



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenavn: Sykepleie, fagutvikling og forskning
(Bacheloroppgave).

Vurderingsform: Hjemmeeksamen.

Kandidatnr: 24

Leveringsfrist: 23.02.12.

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær eksamen.

Fagansvarlig : Linda Rykkje

Å ha noe å si

- Sykepleie til pasienter med afasi



Bilde er hentet fra: <http://www.frilansinfo.no/kj%C3%A6re-kunder-det-er-helt-greit-a-diskutere-pris>

Bacheloroppgave i sykepleie

Stord, 2012

Kull: 2009

Antall ord: 8 646

Nøkkelord: Afasi, kommunikasjon og sykepleie

Sammendrag:

Tittel: Å ha noe å si – sykepleie til pasienter med afasi.

Bakgrunn for valg av tema: Hjerneslag er en av de største og alvorligste folkesykdommene.

Hvert år rammes 15 000 nordmenn av hjerneslag. Kilder peker på at det blir stadig flere eldre og at forekomsten av hjerneslag vil øke med 50% de kommende årene.

Problemstilling: Hvilken betydning har kommunikasjon i sykepleie til pasienter med afasi som følge av hjerneslag?

Oppgavens hensikt: Å fremme kunnskap om hvordan sykepleiere gjennom kommunikasjon kan på best mulig måte kan hjelpe den afasirammede å bli forstått.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Søk er blitt gjort i CINAHL, ProQuest og SveMed+ med hovedvekten på søkeordene har vært aphasia og communication. Det ble valgt 5 artikler fra perioden 2000- 2010.

Resultater: Det kom frem i samtlige artikler at ved å skape rolige og avslappende omgivelser ble det enklere å oppnå gjensidighet mellom pasient og sykepleier. Videre var det viktig at sykepleierene var bevisst på å ta seg god tid og være tålmodig. Dessuten var interesse for pasienten viktig for å oppnå gjensidig forståelse. Både sykepleiere og pasienter verdsatte bruken av kroppspråket ettersom dette var med på å skape en bedre forståelse i kommunikasjonen.

Oppsummering: Kommunikasjon har en stor betydning i sykepleie til pasienter med afasi fordi det er med på å skape en helhetelig behandlingssituasjon og pasienten kan forstå og bli forstått. Derfor er det viktig at sykepleieren tilrettelegger kommunikasjonen så godt hun / han kan innenfor sin kompetanse.

Abstract

Title: Having something to say – Nursing patients with Aphasia.

Background for selection of subject: Brain stroke is one of the major and most serious disease among people. Every year 15000 Norwegians are hit by brain stroke. Review of written reports and sources conclude that people are getting older and that the incidents of brain stroke will increase by 50% in the years to come.

Research question: What is the importance of different types of communication in the nursing and treatment of patients with Aphasia caused by brain stroke?

The purpose of the discussion/research: The purpose is to promote knowledge about how nurses through communication can help, in the best way, to understand and communicate with the Aphasia patient.

Method: The subject or paper is a literature study. Searches have been performed in CINAHL, ProQuest and SveMed+ with main focus on the keywords Aphasia and Communication. It was chosen 5 papers from the period 2000 – 2010.

Results: It appeared from all of the papers that by creating a quiet and relaxing environment it was easier to achieve mutual communication between the patient and the nurse. Furthermore, it was important that the nurses were focused on using time and having tolerance with the patient. Moreover, the nurses interest of the patient was important to achieve mutual understanding. Both nurses and patients valued the use of body language and this created a better understanding during the communication.

Summary: Communication has a great importance in the nursing of patients with aphasia because it helps to create a comprehensive treatment situation and the patient can understand and being understood. Therefor it is important that the nurse manage communication as well as she/he can within his competence.

INNHALDSFORTEGNELSE

| | | |
|---|--|----|
| 1 | INNLEDNING | 1 |
| | 1.1 Introduksjon | 1 |
| | 1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning | 1 |
| | 1.2.1 Avgrensning | 2 |
| 2 | TEORI | 3 |
| | 2.1 Joyce Travelbee | 3 |
| | 2.2 Hjerneslag | 4 |
| | 2.3 Afasi | 5 |
| | 2.4 Kommunikasjon med afasipasienter | 6 |
| 3 | METODE | 8 |
| | 3.1 Hva er metode | 8 |
| | 3.2 Fremgangsmåte | 8 |
| | 3.3 Metodekritikk | 10 |
| | 3.4 Kildekritikk | 11 |
| | 3.5 Etikk | 13 |
| 4 | RESULTAT | 14 |
| 5 | DRØFTING | 17 |
| | 5.1 Likeverd og respekt | 17 |
| | 5.2 Tid og åpenhet | 19 |
| | 5.3 Kroppspråk og empati | 20 |
| | 5.4 Humor | 22 |
| | 5.5 Kommunikasjonsteknikker | 24 |
| 6 | AVSLUTTNING | 26 |
| 7 | LITTERATURLISTE | 27 |
| | Tabell 1 Søk i SveMed+ 28.10.2011 | 9 |
| | Tabell 2 Søk I ProQuest 29.10.2011 | 9 |
| | Tabell 3 Søk i CINAHL 28.10.2011 | 10 |
| | VEDLEGG 1 – Resultattabell | 29 |

1 INNLEDNING

1.1 Introduksjon

Hjerneslag er en av de største og alvorligste folkesykdommene, den tredje hyppigste dødsårsaken og en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming. Rundt 15 000 mennesker i Norge rammes av hjerneslag hvert år. 40% av disse slagpasientene får kommunikasjonsvansker som skyldes språk- og talevansker. Behandlingstilbudet hjerneslagpasienter får har stor betydning for den enkelte pasient sin mulighet til å overleve, til å oppnå god funksjon og god livskvalitet. Med tanke på at antallet hjerneslag vil kunne øke med 50% de neste 20 årene, fordi det blir flere eldre, vil dette være mye fokus på i fremtiden også for oss fremtidlige sykepleiere (Indredavik, Salvesen, Næss & Thorsvik, 2010).

