



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sjukepleiefaglig, forskning og fagutvikling - **Bacheloroppgave.**

Emnekode: **SYKHB 3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 22.02.13 kl. 14:00

Kandidatnr: 60

Antall ord: 8265

Sammendrag:

Bakgrunn for valg av tema: Årlig rammes 15 000 nordmenn av hjerneslag. 6-7000 av disse får afasi som følge av hjerneslaget. Når forekomsten av afasi er såpass stor, er dette en pasientgruppe sykepleiere ofte vil møte.

Problemstilling: På hvilken måte kan sykepleier best mulig kommunisere med den afasirammede pasient?

Oppgavens hensikt: Kommunikasjon er avgjørende for vår kontakt med omverdenen. Dersom språket ikke lenger fungerer som et verktøy for å få til dette, kan det ha store konsekvenser for personen som er rammet av afasi. Oppgaven skal derfor fremme kunnskap om hvordan sykepleier på best mulig måte kan kommunisere med den afasirammede pasient.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Ved søkeord som Aphasia og communication ble det plukket ut fem artikler. fire fra CINAHL og 1 fra Svemed+. Pensum- og støttelitteratur er også blitt benyttet.

Funn: I samtlige artikler fremkom det at for å få til vellykkede samtalesituasjoner mellom sykepleier og den afasirammede, må det skapes en rolig og avslappet atmosfære. Den afasirammede trenger god tid, og dette må sykepleier være bevisst på. Å se på hverandre som likeverdige samtalepartnere var viktig for å oppnå gjensidig forståelse. Bruk av humor og kroppsspråk ble verdsatt både av sykepleiere og pasienter. Det ble også etterlyst bedre kunnskap hos sykepleiere om afasi og dens konsekvenser for pasienten.

Abstract:

Background: Every year 15000 Norwegians suffer from a stroke, which results in aphasia for 6-7000 of these. Because of this, it is quite common for a nurse to meet a patient with aphasia.

Issue: In which way can a nurse communicate with a patient suffering from aphasia in the best possible manner?

Aim: Communication is vital for our contact with society. If language no longer is an option as a communication tool, this can have major consequences for the person with aphasia. This assignments purpose is therefore to strengthen the knowledge of how a nurse can communicate with a person suffering from aphasia in the best possibly way.

Method: This assignment is a study of literature. Five articles were chosen using keyword such as Aphasia and communication. Four of these articles are from CINAHL and one is from Svemed+. Curriculum and support literature are also used.

Findings: In som of the articles the focus was to create a successful conversation between a nurse and the patient suffering from aphasia by creating a calm and relaxed environment. The patient needs sufficient time, and the nurses have to be aware of this fact. Viewing each other as equals with regards to conversation is vital to achieve mutual understanding. Use of humour and body language were highly appreciated by both nurses and patients. More knowledge is needed in nursing regarding aphasia and the consequences of aphasia for the patients.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning:	1
1.1 Bakgrunn og hensikt	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing	2
1.4 Oppgavens oppbygning.....	3
2.0 Begrepsmessig rammeverk	4
2.1 Kronisk sykdom.....	4
2.2 Hjerneslag.....	4
2.3 Afasi:.....	5
2.4 Kommunikasjon.....	6
2.4.1 Kommunikasjon med afasi pasienter	6
2.5 Sykepleiefaglig perspektiv	9
3.0 Metode	11
3.1 Hva er metode?.....	11
3.2 Litteratursøk	11
3.3 Kildekritikk	12
3.4 Etske perspektiver ved forskning	13
3.5 Resultat/funn.....	14
4.0 På hvilken måte kan sykepleier best mulig kommunisere med den afasirammede pasient?	17
4.1 Respekt og likeverd	17
4.2 God tid og ro.....	18
4.3 Humor	20
4.4 Betydningen av kroppsspråk	21
4.5 Kunnskapsbasert praksis	22
5.0 Avslutning	24
6.0 Referanseliste:	i

1.0 Innledning:

Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge og årlig rammes 15 000 personer. I løpet av de siste ti-år har dødeligheten ved hjerneslag gått ned. Allikevel vil antall slag her i landet trolig øke med 50 % de neste 20 år, dersom forebyggingen ikke blir mer effektiv (Indredavik, Salvesen, Næss & Thorsvik, 2010).

Taleforstyrrelser kan opptre i ulike former etter et hjerneslag. Hos de fleste sitter talesenteret i venstre hjernehalvdel og dersom denne delen av hjernen rammes, får pasienten afasi (manglende taleevne) eller dysfasi (reduert taleevne) (Jacobsen et al., 2009).

1.1 Bakgrunn og hensikt

Temaet i denne oppgaven vil være kommunikasjon med pasienter som har fått afasi etter et hjerneslag. I følge Corneliussen, Johansen, Knoph, Lind & Qvenhild (2006) rammes 6-7000 mennesker av afasi i Norge hvert år. Det vil si at omlag 17-18 nordmenn rammes av afasi hver eneste dag.

Når forekomsten av afasi etter hjerneslag er såpass stor, er dette en pasientgruppe man ofte vil møte som sykepleier. Gjennom praksis har møter med pasienter rammet av hjerneslag både rørt og påvirket meg. Dette gjelder spesielt pasienter som har mistet sin taleevne, eller som har betydelige problemer med å uttrykke seg verbalt. Erfaringene med disse pasientene har satt i gang en tankeprosess hos meg. Disse menneskene har plutselig fått frarøvet sitt språk og sin taleevne. Kommunikasjon kan derfor være en stor utfordring, både for pasient og sykepleier. Informantene i studien til Kitzmüller (2007), som selv hadde blitt rammet av afasi, fremhevet viktigheten av god kommunikasjon ved å uttrykke at afasi var det funksjonstapet som hadde størst negativ innvirkning på deres livskvalitet.

Jeg har fått opplevet fortvilede pasienter som virkelig prøvde å få uttrykt seg, men som ikke fikk frem et eneste ord. Frustrasjonen og fortvilelsen over sin egen situasjon var godt synlig. Jeg har også møtt oppgitte pasienter som prøvde å få i gang en samtale, men som til slutt ga opp fordi ordene ikke ville komme ut slik de selv ønsket. Gjennom språket kommuniserer vi med omverdenen og med mennesker rundt oss. Vi får uttrykt våre tanker, ønsker, meninger og får satt ord på følelser. Ekeland (2007) mener at mye av det vi trenger for å kunne fungere

psykisk er knyttet til vår kontakt med andre mennesker og relasjonene til disse. Kommunikasjonen er avgjørende for å få tilfredsstilt disse behovene. Relasjoner gir grunnlag for mening og fellesskap, og uten disse relasjonene vil hele eksistensen bli satt på prøve.

Målet med denne oppgaven er å finne ut, gjennom forskning og litteratur, hvordan sykepleiere på best mulig måte kan kommunisere med pasienter med afasi. Når kommunikasjonen mellom sykepleier og den afasirammede er god, fører dette trolig til bedre livskvalitet for pasienten. Praksiserfaringene mine har ført til en stor interesse for dette temaet. Jeg ønsker derfor å lære mer om kommunikasjon og betydningen den kan ha for den afasirammede pasient. Jeg håper at oppgaven min kan være med på å belyse viktigheten av god kommunikasjon til disse pasientene.

1.2 Problemstilling

Oppgavens problemstilling er: ”På hvilken måte kan sykepleier best mulig kommunisere med den afasirammede pasient?”

