikasjonsplanene gjorde det lettere å jobbe med pasientene. Kommunikasjonsstrategiene fremmet kommunikasjon. - Pasienten fikk bedre livskvalitet og tilfredsstillende omsorg.</p>
--	---	---	---	--