Oppgavens tema er kommunikasjon til pasienter med hjerneslag med fokus på afasi. Etter å ha vært i to praksisperioder på sykehjem og en praksisperiode i hjemmesykepleie under sykepleieutdannelsen har jeg møtt pasienter som har hatt hjerneslag, og har derfor tatt interesse for denne pasientgruppen. Utifra mine praksiserfaringer blir livet til afasipasienter etter hjerneslag snudd på hodet og pasientene vil møte en helt ny hverdag. Jeg har særlig lagt merke til at slagpasienter med afasi har problemer med å få uttrykt det de ønsker eller har behov for, og det er derfor viktig å skape en god relasjon og oppfølging av denne pasientgruppen. Min oppfatning er dessuten at kommunikasjonen mellom sykepleier og afasirammede pasienter kan være en utfordring, fordi det vil kunne kreve stor innsats fra sykepleieren å skape god relasjon med pasienten for å formidle det man ønsker og forstå den andre (Eide & Eide, 2010). Derfor tror jeg det er et forbedringspotensiale i sykepleien til denne pasientgruppen. I denne oppgaven blir det sykepleieteoretiske perspektivet belyst gjennom Joyce Travelbee (1999) sitt syn på den mellommenneskelige prosessen.

1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning

Oppgavens problemstilling er : Hvilken betydning har kommunikasjon i sykepleie til pasienter med afasi som følge av hjerneslag?

1.2.1 Avgrensning

Oppgaven er begrenset til eldre pasienter med hjerneslag i venstre hjernehalvdel ettersom venstrehjernehalvdel hos de fleste mennesker omfatter talesenteret. Forekomsten av hjerneslag øker med alderen og de fleste som får hjerneslag er over 65 år. Aldringsprosessen fører med seg ulike utfordringer for eldre slagpasienter. Gamle mennesker har ofte alderstilknyttede funksjonsnedsettelse som kan gjøre det krevende for de. Disse funksjonsnedsettelsene kan være redusert syn og hørsel som kan gi kommunikasjonsvansker (Kirkevold, 2008). I oppgaven forutsettes det at syn og hørsel fungerer så bra at det ikke er til hindring for pasienten sin kommunikasjon. Videre er det fokus på kommunikasjonen mellom sykepleieren og afasipasienten, samt hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten til å bli forstått. Det er blitt gjort oversettelse av artiklene fra engelsk til norsk. Dette er dokumentert med en fotnote i oppgaven i drøftningsdelen.

2 TEORI

Teorien i denne delen er tatt ut fra pensumlitteratur og støttelitteratur. I teoridelen vil Joyce Travelbee sin sykepleierteori bli belyst, samt teori om hjerneslag, afasi og til slutt hvordan en skal kommunisere med afasipasienter.

2.1 Joyce Travelbee

Travelbee (1999) beskriver at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi sykepleie alltid har med mennesker å gjøre. At enkeltindivider, familie eller samfunnets sykepleierbehov blir ivaretatt er sykepleierens mål og hensikt. Et menneske- til- menneske- forhold kommer ikke av seg selv. Det bygges heller ikke opp av sykepleieren alene, men forholdet bygges opp av både sykepleier og pasient i løpet av fem sammenhengende faser de gjennomgår. Disse fasene er:

- 1). *Det innledende møtet* er når sykepleier møter pasienten for første gang. De vil begge få et inntrykk og gjøre seg opp en mening om hverandre.
- 2). *Fremvekst av identiteter* skjer når sykepleieren og pasienten klarer å etablere en tilknytning til hverandre og verdsette hverandre som unike menneskelige individer.
- 3). *Empati* er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Å føle empati er å få en tilknytning og oppleve nærhet av den andre, uten å måtte gå helt oppi hverandre. Empati er en opplevelse av å forstå. Både sykepleier og pasient erkjenner at det formidles noe meningsfylt.
- 4). *Sympati og medfølelse* er et grunnleggende ønske for sykepleieren om å hjelpe pasienten og lindre pasientens plager. Sympati og medfølelse er varme, godhet og en kortvarig form for medlidenhet, det er omsorg opplevd på et følelsesmessig nivå og kommunisert til pasienten. 5). *Gjensidig forståelse og kontakt* oppleves når sykepleieren og pasienten har gjennomgått de fire fasene. Det er en prosess, en hendelse, en eller flere erfaringer som både sykepleier og pasienten går igjennom på samme tid (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) mener at sykepleieren skal etablere et menneske- til- menneske- forhold mellom seg selv og pasienten. Et slikt forhold kjennetegnes ved at sykepleieren og pasienten oppfatter forholdet til hverandre som unike menneskelige individer, og ikke som ”sykepleier” og ”pasient.” Et av de viktigste redskapene sykepleierene har for å skape kommunikasjon er et menneske- til- menneske forhold til pasienten. Travelbee beskriver kommunikasjon som en gjensidig prosess der det blir utvekslet meninger og tanker gjennom felles symboler. I møte mellom sykepleier og pasient skjer det kommunikasjon, både verbalt og non- verbalt. De kommuniserer om de vil eller ikke gjennom atferd, sitt utseende, holdning og gester. Det er en sykepleier sin oppgave å forstå hva pasienten kommuniserer for så og bruke den informasjonen i planleggingen av sykepleien (Travelbee, 1999).