1.3 Avgrensning

Jeg har valgt å avgrense oppgaven slik at den omhandler pasienter som har manglende evne til å uttrykke seg verbalt. Afasi kan komme i flere forskjellige former, dette har jeg valgt å se bort ifra. I følge Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen (2010) har de fleste pasienter som rammes av afasi en kombinasjon av alle formene. Det vil allikevel bli redegjort for de ulike hovedformene for afasi senere i oppgaven. Det tas utgangspunkt i at pasienten verken har nedsatt hørsel eller synsevne som kan påvirke kommunikasjonen. Tillegsvansker som lammelser, skrive- og lesevansker er ikke tatt med. Det vil bli fokusert på hvordan sykepleier kan kommunisere med afasipasienter i en rehabiliteringsfase og videre i forløpet. Oppgaven vil dermed ikke ha fokus på kommunikasjon med afasi pasienter i den akutte fasen etter hjerneslaget, ettersom at det i denne fasen vil være mer fokus på opprettholdelse av livsviktige funksjoner. Det blir tatt utgangspunkt i at pasienten har hatt slag i venstre hjernehalvdel, ettersom det hos de fleste mennesker er her talesenteret ligger.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven starter med en innledning, og går videre til bakgrunn for valg av tema. Her kommer også hensikten med oppgaven inn. Videre blir oppgavens avgrensninger presisert. I det følgende kommer det en teoridel, som jeg har valgt å kalle ”Begrepsmessig rammeverk”. Her vil forskjellige begreper bli definert og utdypet. Joyce Travelbees sykepleiefokus vil også bli gjort rede for. Det vil være fokus på kommunikasjon, og da spesielt kommunikasjon med pasienter som har afasi. I metodedelen vil det blir gjort rede for hva en metode er, hvilken metode som er blitt brukt, og hvordan jeg har søkt etter artikler. Artikkene vil også bli presentert her. Videre kommer et kapittel med drøftelser. Her vil litteratur og forskning, samt egne praksiserfaringer, bli vurdert for å finne ut av problemstillingen som er valgt. Avslutningsvis blir funn/svar på problemstilling oppsummert.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

I det følgende vil sentrale begreper og emner bli gjort rede for og definert. Dette basert på pensum/støtte litteratur. Kapitlet starter med teori om kronisk sykdom, hjerneslag og afasi. Videre vil teori om kommunikasjon med afasirammede pasienter bli presentert. Til slutt belyses Joyce Travelbee`s sykepleie teori.

2.1 Kronisk sykdom

Curtin & Lubkin definerer kronisk sykdom som;

”En irreversibel konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt” (Sisert i Gjengedal & Hanestad, 2001, s. 12).

Ifølge Kirkevold (2007) kan det diskuteres i hvilken grad hjerneslag oppfattes som en kronisk sykdom. Hjerneslaget kan oppstå av underliggende sykdommer, og blir da ikke i seg selv en kronisk sykdom. Allikevel fører et hjerneslag, i de aller fleste tilfeller, til langvarige eller kroniske tilstander av funksjonshemninger. Disse krever flere tilpasninger og håndteringer fra pasienten og pårørendes side. Hjerneslag kan i slike tilfeller ses på som en kronisk sykdom.

2.2 Hjerneslag

Hjerneslag (apoplexia cerebri) betegnes ifølge Bertelsen (2011) som en plutselig skade på hjernevevet som følge av at blodtilførselen til et område i hjernen plutselig opphører. Dette kan skje enten på grunn av hjerneinfarkt eller blødning fra en arterie i hjernen. Hjernevev vil raskt dø ved opphør av oksygen- og glukosetilførsel fra blodet. Dette kan skje i løpet av få minutter. Funksjoner som er kontrollert av området som rammes vil gå tapt, når hjernecellene i dette området dør.

Førhøyet blodtrykk, røyking, diabetes, atrieflimmer og hjertesykdom er, i følge Karoliussen (2000), risikofaktorer for hjerneslag. Infarkt forårsaket av sviktende gjennomstrømming i hjernens blodkar, er den vanligste årsaken til hjerneslag.

I følge Indredavik et al. (2010) er 85-90% av alle hjerneslag forårsaket av hjerneinfarkter. 10-12% forårsakes av hjerneblødninger, og hjernehinneblødninger er årsaken til 3-5% av tilfellene.

Symptomer og tegn på hjerneslag skyldes vesentlige skader i sentralnervesystemet. Som oftest er symptomene: Lammelser i motsatt side av den delen av hjernen som er rammet, skjevhet i ansiktet, redusert følelse i huden eller totalt fravær av følelse i halve kroppen, taleforstyrrelser og svelgevansker. Hvordan symptomene arter seg, og hvor hardt de slår ut, avhenger av skadens omfang og lokalisering (Jacobsen et al., 2009).

I det akutte stadiet etter et hjerneslag er dødeligheten opptil 25%. Sjansen for ikke å overleve er høyest ved hjerneslag forårsaket av blødninger. Det finnes et større rehabiliteringspotensial hos yngre pasienter rammet av hjerneslag, men også mange eldre kan rehabiliteres helt eller delvis. Rehabilitering krever en stor innsats fra både pasienten selv, fra de pårørende og fra helsepersonellet (Jacobsen et al., 2009).

2.3 Afasi:

Afasi betegnes, i følge Corneliussen et al. (2006), som ervervede språkvansker som skyldes en skade i venstre hjernehalvdel. Blodpropp eller hjerneblødning er de vanligste årsakene til afasi. Afasi innebærer at personen kan ha vansker med å finne ord, forstå hva andre sier, bygge opp setninger og å snakke. Afasi kan også medføre skrive- og lesevansker for personen som er rammet. Allikevel blir ikke evnen til å tenke klart skadet. Både kvinner og menn rammes av afasi. Mange av disse er eldre mennesker. Allikevel er det ikke uvanlig av relativt unge mennesker får afasi.

Venstre hjernehalvdel er dominant for språkfunksjonen vår. Derfor oppstår afasi sjelden etter en skade på høyre hjernehalvdel. Afasi oppstår ved skader i språkområdene i hjernebarken eller i forbindelsen mellom språkområdene. Det finnes et fremre og et bakre språkområde i hjernen vår. Et hjerneslag kan derfor gi skade på enten fremre, bakre eller begge språkområdene samtidig. (Smebye & Bergland, 2000).

Hvordan afasi arter seg er avhengig av hvor i hjernen skaden har oppstått og hvor stort omfanget av skaden er. En skade i det fremre språkområdet vil føre til vansker med å finne

frem til og forme ordene som skal uttales. Setningene blir korte, og tale tempoet er langsomt med dårlig flyt. Den afasirammede kan ha vanskeligheter med å få med seg alt som blir sagt, men forstår en god del. En skade i det bakre språkområdet vil føre til at den afasirammede har vanskeligheter med å oppfatte det som blir sagt. Talen har et flytende preg, men det vil være lite innhold og mening i det som sies. Talen kan også inneholde forvekslinger av ord. Når en skade på hjernen har vært så stor at både fremre og bakre språkområde blir rammet kan dette føre til at den afasirammede får et sterkt redusert språk. Vedkommende har da store vansker både med å uttrykke seg, og med å forstå hva andre sier. Noen har en tendens til å gjenta de samme ordene, ofte ord uten mening. Disse personene har som regel god situasjonsforståelse, noe som fører til at de kan forstå enkel tale om dagligdagse gjøremål (Corneliussen et al., 2006).