2.2 Hjerneslag

Hjerneslag/slag eller ”stroke” defineres av Verdens helseorganisasjon som en akutt forstyrrelse av hjernens funksjon med symptomer som varer i mer enn 24 timer eller fører til død, og der ingen annen årsak enn vaskulær svikt er sannsynlig. Begge termene brukes om hverandre og er synonyme (Indredavik et al. 2010).

Hjerneslag er den mest alvorlige og utbredte sykdommen blandt eldre. De fleste som får hjerneslag er over 65år, og sjansen for å få det øker med alderen. Hjerneslag er en lokal hjerneskade grunnet oksygenmangel og celledød som kommer av redusert blodtilstrømning til et område i hjernen (Kirkevold, 2008). Hjerneslag kommer som regel av en trombose og/ eller emboli som tilstopper en av hjernens blodårer. Prognosen avhenger av hvilken type hjerneslag pasienten får, skadens plassering og alder (Kirkevold, 2008). Andre faktorer som spiller inn er høyt blodtrykk, røyking, diabetes, hjertesykdom og atrieflimmer. Risikofaktorene avtar med alderen og etter rundet 80år er atrieflimmer den som regnes som eneste risikofaktoren for hjerneslag (Karoliussen & Smebye, 2000). Det finnes tre ulike typer av hjerneslag. Her skilles det mellom infarkter og blødninger. Hjerneinfarkt utgjør 85% av tilfellene, hjerneblødning utgjør 10% av tilfellene, mens hjernehinneblødning utgjør 5% (Karoliussen & Smebye, 2000).

2.3 Afasi

Afasi er språkforstyrrelse som følge av sykdom eller skade i hjernen. Afasi innebærer at det som regel er vanskeligere å snakke, skrive, eller lese like godt som før. Det kan også være vansker med både å bruke og å oppfatte språk (Karoliussen & Smebye, 2000).

Afasi skyldes skade i venstre hjenehalvdel som innebærer språkfunksjonen. Den oppstår ved skader i språkområdet i hjenebarken eller i forbindelse mellom språkområdene. Den vanligste årsaken til dette er hjeneslag (Karoliussen & Smebye, 2000). Afasi kommer uten forvarsel og oppleves svært dramatisk for den som rammes, og de nærmeste rundt. Det vil ikke si at man mister språket når man har fått afasi, men man har ikke lengre like god tilgang til sitt eget språk. Fordi vi bruker språket for å kommunisere, vil det å få afasi være en alvorlig funksjonshemming for den som blir rammet. Det er viktig å huske at det er individuelle forskjeller på personer med afasi (Corneliussen, Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2006).

Det finnes et fremre og et bakre språkområde. Det fremre språkområdet har størst betydning når det gjelder uttalelse og forming av ord. Derfor vil en skade i det fremre språkområdet føre til at taletempoet er langsomt, talen har en dårlig flyt, den afasirammede må lete etter de rette ordene og strever med forming av ord som skal sies. Setningene er ofte korte og inneholder gjerne bare de viktigste ordene i setningen (substantiv). Pronomen og preposisjoner blir ofte utelatt i setningene. Den afasirammede kan ha problemer med å få med seg alt som blir sagt, men forstår en god del. En med skade i det fremre språkområdet vil også ha lese- og skrivevansker i varierende grad (Corneliussen et al., 2006). Det bakre språkområdet har en viktig rolle for at vi skal forstå ordene vi hører. Det vil bli vanskelig å oppfatte det som blir sagt med en skade i dette området. Denne type skade kalles for sensorisk afasi. Talen vil være som en flytende strøm av ord, men ikke særlig meningsfylt eller innholdsrikt. Den afasirammede klarer ikke alltid å fullføre en påbegynt setning og prater ofte rundt det som skulle blitt sagt. Talen kan også inneholde forvanskinger av ord som ja og nei. De er gjerne ikke klar over sine egne feil og at andre kanskje ikke forstår hva de mener. Når det gjelder lesing og skriving kan den afasirammede ofte lese enkelt ord, men ha problemer med hele setninger, de fleste vil også ha problemer med det skriftlige (Corneliussen et al., 2006). Det kan oppstå skade i både fremre og bakre språkområdene, dette vil føre til at personen vil ha et sterkt redusert språk og problemer med å forstå og få uttrykket seg. Noen kan komme med enkle ord og uttrykk eller gjenta de samme

ordene som ikke alltid gir noe mening. De fleste har god situasjonsforståelse og forstår derfor enkel tale om daglige gjøremål. Lese og skrivevansker vil være sterkt redusert (Corneliussen et al., 2006).

2.4 Kommunikasjon med afasipasienter

Kommunikasjon kan defineres som

*”utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med.”* (Eide & Eide, 2010 s. 17).

Språk er det viktigste i kommunikasjonen. Kommunikasjon består av en sender som gir et budskap til en mottaker, som tar i mot og forstår budskapet. Deretter er det mottakeren sin tur til å gi senderen et svar. Svaret forteller hvordan mottakeren tolket budskapet fra senderen. Den siste tilbakemeldingen forteller om senderen godtar mottakeren sin forståelse av budskapet. Den viktigste kommunikasjonssituasjonen vi deltar i gjennom hele livet er samtalen. Samtaler kan være alt fra småprat til lange og dype samtaler (Eide & Eide, 2011).

Det er ikke enkelt å kommunisere når språket svikter, når språket ikke fungerer for å skape kontakt og mening i tilværelsen. Det kreves kunnskap om pasientens lidelse for å kommunisere med afasipasienter. Evne til å leve seg inn i pasienten sin situasjon, tålmodighet, evne og vilje til å vise interesse, lytte og forsøke og forstå er også viktig (Eide & Eide, 2010). Afasipasienter kan ha god oppfatningsevne, selv om de kan ha problemer med å uttrykke seg. Når de blir snakket til, vil afasipasienter ofte ikke klare å svare, slik man ofte forventer. Det er derfor viktig å være tålmodig, observere og lytte slik at pasienten får en mulighet til å svare på best mulig måte, med de signaler som han/ hun har til rådighet (Corneliussen et al., 2006). Det er ikke uvanlig at personer som møter afasipasienter antar bevisst / ubevisst at pasienten har svekket funksjon på andre områder også. Det kan føre til ødeleggelser for kommunikasjonen (Eide & Eide, 2010).

Det kan ofte være anstrengende og delta i en samtale for afasirammede. Det er mye som skjer på en gang. Man skal forstå det som blir sagt, og prøve å si noe selv. Det å være med i en samtale

krever stor konsentrasjon av en med afasi (Corneliussen et al., 2006). En god samtale er basert på at deltakerene føler trygghet, tillit og respekt ovenfor hverandre. I forholdet mellom sykepleier og pasienter med afasi er det viktig å skape god kontakt, også ved kommunikasjonshandlinger. I følge Corneliussen et al. (2006) er det flere ting som er viktig for å få den gode mellommenneskelige atmosfæren i en samtale. Det første er åpenhet for tegn fra den afasirammede og å være åpen om kommunikasjonen er forstått eller ikke. Det andre er tid, en med afasi trenger tid til å forstå det som blir sagt og ha tid til å finne rette ord som svar. Derfor vil det å ha god tid kunne lette presset den afasirammede kanskje har til seg selv. Hun mener også at å skape likeverd og respekt i en samtale med afasirammede er viktig å huske på. At personen med afasi er en voksen person med masse livserfaring, kunnskap, interesser, meninger og ønsker som må tas hensyn til i kommunikasjonen. Videre kommer det å være oppmerksom på sin non-verbale kommunikasjon ved tydelig å bruke ansiktsuttrykk og gester kan budskapet i samtalen bli lettere å forstå for en med afasi. Dette fordi non-verbale signaler gir tilleggsinformasjon. Og til slutt skape rolige omgivelser, det vil si å ta bort uroende elementer, skru av radio og TV. Det kan også være vanskelig å forholde seg til flere personer som snakker sammen samtidig. Også det er viktige elementer for å skape en god samtale med et menneske med afasi (Corneliussen et al., 2006).

Etter en hjerneskode er det vanlig at pasienten kan ha problemer med å holde oppmerksomheten og konsentrasjonen oppe over lengre tid. Sykepleieren kan hjelpe den afasirammede på ulike måter for at det skal bli lettere for personen med afasi å delta i en samtale (Corneliussen et al, 2006) Hjelpemidler som blokk og blyant og bilder kan være til god hjelp dersom den verbale kommunikasjonen er vanskelig (Karoliussen & Smebye, 2004) det er derfor viktig at sykepleieren minner den afasirammede på at lesing, skriving eller enkel tegning er effektive og naturlige hjelpemidler i en samtale.

3 METODE

3.1 Hva er metode

Metode defineres i følge Dalland (2008, s. 83) som ”*en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*”. Metoden forteller noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe eller kontrollere kunnskap. Metoden skal gi oss gode data og belyse problemstillingen vår på en fagelig interessant måte. Derfor må det velges en bestemt metode (Dalland, 2008).

I oppgaven skal det anvendes systematisk litteraturstudie som metode. I følge Mulrow og Oxman er en systematisk litteraturstudie definert som at ”*den er basert på tydelig formulert som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning*”. Cullum sier at det som skiller en systematisk litteraturstudie fra annen generell litteraturstudie er litteratursøking, kritisk vurdering og analyse av resultat (referert i Fosberg & Wengtøm, 2008 s. 31). Den systematiske litteraturstudien bør fokusere på aktuell forskning innen det valgte området og ha som formål å finne beslutningsgrunnlag for klinisk virksomhet. Litteraturen utgjør informasjonskilden, og redegjort data bygger på vitenskapelige tidsskriftartikler eller andre vitenskapelige rapporter (Fosberg & Wengtøm, 2008).