Det er viktig å huske på at det er store individuelle forskjeller hos personer med afasi. Noen gjenvinner mer språk og taleevne enn andre. Hvordan den afasirammede klarer å utnytte andre metoder og hjelpemidler enn talen i kommunikasjonen, avhenger av hvordan samtalepartneren forholder seg, og situasjonen forøvrig. Det er nødvendig å forstå at afasi ikke betyr at personen har mistet språket, men at den afasirammede ikke lenger har like god tilgang til sitt språk (Corneliussen et al., 2006).

2.4 Kommunikasjon

Eide og Eide (2007) definerer kommunikasjon som en utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Selve begrepet ”kommunikasjon” stammer fra det latinske ordet *communicare* som betyr å gjøre noe felles, ha forbindelse med. Corneliussen et al (2006) mener at kommunikasjon forutsetter et godt samarbeid og en aktiv samhandling mellom alle som deltar. De involverte har et noenlunde felles mål, og forholder seg til et felles tema.

2.4.1 Kommunikasjon med afasi pasienter

Det viktigste middelet til kommunikasjonen er språk (Corneliussen et al., 2006). Det er ikke enkelt å kommunisere når språket ikke lenger fungerer som et middel for å skape kontakt og mening i tilværelsen (Eide & Eide, 2007). I følge Rokstad (2000) er det verbale språket sentralt for kontakt og kommunikasjon mellom mennesker. På grunnlag av dette kan sviktende språk skape store utfordringer og vansker i samhandlingen. Berentsen (2008) mener

at afasi kan få store konsekvenser for vår sosiale fungering. Det er en betydelig sammenheng mellom afasi og depresjon noe som kan skyldes at mange med afasi isolerer seg. Når personen har manglende evne til å uttrykke seg eller å forstå det som sies, kan dette resultere i at han eller hun har lett for å gi opp.

I følge Kirkevold (2008) er det sykepleierens oppgave å tilrettelegge kommunikasjonen slik at man gir den afasirammede best mulige vilkår for å kunne delta i meningsfulle samtaler. Corneliussen et al. (2006) mener at det kreves både kunnskap om pasientens lidelse, evne til å leve seg inn i pasientens situasjon og en beherskelse av et nyansert register av forskjellige kommunikasjonsstrategier, for å kunne kommunisere godt med afasirammede pasienter. I tillegg til dette kreves det tålmodighet, vilje og evne til å vise interesse. Det er nødvendig å lytte til og forsøke å forstå den afasirammede.

Man må som sykepleier være spesielt oppmerksom på kroppsspråk i kontakt med afasirammede pasienter. Pasienten fanger opp og forstår signaler som kroppstilling, mimikk, stemmeleie og øyeuttrykk og man må dermed ha evnen til å bevisst utnytte dette i kommunikasjonen. Øyeblikkontakt med pasienten under samtalen er viktig (Lohne, Raknestangen, Mastad & Kjærnes, 2010).

Nonverbal kommunikasjon vil være viktig når man ikke kan nå den andre via verbalt språk. Via kroppslige bevegelser og uttrykk, ansiktsuttrykk, mimikk, stemmebruk og berøring er det mulig å skape kontakt og formidle det man ønsker å si (Eide & Eide, 2007). I følge Smebye & Bergland (2000) kan også hjelpemidler som blyant og papir, bilder og tegninger være til stor hjelp dersom den verbale kommunikasjonen er vanskelig å få til. Det er viktig å ta seg god tid til å observere og lytte når man samhandler med slagrammede pasienter som ikke kan uttrykke seg verbalt på vanlig måte. Tålmodighet er viktig slik at den afasirammede får anledning til å svare så godt han kan. Og slik at han klarer å respondere på sin måte, med de signalene han klarer å bruke. For at vedkommende skal få anledning til å respondere før man går videre, er det nødvendig ikke å sende for mange budskap på en gang. Å bruke god tid er et nøkkelord her, slik at man lytter og observerer hva den andre svarer (Eide & Eide, 2007). Det er i følge Smebye og Bergland (2000) viktig å vise tålmodighet og gi oppmuntring. Den afasirammede må også få ro til å konsentrere seg om en oppgave om gangen. Usikkerhet hos sykepleiere kan føre til at vedkommende går for fort frem og pasienten får dermed ikke tatt inn over seg det som blir sagt. For mange spørsmål på en gang kan forstyrre den

afasirammede slik at han ikke får muligheten til å formulere et svar. Eide og Eide (2007) mener at en sykepleier ikke kan forvente et forståelig svar fra den afasirammede pasient, når det stilles åpne spørsmål. Ved en kombinasjon av lukkede spørsmål som pasienten kan svare på med å riste på hodet eller nikke, kan man tydelig få frem hva pasienten mener, føler og tenker for så å hjelpe ham å formidle dette. Det er nødvendig at sykepleier uttrykker seg entydig, bruker få og klare ord og snakker i korte setninger.

Det kan ofte være svært anstrengende for en som har fått afasi å delta i en samtale. Det kan være mye som skjer samtidig og man skal både prøve å forstå det som blir sagt, og forsøke å si noe selv. Det å ta del i en samtale krever stor konsentrasjon for en som har afasi. Forskjellig bakgrunnsstøy fra tv eller radio kan være forstyrrende. Det er derfor viktig å skape rolige og avslappede omgivelser med. Å begrense hvor mange som er med i samtalen og forflytte seg til et roligere sted kan være nødvendig (Corneliussen et.al, 2006).

Eide og Eide (2007) mener at det ofte kan oppstå fordommer mot afasirammede slagpasienter, noe som er svært ødeleggende for kommunikasjonen. Selv om afasi pasienter ikke klarer å uttrykke seg særlig godt, kan de ha god oppfatningsevne. De vil ofte ikke klare å svare når de snakkes til og man kan tro at de dermed heller ikke forstår hva som blir sagt, noe som kan oppleves svært frustrerende. Afasirammede har behov for å bli snakket med, bli tatt med i samtaler og være en del av fellesskapet på lik linje med alle andre. Har man mistet sin uttrykksevne kan man fort føle seg ensom. Det å bli inkludert i samtaler kan være til stor hjelp for å forebygge ensomheten. Afasirammede trenger også all den trening de kan få i å uttrykke seg og kommunisere.

Humor og latter kan være viktig for pasientens velbefinnende. Sans for humor er en verdifull egenskap som kan bidra til et nytt perspektiv i en ellers vanskelig situasjon. Humor kan bidra til å forbedre kommunikasjonen mellom hjelper og pasient, og også til å redusere spenning. Når man opplever belastninger kan man ofte bli mer fokusert på egne problemer og lidelser, slik at evnen til åpent å forholde seg til andre blir redusert. I slike tilfeller kan humor bidra til å lette på stemningen og skape bedre kontakt (Eide & Eide, 2007).

I følge Eide og Eide (2007) har humor brukt i helsefaglig sammenheng som formål å fremme helse, lindre lidelse, skape kontakt og tillit. Humor kan bidra til å styrke båndet mellom

hjelper og pasient samt å øke nærhet og kontakt. Men ikke alle pasienter reagerer positivt på humor. Det er viktig at man ser både person og situasjon an.

2.5 Sykepleiefaglig perspektiv

Det sykepleieteoretiske perspektivet vil, i denne oppgaven, bli belyst gjennom sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee.

Travelbee (1999) ser på mennesket som et absolutt unikt og uerstattelig individ. Hun definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess. I denne prosessen hjelper den profesjonelle sykepleiepraktikeren et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge, mestre og dersom nødvendig finne mening i erfaringer med sykdom eller lidelse. Det er nettopp dette som er sykepleiens mål og hensikt.

Den profesjonelle sykepleier har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Kjennetegnet med et slikt forhold er at både sykepleieren og den syke forholder seg til, og oppfatter hverandre som unike menneskelige individer og ikke som ”sykepleier” og ”pasient”. For å få til et slikt forhold kreves det at ”fasadene” som ”sykepleier” og ”pasient” overskrides slik at man kan nå inn til hverandre som individ. Dette menneske-til-menneske-forholdet er selve virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. For å få til et slikt forhold må sykepleieren og pasienten ha gjennomgått fem forskjellige faser:

- *Det innledende møtet* er når sykepleier og pasient møtes for første gang. Førsteintrykket dannes og i denne fasen ser de hverandre i liten grad som unike individer.
- *Framvekst av identiteter* skjer når sykepleier og pasient etablerer en tilknytning til hverandre og begynner å betrakte hverandre som individer.
- *Empatifasen* inntreffer når den enkelte forstår betydningen av hva den andre tenker og føler. Den enkeltes status som unikt individ blir i denne prosessen klarere oppfattet.
- *Sympati og medfølelse* vil si at sykepleier har et grunnleggende ønske om å hjelpe den som har det vondt. Dette kan vises gjennom varme, godhet, medlidenhet og omsorg kommunisert, verbalt eller non-verbalt, til den andre.
- *Gjensidig forståelse og kontakt* er det som oppleves når sykepleieren og pasienten har gjennomgått de fire fasene over. Sykepleier og pasient relaterer seg til hverandre og

når inn til hverandre som individer. Forholdet bygger på tillitt og trygghet (Travelbee, 1999).

I følge Travelbee (1999) er kommunikasjon en prosess som gjør det mulig for sykepleieren å etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Dette fører til at sykepleiers mål og hensikt oppfylles. Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient fører til en relasjon, et bekjentskap mellom dem, som igjen fører til etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Dette foregår både verbalt og non-verbalt, enten bevisst eller ubevisst. Det er sykepleierens oppgave å forstå hva den syke kommuniserer for så å bruke denne informasjonen i planleggingen av den videre behandlingsprosessen.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert, 1985, s. 196). I følge Dalland (2012) forteller metoden oss noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe oss kunnskap, for så å etterprøve denne kunnskapen. Metoden vil gi oss gode data og belyse spørsmålene våre på en faglig interessant måte. Dette er begrunnelsen for å velge ut en bestemt metode.

I møte med noe vi vil undersøke brukes metoden som vårt redskap. Metoden hjelper oss å samle inn informasjon som vi vil trenge til undersøkelsen vår (Dalland, 2012).

Vi kan ifølge Dalland (2012) skille mellom kvalitative og kvantitative metoder.

Ved de kvalitative metodene går man mer inn i dybden og får opplysninger om få undersøkelsesenheter. Målet er å få frem det som er spesielt, og eventuelt det som er avvikende. En kvalitativt orientert metode inneholder ofte intervjuer og datasamlingen skjer i direkte kontakt med feltet. Fremstillingen tar så sikte på å formidle forståelse.

Ved de kvantitative metodene går man i bredden og innhenter et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter. Målet er å få frem det gjennomsnittlige og det som er felles. Spørreskjemaer blir ofte brukt, og datasamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet. Fremstillingen tar sikte på å formidle forklaringer (Dalland, 2012).

3.2 Litteratursøk

I denne oppgaven er det blitt brukt litteraturstudie som metode. Litteraturstudier skal bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetoder (Olsson & Sørensen, 2003).

I følge Forsberg og Wengström (2008) innebærer en litteraturstudie å søke, kritisk analysere og sammenligne litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde. En systematisk litteraturstudie har som mål å få frem data fra tidligere gjennomførte studier. Litteraturen utgjør informasjonskilden og innsamlet data bygger på vitenskapelige tidsskrifter eller andre vitenskapelige rapporter.

En forutsetning for at man skal kunne utføre en litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig antall studier med god kvalitet. Dette fordi det er studiene som man finner som skal danne grunnlaget for drøftingen og konklusjonen (Forsberg & Wengström, 2008, s. 29-37).

Jeg har brukt forskjellige databaser for å finne frem til relevante og gode forskningsartikler. Svemed+, CINAHL og Pubmed har vært sentrale. I begynnelsen ble Svemed mye brukt, for å forsøke å finne noen nordiske artikler. Det var flere ulike søkeord som ble brukt med mange resultater. De fleste av artiklene som kom opp var ikke relevante til problemstillingen min og mesteparten var fagartikler. Allikevel fant jeg etter hvert en av mine fem forskningsartikler på svemed+. Søkeordet som da ble brukt var afasi. Jeg avgrenset også søket til norsk.

De 4 andre artiklene som brukes i denne oppgaven ble funnet på CINAHL.

CINAHL dekker litteratur fra ca. 1800 tidsskrifter, der 500 av disse er sykepleietidsskrifter. Her kan man finne både kvantitativ og kvalitativ forskning innen sykepleie og andre helsefag (Bjørk & Solhaug, 2008).

Søkeordene som ble brukt i CINAHL var "Afasi", "slag" og "kommunikasjon". På engelsk ble dette "aphasia", "stroke" and "Communication". Disse søkeordene gav flere hundre treff. Det ble derfor forsøkt å bytte ut ordet "stroke" med "nurse". Dette gav 23 treff. Ut ifra disse 23 artiklene plukket jeg ut fire som var relevante for problemstillingen min.

3.3 Kildekritikk

Dalland og Tygstad (2012) mener at for å kunne fastslå om en kilde er sann, må man bruke kildekritikk som metode. Kildekritikken skal vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet som brukes og skal vise hvilke kriterier man har benyttet seg av i utvelgelsen av litteratur.

Før jeg valgte ut artiklene hadde jeg på forhånd bestemt meg for at artiklene ikke burde være eldre enn 10 år gamle og at de skulle være godkjent av etisk komite'. Det var også viktig at informantenes personvern ble opprettholdt. Et annet kriterium var at informantene hadde gitt sitt samtykke til å delta i studien. Selv om artiklene i utgangspunktet ikke burde være eldre

enn 10 år, måtte jeg moderere dette litt. Jeg fant 2 gode og relevante artikler som var noe eldre. Ikke minst fordi det ikke finnes mye forskning på området valgte jeg å ha dem med.

Artiklene jeg har valgt ut har til felles at de alle handler om afasi og kommunikasjon. På forhånd ønsket jeg å belyse min problemstilling fra både sykepleiere- og pasienters ståsted. Jeg fant raskt ut at dette kunne bli vanskelig. I sin studie påpeker Gordon et al. (2009) at de fleste kommunikasjonsstudier om slag, ekskluderer personer med afasi. Årsaken til dette er at det kan være vanskelig å få samtykke og å samle inn meningsfulle data, på grunn av deres kommunikasjonsproblemer. Fire av de valgte artiklene tar altså utgangspunkt i sykepleieres syn og forståelse av det valgte tema. Kun én av artiklene jeg fant omhandlet pasientenes perspektiv og syn på det samme. Allikevel syns jeg at denne ene artikkelen kan være med på å styrke oppgaven.