3.2 Fremgangsmåte

Når problemstillingen er bestemt er det lettere å finne søkeord for litteratursøkingen. Søk kan skje manuelt eller gjennom databaser. Det finnes mange forskjellige databaser, noen er gratis gjennom internett, andre må det betales for. Skolebiblioteket har tilgang til mange av disse databasene (Fosberg & Wengstrøm, 2008).

Det er brukt ulike databaser til å søke i for å finne artikler som passer min problemstilling. Databasene som ble anvendt er Svemed+, ProQuest og CINAHL. Det ble brukt ord som var relevante i fra problemstillingen i søkene. Søkeordene som ble brukt var ”kommunikasjon”, ”hjerneslag” og ”afasi”. Det ble gjort søk på hvert enkelt ord, men også på kombinasjoner av disse. Ved søk i internasjonale databaser ble søkeordene oversatt til engelsk og søkeordene ble

derfor ”communication”, ”stroke” og ”aphasia”. Her ble det også kombinasjoner av de ulike ordene. I følge Fosberg og Wengstrøm (2008) er det problemstillingen som bestemmer søkekriteriene. Det kom frem flere relevante treff på søkene i forhold til problemstillingen. Disse ble sett nærmere på, dette ble gjort ved først å lese overskriften, og etterpå lese sammendraget av artikkelen. Etter å ha lest gjennom artiklene ble det valgt artikler som passet opp imot problemstillingen, og artikler som ikke var relevante ble ekskludert. For å søke i databaser handler det om å formulere rette søkeord, bestemme hvor gamle / nye artiklene eller bøkene skal være, og på hvilket språk (Fosberg & Wengstrøm, 2008).

For å få mest mulig oppdaterte svar på problemstillingen er det valgt å fokusere på den nyeste forskningen der det har vært mulig. Innen forskning skjer det hyppige endringer, og i de fleste tilfeller er det derfor valgt å begrense søkene til de siste ti årene.

Tabell 1 Søk i SveMed+ 28.10.2011

| Nummer | Søkeord/ term | Avgrensning (limit) | Resultat (antall) |
|--------|---------------|-----------------------------|-------------------|
| S1 | afasi | | 40 |
| S2 | afasi | Norsk | 6 |
| S3 | Afasi | Norsk og fulltekst dokument | 2 |

Fra SveMed+ søk nr S2 ble artikkelen Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? av Kitzmüller (2007) valgt.

Tabell 2 Søk I ProQuest 29.10.2011

| Nummer | Søkeord/ term | Avgrensning (limit) | Resultat (antall) |
|--------|---------------|---------------------|-------------------|
| S1 | Aphasia | | 1655 |
| S2 | communication | | 131687 |

| | | | |
|----|------------------|--------------------|-------|
| S3 | Stroke | | 55800 |
| S4 | S1 AND S2 AND S3 | | 78 |
| S5 | S1 AND S2 AND S3 | Fulltekst dokument | 44 |

Det ble ikke funnet relevante artikler til oppgaven i denne databasen.

Tabell 3 Søk i CINAHL 28.10.2011

| Nummer | Søkeord/ term | Avgrensning (limit) | Resultat (antall) |
|--------|---------------|--------------------------------------|-------------------|
| S1 | Aphasia | | 2982 |
| S2 | Communication | | 55574 |
| S3 | S1 AND S2 | | 624 |
| S4 | S1 AND S2 | Publisert: 2000 – 2011, Fulltekst | 147 |

Fra CINAHL S4 ble følgende 4 artikler valgt: Understanding and being understood as a creative caring phenomenon- in care of patients with stroke and aphasia (Sundin & Jansson, 2003). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words (Sundin, Jansson & Nordberg, 2000), Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. (Sundin, Jansson & Nordberg, 2002), og A new life with aphasia: everyday activities and social support. (Birgitta Sjöqvist Nätterlund, 2010).

3.3 Metodekritikk

I denne studien er det brukt flere forskjellige informater og matrieler for å finne både rikt og tilstrekkelig innhold for å svare på problemstillingen. Når en henter inn materiell fra diverse

informater som bøker og artikkler med en stor mengde med informasjon som belyser problemstillingen, blir det gjort en del forenklinger av materialet som vil føre til at en del nyanser forsvinner, men dette er på en annen side nødvendig for å holde oppgavens ordbegrensning. Etter å ha søkt i ulike databaser for å finne de mest relevante artikkellene endte det opp med blandt annet tre svenske artikkler av samme forskerene, dette gjorde at hver artikkel fikk en mer helhetlig sammenheng etter som forskerene forsket på ulike problemstillinger innen for samme tema. Alle artikkellene er av en hermeneutisk tilnærming som fører til at forskerene sin egen forståelse blir tatt med i tolkningen av teksten, og vil være med på forme resultatet.

Videre har metoden fungert godt, den har vært med på å knytte teori til praksis, hvor det har blitt tatt med egne erfaringer i drøftningsdelen, dette for å bygge opp under teorien. Teorien som er blitt brukt er en blanding av pensumlitteratur og støttelitteratur, ettersom det sto lite relevant teori for problemstillingen om hjerneslag og afasi i pensum. Det er også gjort oversettelser ved hjelp av ordbok av de artikkellene som er skrevet på engelsk. Noe som gjør at det ikke blir ordrett, men likevel en nokså nøyaktig oversettelse. En av artikkellene som ble valgt er eldre enn 10år, dette kan være en svakhet i oppgaven ettersom innholdet er ”gammelt”. Den er likevel vurdert som relevant ettersom den belyser problemstillingen bra, og det er ikke funnet noen nyere artikler som har like god innsikt i temaet som denne artikkelen. Den samsvarer i tillegg med de andre nyere artikkellene.