Av de artiklene som er blitt valgt i oppgaven har 3 samme forfatter. Dette kan være negativt i den forstand at refleksjonene over studiene og studienes hensikt har flere av de samme kjennetegnene. Man kan dermed oppleve å få en forsnøvet forståelse av resultatene. Allikevel syns jeg at de 3 studiene er så relevante for min problemstilling, at jeg har valgt å ta med alle. Alle artiklene er godkjent av etisk komité og fremstår som gode og solide. I flere av studiene ble sykepleierne som deltok valgt på grunnlag av "særlig god kompetanse" innenfor området kommunikasjon med afasirammede. Dette kan trekke studiene litt ned i den forstand at resultatene refererer seg til hvordan spesielt gode sykepleiere klarer å kommunisere. Hadde det heller blitt brukt et mer tilfeldig utvalg i studiene, kunne man fått et større innblikk i hvilke teknikker man bør eller ikke bør bruke i kommunikasjon med slagrammede. Studienes resultater viser dermed ikke hvordan sykepleie knyttet til pasientgruppen generelt er. Til tross for dette kan studienes resultater være en god pekepinn på hvordan man på best mulig måte kan kommunisere med afasirammede.

3.4 Etiske perspektiver ved forskning

Dalland (2012) mener at forskningsetikk er et område som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Ifølge Forsberg og Wengström (2008) bør etiske overveielser gjøres før man begynner på en litteraturstudie. Det er nødvendig å velge studier der etiske overveielser er blitt gjort og som er blitt godkjent av etisk komité. Det

er i denne oppgaven blitt lagt vekt på at forskningsartiklene er godkjent av etisk komite'. Det har også vært viktig at konfidensialitet, taushetsplikt og anonymitet er opprettholdt i artiklene.

Olsson og Sörensen (2003) mener at forskningsetikk også handler om forholdet til den opprinnelige opphavsmannen. Sitater og referanser skal være korrekt gjengitt. Opphavsmannens navn skal være oppført slik at forfatteren ikke fremstår som eier av en annen persons tekst. Dersom dette skjer kalles det for plagiat. Ifølge Dalland (2012) skal man referere til kilder man har brukt på en slik måte at leseren lett kan finne tilbake til de samme kildene.

I denne oppgaven oppgis referanser og kilder i henhold til høgskolens retningslinjer. Dette for å unngå plagiat. Alle henvisninger til litteratur gjøres slik at man kan finne tilbake til kildene. Dersom sekundærkilder har blitt gjengitt i litteraturen har jeg prøvd å gå tilbake til primærkilden. Dersom dette ikke har latt seg gjøre skal dette komme tydelig frem i referansen ved at det står "sitert i".

3.5 Resultat/funn

Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia – Sundin & Jansson (2003).

Dette er en svensk kvalitativ studie fra 2003. Studiens hensikt var å få frem meningen med det å bli forstått og det å forstå når det kom til pleie og omsorg til pasienter med afasi etter et hjerneslag. 3 mannlige slagpasienter i alderen 62-80 år sa ja til å være med i studien. Pasientene hadde forskjellige grader av afasi, men felles for alle var at de både kunne svare ja og nei. Også 5 sykepleiere, som alle jobbet på en rehabiliteringsavdeling på sykehus, ble med i studien. Alle ble informert om studiens hensikt og hvordan den ville foregå. Metoden som ble brukt var videoopptak av morgenstellet, og intervjuer av sykepleierne umiddelbart etter stellet. Under intervjuene fikk sykepleierne se opptakene og reflektere over kommunikasjonen med pasientene. Resultatet viste at en rolig og avslappet atmosfære er veldig viktig. Nonverbal kommunikasjon som øyekontakt, kroppsspråk og berøring var viktige elementer for å få til en felles forståelse mellom pasient og sykepleier.

Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? – Kitzmüller (2007).

Studiens hensikt var å få frem afasipasienters positive (og negative) erfaringer i møte med helsepersonell og hvordan disse erfaringene kan påvirke mestring. 13 afasirammede, seks kvinner og sju menn, deltok i denne kvalitative studien. Metoden som ble brukt var dybdeintervju hvor deltakerne ble oppfordret til å innlede intervjuet med fortellinger. Flere deltakere understreket at vennlighet, humor og samtaler om andre ting enn sykdommen, var viktige faktorer for å oppnå mestring. Flere av deltakerne etterlyste mer kunnskap om afasi hos helsepersonell. De ønsket også at helsepersonell hadde større fokus på opptrening av språkfunksjonen etter hjerneslaget. For å oppnå mestring var det viktig at helsepersonell betraktet dem som likeverdige samtalepartnere som man kunne lytte til og snakke med.

Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words – Sundin, Jansson & Norberg (2000).

Denne svenske kvalitative studiens hensikt var å belyse betydningen av kommunikasjon med afasi rammede slagpasienter. 10 sykepleiere, som alle jobbet på en rehabiliteringsavdeling og som ble sett på som spesielt gode til å kommunisere med afasi pasienter, sa ja til å delta i studien. Gjennom dybdeintervjuer fortalte sykepleierne om sine egne opplevelser og erfaringer med hvordan de kommuniserte med denne type pasienter. Ut fra de forskjellige erfaringene ble det så trukket konklusjoner: For å kommunisere vellykket med en pasient som hadde mistet sitt språk var det nødvendig å se den enkelte som et unikt menneske. Man måtte sette seg inn i pasientens følelser og situasjon. På denne måten ble kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient ledet av følelser. Å få til en avslappet og rolig atmosfære der man satte av god tid til pasienten var viktig. På denne måten unngikk man at pasienten ble stresset og dermed unnlot i å kommunisere.

The use of conversational analysis: nurse- patient interaction in communication disability after stroke – Gordon, Hill & Ashburn (2009).

Hensikten med denne kvalitative studien var å få et innblikk i hvordan sykepleiere og pasienter, rammet av afasi og dysartri, kommuniserte med hverandre i et naturlig samspill. For å finne ut av dette ble det satt opp videokameraer som fanget de naturlige samtalen mellom sykepleierne og pasientene. Personlig stell ble ikke filmet. I alt 15 sykepleiere og 5 slagpasienter deltok i studien. Studien er godkjent av etisk komite, og deltakerne fikk informasjon om at de når som helst kunne trekke seg dersom ønskelig. Resultatet av studien

viste at 88 % av alle samtaler ble startet av sykepleierne. Ingen pasienter med afasi startet en samtale. 54 % av alle samtaler var relatert til sykepleierens oppgaver og sykepleierne unngikk ofte åpne spørsmål. Det var mangel på samtaler som hadde til hensikt å finne ut av hvordan pasienten hadde det. Istedenfor ble de fleste samtaler innledet med et gjøremål eller en sykepleie-oppgave. For eksempel ”Skal jeg re opp sengen din?”. Bedre kunnskap hos sykepleiere ble etterlyst.

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

I denne svenske kvalitative studien deltok 5 kvinnelige sykepleiere, og 3 mannlige slagpasienter med afasi. Hensikten var å belyse hvordan sykepleierne erfarte forståelse i kommunikasjon med afasi rammede slagpasienter. For å finne ut av dette ble video opptak brukt. Sykepleierne ble filmet sammen med pasientene mens de samtalte om 2 bilder. Sykepleierne ble etter videoopptakene intervjuet. Under intervjuene ble den enkelte bedt om å fortelle hvordan det hele ble opplevd, etterfulgt av spørsmål som fikk frem hennes opplevelse, handlinger, tanker, følelser og hennes syn på pasientens opplevelse av situasjonen. For å oppnå den rette forståelse mellom sykepleier og pasient var det nødvendig at sykepleierne var oppmerksomme på pasientens følelser og bekreftet disse. Det å skape en rolig og avslappet atmosfære var viktig. Humor, medfølelse, tilstedeværelse, tid og ro, var viktige elementer for å skape den rette forståelse i kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten.