3.4 Kildekritikk

I arbeidet med å innhente litteratur og data er det nødvendig å være kritisk. *”kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes.”* (Dalland, 2008 s. 66). Dette vil si at litteraturen som skal brukes i oppgaven skal være av god kvalitet samtidig som det skal være relevant for min problemstilling. Det var naturlig å begynne med å lese pensum om det temaet problemstillingen belyser. Videre blir spørsmålet om det er mulig å finne noe der som belyser problemstillingen.

Artikkellene som er med i denne oppgaven er av kvalitativ metode som videooptak, lydbånd (observasjon) og intervjuer. Det er utarbeidet sjekklister for å kritisk vurdere denne type artikler. Slike sjekklister dekker videre om resultatene er til å stole på, og hva resultatene er (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt & Reinar, 2007). Sjekklisten som er brukt for å kritisk vurdere disse

artiklene er hentet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). Det som blir vurdert utifra den kvalitative sjekklisten er om studien har en klar problemstilling, og om designet var passende for problemstillingen og hensikten med artikkelen. Hvordan og hvorfor utvalget ble valgt? Var datasamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetelig bilde, om funnene var underbygget av annen informasjon og til slutt om konklusjonen og resultatene er til å stole på.

I studien av Sudin, Jansson og Nordberg (2000) ble det brukt personlige kassett- innspilte narrative intervjuer om kommunikasjon til afasipasienter. Det kom frem at det nesten var umulig å redegjøre for kommunikasjon med afasipasienter, og studien representerer den mest nyttige måten å forstå non-verbal kommunikasjon. Resultatene i denne studien bør bli vurdert med hensyn til forskerens pre- forståelser. I studien av Sudin og Jansson (2002) skulle sykepleierene ha en samtale med pasientene om ulike bilder. Samtalen ble filmet, denne metoden ble brukt fordi forskerne mente det ville minske forstyrrende elementer for deltakerene. Sykepleierene følte det var lettere å kommunisere med pasientene om hendelser fra hverdagen. Det som styrker denne studien er at det ble gjort video- opptak av samtalene. I en annen studie av studien til Sudin og Jansson (2003) ble det gjennomført video-opptak av sykepleierene under et morgenstell etterfulgt av narrative og reflekterende intervjuer med sykepleierene etter hvert video- opptak. Det som styrket denne studien var intervjuene av sykepleierene, her fikk sykepleierene se video- opptakene som nettopp var gjort og dette fikk frem fortellinger av lignende situasjoner sykepleierene hadde opplevd, disse fortellingene ble også tatt med i studien og styrker resultatet. Det som er en samlet svakhet ved alle disse tre svenske studiene er at de utvalgte sykepleierene som deltok er plukket ut på grunnlag av at de er spesielt kvalifiserte til å kommunisere med pasienter med afasi etter hjerneslag og har mange års erfaring innen for dette feltet. Dermed er kanskje ikke funnene representative for hvordan sykepleie generelt er til pasientgruppen. Samtidig får studiene frem ekspert kunnskap, slik at totalvurderingen er at studiene har en hensiktsmessig design.

Nätterlund (2010) gjennomførte kvalitative intervjuer i form av samtaler som ble tatt opp på lydband. Deltakerene ble bedt om å velge plassering for intervjuet så de skulle føle seg trygge. Det som styrker studien er at det ble stilt oppfølgingsspørsmål for å stimulere deltakerene sine fortellinger og få mer detaljerte svar. Dersom deltakerene hadde problemer med å forklare noe under intervjuet var penn og papir tilgjengelig så de kunne tegne bilder eller intervjueren tok spørsmålet en gang til. I Kitzmuller (2007) sin norske studie er resultatene i stor grad like på funn

som er funnet i tidligere studier innen for samme området. Det er et begrenset antall deltakere, men de presenterer en variert erfaringsbakgrunn med tanke på alder, kjønn, yrke og bosted. Rekrutteringen ved hjelp av en interesseforening (afasiforbundet) kan ha vært med på å utelukke viktige synsvinkler. Det som er likt for alle studiene som er tatt med i denne oppgaven er at intervjusituasjoner med afasi pasienter kan være utfordrende med tanke på sikring av datamaterialets validitet og forskerens innvirkning. Oppsumert er min vurdering at studiene er av god kvalitet og svært relevante for min problemstilling, samt at resultatene har stor grad av overføringsverdi til norsk sykepleie til denne pasientgruppen.