4.0 På hvilken måte kan sykepleier best mulig kommunisere med den afasirammede pasient?

På bakgrunn av litteraturen og forskningsartiklene som er blitt presentert, vil det nå bli foretatt en drøftelse av aktuelle temaer. Avslutningsvis munner drøftelsen ut i en oppsummering som svarer på problemstillingen. Jeg har valgt å dele dette kapitlet inn i små hovedkapitler. De ulike hovedkapitlene er som følgende:

Respekt og likeverd

God tid og ro

Humor

Betydningen av kroppsspråk

Kunnskapsbasert praksis

4.1 Respekt og likeverd

I studien til Kitzmüller (2007) kom det frem at informantene opplevde vellykkede samtalsituasjoner dersom personalet viste respekt og behandlet dem som fullverdige mennesker, til tross for at de hadde mistet språket. Det var også viktig for dem at sykepleiere kommuniserte med dem som om de forventet et svar. Dette hadde stor innvirkning på informantenes selvfølelse og selvrespekt. Også Corneliussen et al. (2006) påpeker at en god samtale bør være preget av likeverd og respekt.

Corneliussen et al. (2006) mener at dersom vi setter prinsippet om lik deltakelse i fokus, blir vi også samtidig innstilt på at personen som har afasi, er en interessant, reell og likeverdig samtalepartner, og at han skal behandles som nettopp det. En av sykepleierne i studien til Sundin et al. (2000) uttalte seg slik: ”Vi er i samme situasjon, pasienten og jeg. Vi er på samme nivå. Vi har de samme verdiene og det samme menneskeverdet. Den eneste forskjellen mellom oss er at jeg kan hjelpe pasienten” (Sundin et al., 2000, S. 485). I følge Travelbee (1999) er det viktig at den profesjonelle sykepleier etablerer et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleier og pasient forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer og ikke som ”sykepleier” og ”pasient”. Travelbee (1999) nevner også at kommunikasjon er en prosess som gjør det mulig å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Ved å ha god kommunikasjon og evnen til å se på hverandre som unike, vil sykepleieren kunne gi optimal

pleie og omsorg til pasienten. Noe som også vil innebære forståelse for pasienten og det å selv bli forstått i samtale med den afasirammede.

Corneliussen et al. (2006) mener at likeverdighet i samtale med afasirammede er viktig. Sykepleierne som deltok i studien til Sundin et al. (2000) mener det er viktig å se på den afasirammede pasient som unik, verdifull og likeverdig. Først da oppnås den rette forståelse i samtalen. Sundin og Jansson (2003) påpeker også viktigheten av å vise pasienten respekt i samtalsituasjoner. Dette kan vises ved at sykepleier setter seg på samme nivå som pasienten, og ikke ”hever seg over ham” mens de prater. En av sykepleierne i studien til Sundin og Jansson (2003) forklarte også at hun foretrakk å sitte på huk dersom pasienten selv satt. Hun mente at hun viste pasienten respekt gjennom å være på samme nivå når de kommuniserte.

Evnen til medlidenhet og medmenneskelig innlevelse fra sykepleier var egenskaper som ble sterkt verdsatt hos informantene som deltok i studien til Kitzmüller (2007). De uttrykte også at de ble sett på som ”hele” mennesker dersom relasjonen med sykepleier var preget av empati, respekt og vennlighet. Å bli sett på som hele mennesker fremmet både egenverd, livsmot og håp hos pasientene. Travelbee (1999) nevner fem faser som sykepleier og pasient må ha gjennomgått for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold som bygger på tillit og trygghet. I empatifasen blir den enkeltes status som unikt individ klarere. Når relasjonen mellom sykepleier og pasient er basert på respekt, trygghet, empati og likeverd, kan det tenkes at kommunikasjonen dem i mellom blir lettere og bedre, slik at begge betraktes som likeverdige samtalepartnere.

4.2 God tid og ro

I følge Sundin et al. (2000) må sykepleiere vise pasienten at de har god nok tid til den enkelte. På denne måten ser pasienten at det er verdt bryet når man prøver å kommunisere. En av sykepleierne i studien uttalte seg slik;

Det er viktig å ta seg den tiden som er nødvendig, ikke være i farten. Du kan ikke ha en fot innenfor og en fot utenfor rommet. Du må vise pasienten at du har tid til ham. Du kan for eksempel sette deg ned på en stol for å vise pasienten at du skal bli. Hvis du har det travelt vil pasienten raskt forstå dette. Det resulterer i at pasienten blir

nervøs og stresset, og dermed ikke tørr å prøve å kommunisere (Sundin et al. 2000, s. 485).

I likhet med studien til Sundin et al. (2000) kom viktigheten av å ta seg god tid i samtalsituasjoner også frem i Kitzmüllers (2007) studie. Dersom sykepleieren tok seg tid til samtale og samhandling, følte informantene seg verdsatt. De fikk formidlet sine ønsker og behov. I følge Corneliussen et al. (2006) er tid helt grunnleggende for å få til en god samtale. Ved å uttrykke til den afasirammede at man har god tid, kan man forhindre usikkerhet, ubehag og stress. Ofte kan det å faktisk forklare pasienten at man har god tid, være det som skal til for at den afasirammede skal klare å prestere bedre i samtalen. I studien til Sundin et al. (2002) mente sykepleierne at stress hemmet forståelsen mellom sykepleier og pasient. Den afasirammede trenger tid, ro og avslappende omgivelser. En sykepleier i studien uttalte seg slik om dette:

Kanskje pasienten har mange ideer og innspill om noe, men han klarer ikke å uttrykke dem og han strever med dette. Hvis du begynner å presse ham ved å stille mange spørsmål kan han bli stresset. Du må ta det rolig og gi ham og deg selv tid når du kommuniserer. En person med afasi trenger ekstra tid og ro (Sundin et al., 2002, s.99).

Tid, trygghet, tillit og respekt er grunnleggende faktorer når en rolig og avslappet atmosfære skal skapes. For en person med afasi kan det være svært anstrengende å delta i en samtale dersom det ikke tas hensyn til disse faktorene (Corneliussen et al., 2006). I likhet med Corneliussen et al. mener Sundin et al. (2000) at afasipasienter kan oppleve å mestre kommunikasjon og samhandling bedre dersom sykepleiere klarer å skape en trygg og tillitsfull atmosfære. Eide og Eide (2007) påpeker viktigheten av å ta seg god tid til å observere og lytte i samhandling med slagrammede pasienter som ikke kan uttrykke seg verbalt på vanlig måte. Det er viktig at sykepleieren er tålmodig i samtalen og ikke går for fort frem. Også Smebye og Bergland (2000) drar frem betydningen av god tid og tålmodighet i samtalsituasjonen. På den måten får den afasirammede ro til å konsentrere seg om hva som blir sagt og hvordan han selv skal respondere. Egne erfaringer har derimot gitt meg et inntrykk av at sykepleiere svært ofte har en travel hverdag med ulike pasienter å ta seg av på en gang. Det kan dermed være en utfordring å ta seg god nok tid til samtalsituasjoner. Dette kan i verste fall føre til at afasirammede blir oversett, kommunikasjon og samtale blir dermed ikke nok prioritert. På en annen side mener Corneliussen et al. (2006) at god tid ikke

nødvendigvis behøver å ta lang tid. Selv om sykepleiere har travle dager, tror jeg at det viktigste er å vise pasienten at man er interessert i ham, at det lyttes og at man er åpen for samtale. For å kommunisere med den afasirammede pasient på best mulig måte, må man i tillegg være bevisst på hans behov for god tid og ro.