3.5 Etikk

Som sykepleiere er det viktig at vi kjenner til de viktigste forskningsetiske prinsippene. Konfidensialitet og vern av personopplysninger er et viktig og sentralt punkt i forskningsetikken. Deltakere som er med i forskning skal være trygge på at ingen andre enn forskeren vet hvem de er, slik at informasjonen som blir gitt kan være ærlig og åpen (Brinchmann, 2008). Forsberg og Wengström (2008) skriver at før man setter i gang med en systematisk studie er det viktig at etiske overveielser gjøres. Dette blir gjort ved at forskningsartiklene som blir valgt har godkjenning av etisk komite eller at etiske overveielser er gjort. I de utvalgte artiklene i denne oppgaven er punktet om vern av personopplysninger holdt, det kommer ikke frem noen personopplysninger som kan gjøre deltakerene gjenkjennelige for oss lesere. Det samme gjelder der hvor jeg trekker inn mine personlige erfaringer i oppgaven, det er viktig å ikke oppgi noe personlia. Vitenskapsrådet har gitt ut retningslinjer for hvordan en god medisinsk forskning skal være. Dette for å unngå juks og uærlighet. I følge Forsberg og Wengström (2008, s. 77) defineres juks og uærlighet på denne måten: *”med fusk och ohederlighet inom forskningen avses avsiktlig forvrangning av forskningsprocessen genom fabricering av data, stold eller plagiat av data, forvrangning av forskningsprocessen, eller genom ohederlighet mot anslagsgivare.”*

4 RESULTAT

Her i denne resultatdelen vil artiklene sine hensikter, utvalg, metode og resultat bli beskrevet. Av de 5 artiklene som er utvalgt er alle av en kvalitativ studie. Hvor 4 av de er fra Sverige og den siste artikkelen er en norsk studie. Artiklene har til felles at de alle handler om hjerneslag og afasi.

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

Hensikten med den svenske studien til Sundin og Jansson (2003) var å belyse sykepleierens opplevelse av å forstå og bli forstått i pleie og omsorg til pasienter med hjerneslag og afasi. Metoden som ble brukt var videoopptak etterfulgt av kvalitativt intervju. I studien deltok 5 sykepleiere og 3 mannlige pasienter fra en slagrehabilitering på et sykehus i Sverige.

Sykepleierene ble først filmet under morgenstell sammen med pasientene, etterfulgt av et intervju direkte etter videoopptakene om deres opplevelse av kommunikasjon med pasientene. I resultatet i denne studien kommer det frem at kommunikasjonen ble bedre gjennom berøring mellom sykepleier og pasient. Det ble skapt en stille dialog som fremmet en følelse av kontakt og nærhet gjennom berøringen. Sykepleierene hadde en åpen holdning og viste interesse for pasientene. Sykepleierene hadde fokus på kroppsspråket og leste pasientens ansiktsuttrykk og blikkontakt, og viste gjennom dette forståelse med sitt eget kroppsspråk. Ved å plassere seg på samme nivå som pasienten og utføre oppgaver i pasientens tempo viste de respekt. Sykepleierene oppfordret pasientene til å lede morgenstellet og tok bare over dersom pasienten ikke klarte det selv eller ønsket det. Gjensidighet mellom sykepleier og pasient ble oppnådd i en avslappende og støttende atmosfære.

Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words

I denne svenske kvalitative studien til Sundin, Jansson og Nordberg (2000) var hensikten å belyse betydningen av kommunikasjon med pasienter med slag og afasi. Kasettopptak av intervju ble brukt som metode. I studien deltok 10 kvinnelige sykepleiere som arbeider med hjerneslag og afasi pasienter på en slagrehabiliterings avdeling i Nord- Sverige. Sykepleierene ble bedt om å

fortelle om en vellykket episode de hadde hatt sammen med en pasient som lidde av afasi. Videre skulle de fortelle om deres opplevelse av hva som var vanskelig og lett i kommunikasjonen med pasienten, og hvordan de forstår og ble forstått. Som et resultat ble det funnet to hovedtemaer: tilrettelegging for åpenhet og være i ordløs kommunikasjon. Sykepleierene fornemmet følelsene til pasientene og prøvde og sette seg inn i de, dermed ble kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient ledet av følelsene. For å kunne kommunisere gjennom følelser er det nødvendig med kreativ nærhet i kombinasjon med beskyttende avstand, møte pasienten på halvveien, vise forståelse, vise oppmerksomhet og tilgjengelighet til pasienten. Tillit og trygghet er viktig for både sykepleierene og pasientene.

Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry

Hensikten med studien til Sundin, Jansson og Nordberg (2002) er å belyse sykepleierenes opplevelse av å forstå mellom sykepleier og pasient med afasi. 5 sykepleiere og 3 pasienter deltok i studien som ble gjennomført ved en rehabiliteringsavdeling på et sykehus i Sverige. Metoden som ble brukt var videoopptak der sykepleierene ble filmet sammen med pasientene under en samtale omkring ulike bilder. Det ble direkte etter videoopptakene gjennomført et reflekterende intervju av sykepleierene hvor de skulle fortelle om sin opplevelse av situasjonen. I resultatdelen kommer det frem at det var viktig med kjennskap til pasientens historie og opplevelser av situasjonen for å forstå pasienten. De var avhengig av at sykepleieren var tilstede og konsentrert i samtalen for å få gjensidig forståelse. Sykepleierene mente også at det var viktig å skape en avslappende og positiv atmosfære. For å skape en slik atmosfære ble det brukt humor, medfølelse og aksepterende holdning i møtet mellom sykepleier og pasient. Sykepleierene var også bevisst på å ta seg god tid og være tålmodig, dette viste de gjennom å stille et spørsmål om gangen, før de ventet på svar. De mente videre at det var viktig og gi pasienten bekreftelse på sin reaksjon, dette gjorde sykepleierene ved hjelp av stemmenivå, mimikk og kroppsspråk.