4.3 Humor

I studien til Kitzmüller (2007) understrekte flere av informantene at det var viktig for dem at helsepersonell hadde en humoristisk sans. En av informantene forklarte det slik; ”Det er naturlig at du snakker til den som har litt humor, den som smiler litt. Et smil teller mye! Det forteller deg at de synes det er koselig å treffe deg, at det ikke føles som en belastning at du er der...” (Kitzmüller, 2007. S. 46). I likhet med Eide og Eide (2007) mener sykepleierne i studien til Sundin et al. (2002) at humor kan skape en uformell og trivelig atmosfære, hvor sorg blir erkjent med et smil. Videre mener de at humor betyr mye for pasientene ved at de i slike øyeblikk kan få glemme den byrden de bærer på.

Smebye og Bergland (2000) mener at humor er en god måte å kommunisere på dersom den brukes hensiktsmessig og riktig. Latter, smil og humor kan redusere avstanden mellom sykepleier og pasient, og kan være en måte å invitere til nærhet på. Også Eide og Eide (2007) får frem at humor kan bidra til å styrke båndet mellom sykepleier og pasient, samt øke nærhet og kontakt. I studien til Sundin et al. (2002) fremkommer det også at humor kan redusere gapet mellom den profesjonelle og pasienten. Dette har jeg selv opplevd i praksis. Jeg var på tur med en afasirammet pasient, og vi fant en gammel kvinnehatt. Pasienten så på meg med et smil, tok på seg hatten og nikket frem og tilbake mens han tok den av og på. Som om han hilste på meg. Jeg begynte å le, og det samme gjorde pasienten uten at han fikk ut noe særlig latter. Vi lo lenge sammen. Den stemningen som oppsto kan ikke forklares med ord. Det ble knyttet et spesielt bånd mellom oss fra den dagen av. Vi fikk bedre kontakt og nådde hverandre, til tross for kommunikasjonsproblemene. Hver gang jeg deretter kom på jobb lyste pasienten opp og smilte til meg.

Humor og latter kan i følge Eide og Eide (2007) bidra til å lette stemningen og kan være svært viktig for pasientens velbefinnende i en ellers tung hverdag. Allikevel er det ikke alle som reagerer like positivt på humor. Sykepleierne i studien til Sundin et al. (2002) påpeker, i likhet med Eide og Eide (2007), at humor må tilpasses pasientens personlighet og situasjonen man

er i. Sykepleier og pasient må også være godt kjent med hverandre for å ta i bruk dette i vanskelige situasjoner. Også Smebye og Bergland (2000) påpeker viktigheten av god kunnskap om pasienten og hans forhold til humor. Bruk av humor i kommunikasjon med den afasirammede kan ses på som terapeutisk for pasienten. På grunnlag av dette er det i følge Travelbee (1999) viktig at sykepleier også bruker seg selv terapeutisk. Det vil si at sykepleier bevisst bruker sin fornuft, kunnskap, og kompetanse for å få en forandring hos den syke. Når denne forandringen lindrer vedkommendes plager, betraktes den som terapeutisk. Allikevel er det nødvendig å huske på at det er store individuelle forskjeller når det gjelder humor. Noen mennesker kan muligens føle seg krenket dersom humor blir brukt. Det er derfor nødvendig å se både situasjon og pasient an.

4.4 Betydningen av kroppsspråk

Bruk av kroppsspråk og nonverbal kommunikasjon fremkommer i de fleste studiene som viktig i samhandling og kommunikasjon med afasirammede pasienter. En av informantene i Kitzmüllers (2007) studie forklarte at spesielt øyenkontakt og berøring var viktig for å få til en god samtale med sykepleierne. Også sykepleierne i Sundin og Janssons (2003) studie påpekte øyenkontakt og berøring som spesielt viktig for å forstå og bli forstått i samtale med afasirammede pasienter. Sykepleierne mente at omsorg og medfølelse ble kommunisert til pasienten via berøring. Å holde pasienten i hånden kunne styrke kommunikasjonen dem i mellom og uttrykke trøst og omsorg. Sykepleierne som deltok i studien til Sundin et al. (2000) forklarte at berøring åpnet opp for forståelse mellom dem og den afasirammede. En av sykepleierne uttalte; ” Når jeg holder hånden hennes blir båndet mellom oss sterkere og sterkere, og dette gjør kommunikasjonen mellom oss lettere.” (Sundin et al, 2000, s. 486).

Selv har jeg opplevd en pasient som fant trøst i å holde meg i hånden. Han søkte ofte hånden min når han var urolig, noe som så ut til å være beroligende for ham. Det hjalp også meg ved at jeg lettere kunne forstå når han hadde behov for slik kontakt.

I følge Travelbee (1999) er det en sykepleiers oppgave å forstå hva pasienten kommuniserer. Lohne et al. (2010) mener at man som sykepleier må være spesielt oppmerksom på kroppsspråk i kontakt med afasirammede pasienter. Pasientene forstår signaler som kroppstillinger, mimikk, stemmeleie og øyeuttrykk, og sykepleier kan oppfatte hva pasienten prøver å formidle gjennom det samme. I studien til Sundin og Jansson (2003) mente sykepleierne at tonefall og kroppsspråk var viktigere enn ord i kommunikasjon til

afasirammede. Også Eide og Eide (2007) påpeker at man gjennom nonverbal kommunikasjon kan skape kontakt og formidle det man ønsker å si. I følge Corneliussen et al. (2006) kan derfor kroppsspråk, som gester og ansiktsmimikk, være nyttige faktorer i samtaler med afasirammede. Informantene i studien til Kitzmüller (2007) karakteriserte sykepleiere som gode samtalepartnere dersom de blant annet brukte anerkjennende berøring, blick-kontakt, hadde tydelig kroppsspråk og evnen til å tyde kroppsspråk. Sykepleierne i studien til Sundin og Jansson (2003) påpekte også at evnen til å lese pasientens kroppsspråk og selv bruke sitt eget kroppsspråk aktivt, hadde stor betydning for forståelsen mellom sykepleier og pasient i samtalsituasjoner. I følge Kirkevold (2008) er det en sykepleiers oppgave å tilrettelegge kommunikasjonen slik at man gir den afasirammede best mulige vilkår for å kunne delta i samtaler. Når man kommuniserer med pasienter som har mistet sitt verbale språk kan dette være en utfordring. Det kan da være lurt å ta i bruk kroppsspråk og andre alternative kommunikasjonsteknikker for å bedre kommunikasjonen mellom sykepleier og den afasirammede.

4.5 Kunnskapsbasert praksis

I undersøkelsen til Kitzmüller (2007) fremkom det at kun to av tretten informanter utelukkende hadde positive erfaringer med sykepleiernes kunnskaper om afasi. Det ble etterlyst bedre ferdigheter og kunnskaper og et større fokus på opptrening av språkfunksjonen etter hjerneslaget. De fleste informantene understreket viktigheten av at de ble behandlet av kyndige fagfolk. I følge Sundin et al. (2000) opplever afasipasienter at de mestrer kommunikasjon og samhandling bedre dersom erfarne og kyndige pleiere klarer å skape trygge og tillitsfulle omgivelser. Corneliussen et al. (2006) mener også at det blant annet kreves god kunnskap om pasientens lidelse og kunnskap om forskjellige kommunikasjonsstrategier for å kunne kommunisere godt med de afasirammede.

Dersom man som sykepleier skal kommunisere best mulig med den afasirammede pasient må man ha kunnskaper om hvordan dette gjøres. Kunnskapene baseres på sykepleiers egne erfaringer, innhentet forskning eller litteratur og pasientens forutsetning i en gitt situasjon. Dette kalles i følge Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart (2012) for kunnskapsbasert praksis. En god sykepleier kobler kunnskap fra forskning sammen med sin erfaring og sine ferdigheter på en slik måte at pasienten oppnår optimal pleie. For å få til dette er empati og kommunikasjon helt nødvendig (Nortvedt et al. 2012). I studien til Gordon et al.

(2009) fremkom det blant annet at sykepleiere som arbeidet med slagpasienter rammet av afasi ofte kontrollerte samtalene slik at de omhandlet sykepleieoppgaver. Ingen av samtalene mellom sykepleier og pasient handlet om konsekvensene av hjerneslaget, hvilke innvirkning det hadde på pasienten, eller hvordan pasienten egentlig hadde det, noe som burde være forventet på en rehabiliteringspost for hjerneslag. Det som blir avdekket i studien kan i følge Gordon et al. (2009) være et resultat av at sykepleiere er usikre på hvordan de skal kommunisere med pasienter som har kommunikasjonsproblemer. Også Smebye og Bergland (2000) påpeker at usikkerhet hos sykepleiere kan føre til dårlig kommunikasjon med den afasirammede. Usikkerheten kan føre til at sykepleieren ofte går for fort frem, noe som kan resultere i at pasienten ikke får tatt inn over seg hva som blir sagt. Gordon et al. (2009) mener at sykepleiere trenger mer kunnskap om hvordan man skal kommunisere med afasirammede. Dersom de får dette kan det føre til at de blir mer selvsikre på sine ferdigheter innenfor kommunikasjon, i møte med disse pasientene.

Selv har jeg opplevd sykepleiere som har vist liten interesse i å forsøke å få til en samtale med denne pasientgruppen. På grunnlag av det som er blitt presentert kan det tenkes at sykepleiere som viser liten interesse dermed også har lite kunnskap om emnet. På den annen side kan det også tenkes at sykepleierne er usikre på hvordan kommunikasjonen skal foregå, at de mangler kunnskap, og dermed forholder seg tause. Eide og Eide (2007) mener at det ofte kan oppstå fordommer mot afasirammede. Selv om afasipasienter ikke vil klare å uttrykke seg særlig godt, kan de fortsatt ha god oppfatningsevne. Sykepleiere som mangler kunnskap om selve lidelsen og hvordan den utarter seg kan kanskje tro at pasienten ikke forstår det som blir sagt, når vedkommende ikke responderer på vanlig måte. Mangelfull kunnskap hos sykepleiere kan dermed resultere i økt frustrasjon hos pasienten og kan være svært ødeleggende for kommunikasjonen. Det kan dermed tenkes at mangelfull kunnskap om afasi hos sykepleiere kan være en stor hindring i god sykepleie og god kommunikasjon til denne pasientgruppen. Dette fremkommer blant annet i studien til Sundin et al. (2002). Sykepleiere som mangler kunnskap om pasientens sykdom og konsekvensene den har, blir ofte usikre i samtalsituasjonene. Dette er med på å belyse viktigheten av å ha god kunnskap om den afasirammedes sykdom, situasjon, og ulike kommunikasjonsstrategier, for å kunne kommunisere godt med den afasirammede pasient.

5.0 Avslutning

I møte med afasirammede pasienter kan kommunikasjon mellom sykepleier og pasient være en utfordring. Som sykepleier har man et ansvar for både å tilrettelegge for god kommunikasjon, men også for å forstå hva den afasirammede prøver å formidle. Det er derfor nødvendig å se på den afasirammede som en likeverdig samtalepartner, som fortjener respekt og anerkjennelse, på lik linje med alle andre. Samtidig vil en med afasi ha stort behov for god tid og ro i en samtalesituasjon. Sykepleier må være bevisst på vedkommendes behov for dette - selv om det enkelte ganger kan være knapt med tid. Å skape en rolig og avslappende atmosfære kan være til god hjelp, slik at pasienten føler seg trygg og dermed ikke stresser. I tillegg vil bruk av kroppsspråk, særlig øyekontakt og berøring, stå sentralt. Gjennom dette kan omsorg og medfølelse bli kommunisert, noe som gjør det lettere for den afasirammede å slappe av i samtalesituasjonen. Bruk av humor kan i enkelte tilfeller lette stemningen og være med på å styrke båndet mellom sykepleier og pasient. Det er ikke dermed sagt at all kommunikasjon skal bære preg av en humoristisk undertone. Det er nødvendig å se både pasient og situasjon an. Sykepleier må tilrettelegge så godt hun kan innenfor sin kompetanse. For å klare å kommunisere best mulig med den afasirammede pasient kreves det kunnskap om pasientens sykdom, konsekvensene den har, og ulike kommunikasjonsstrategier. Sykepleier må være oppmerksom på den afasirammedes behov i samtalesituasjonen. Kommunikasjonen dem i mellom kan da bli tilfredsstillende og pasienten forstår og blir selv forstått. Det er dette som hele tiden er det overordnede mål for sykepleiers virksomhet og opptreden.

6.0 Referanseliste:

- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God sykepleie til den gamle pasienten* (s. 350-405). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bertelsen, A.K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I: S. Ørn, J. Mjell, E.B. Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling* (314- 336). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: En ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Corneliussen, M., Johansen, L.H., Knoph, M.I.K., Lind, M. & Qvenild, E. (2006). *Afasi og samtale: Gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus Forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I: O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T.J. (2007). Kommunikasjon som helseressurs. I: T.J. Ekeland, K. Heggen (Red.). *Mestring og myndighetsgjøring: reform eller retorikk?*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2001). *Å leve med kronisk sykdom: En varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Gordon, C., Hill, E.E. & 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: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x>
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., Røise, O. & Dietrichs, E. (2009). Karsykdommer. I: D. Jacobsen, S.E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T. Buanes, O. Røise (Red.), *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi* (s. 88-120). (2. Utgave.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Indredavik, B., Salvesen, R., Næss, H. & Thorsvik, D. (2010). *Nasjonalt retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Karoliussen, M. (2000). Aktivitet og hvile. I: M. Karoliussen, K. L. Smebye. *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2007). Hjerneslag – ”blålys-sykdom” med langsiktige implikasjoner. I: E. Gjengedal, B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom: En varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Kirkevold, M. (2008). Hjerneslag. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kitzmüller, G. (2007). Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 3(2), 42-55.
- Lohne, V., Raknestangen, S., Mastad, V. & Kjærnes, I. (2010). Sykepleie ved sykdommer og skader i sentralnervesystemet. I: H. Almås, D. –G. Stubberud, R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 191-225). (4.utgave.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordtvedt, M. V., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. Utgave.). Oslo: Akribe.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2000). Mental aktivitet. I: M. Karoliussen, K. L. Smebye. *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smebye, K. L. & Bergland, Å. (2000). Sosial kontakt. I: M. Karoliussen, K. L. Smebye. *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x>
- Sundin, K., Jansson, L. & Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 481-488. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00379.x>
- 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. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2002089564&site=ehost-live>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T.G. (2010). Sykepleie ved hjerneslag. I H. Almås, D.G. Stubberud, R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 261-284). (4.Utgave.). Oslo: Gyldendal Akademisk.