A new life with aphasia: everyday activities and social support

Hensikten med denne studien til Nätterlund (2010) er å beskrive afasirammede enkeltes opplevelser av daglige aktiviteter og sosial støtte i hverdagen. Det ble gjennomført 20 intervjuer av personer med afasi ved afasisenteret for kommunikasjonstrening i Sverige. Resultatet av

studien viser at dagligdagse aktiviteter endret seg betydelig etter utbruddet av afasi og deltakerene ble hindret fra å delta i aktiviteter grunnet kommunikasjonsproblemer. Å kunne le av egne feil var bra, men bare hvis sykepleier og pasient kjente hverandre, derfor ønsket deltakerene samme personell hver dag. Afasien førte også til tap av venner og kolleger og deltakerene i studien følte seg ofte ensom. Deltakerene fikk generelt mye støtte fra nære slektninger, men manglet støtte fra helsevesenet.

Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring?

Dette er en norsk studie av Gabriele Kitzmuller (2007). Hensikten med denne studien var å beskrive afasirammede pasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell og hvordan denne erfaringen kunne være med på å påvirke mestring. Etter å ha kontaktet seks afasiforbundets lokalledere og en sentralleder i forbundet meldte tretten afasirammede, sju menn og seks kvinner seg til å delta i studien. Metoden som ble brukt var dybdeintervjuer som ble tatt opp på lydbånd, deltakerene ble oppfordret til å starte intervjuet med fortellinger om hvordan de opplevde sykdommen, hvordan det var å leve med afasi og hvordan de opplevde sine møter med helsepersonell. Funnene i denne studien viser at deltakerene hadde opplevd både positive og negative erfaringer i møte med helsepersonell. Samtlige av deltakerene sa det var viktig at helsepersonellet var snille og vennlige, hadde humoristisk sans og kunne prate om ting utenom sykdommen. At de viste respekt og behandlet dem som fullverdige mennesker fremmet egenverd og håp hos deltakerene. Det kom også frem at deltakerene brukte mye av seg selv på å være konsentrert og på å finne og få sagt ordene de hadde inni seg. Så når helsepersonellet viste at de hadde tid til samtale og samhandling ble det lettere og formidle sine budskap og ønsker. At helsepersonellet hadde større fokus på språktrening og mer kunnskap om afasi var noe deltakerene etterlyste.

5 DRØFTING

I drøftningsdelen trekkes frem noen grunnleggende forutsetninger for å oppnå god kommunikasjon med afasipasienter, der viktige momenter fra resultatdelen ses i lys av oppgavens teoridel og egne erfaringer. Temaer som drøftes er likeverd og respekt, tid og åpenhet, kroppsspråk, humor og kommunikasjonsteknikker.

5.1 Likeverd og respekt

For å oppnå god kommunikasjon med afasirammede må sykepleieren først og fremst behandle afasipasientene med respekt og se på han/ hun som fullverdige mennesker selvom språket er svekket. Dette hadde mye og si for afasipasientene sin selvfølelse i studien til (Kitzmüller, 2007). Å bli snakket til og ikke om når pasientene selv er tilstede hadde betydning for deres egenverd. Pasientenes selvrespekt ble støttet når helsepersonellet kommuniserte med dem som om at de skulle få tilbake et svar, uten at de fikk det (Kitzmüller, 2007). Blikket er et av de viktigste måtene og utrykke personlige kvaliteter på. Om sykepleieren ikke ser på pasienten hun kommuniserer med, vil pasienten lett kunne føle seg oversett. Sykepleiere kommer ofte i en situasjon hvor de fysisk står over og ser ned på pasienten. Et slikt ovenfra og ned perspektiv bør unngås, ved at sykepleieren setter seg på samme nivå som pasienten (Eide & Eide, 2011). Sudin og Jansson (2003) mener at å handle i samme tempo og i gjensidighet med pasienten er viktig. Ved at sykepleier plasserer seg på samme nivå som pasienten og ikke over han ettersom dette kan bli oppfattet som at sykepleieren er bedre enn pasienten. Ved å plassere seg riktig viser sykepleieren respekt ovenfor pasienten.

”jeg foretrekker å sitte på huk, fordi jeg ønsker øyekontakt, hvis jeg står oppreist vil pasienten måtte se opp til meg, og det ønsker jeg ikke. Det er viktig å være på samme høyde for å vise respekt.” (Sudin & Jansson, 2003 s. 112).¹

¹ Egen oversettelse fra engelsk til norsk ved hjelp av ordbok.

I studien til Sudin, Jansson og Nordberg (2000) kommer det frem at hvis sykepleierene forholdt seg til pasientene som unike mennesker og behandlet dem som mennesker med likeverd, ved at sykepleierene tilpasset seg pasientenes personligheter førte dette til at sykepleierene såg pasienten isteden for å overse.

” vi er i samme situasjon pasienten og jeg, vi er på samme nivå, har de samme verdiene og menneskeverd. Den eneste forskjellen mellom oss er at jeg kan hjelpe pasienten.”(Sudin, et al, 2000 s. 485).

Travelbee (1999) påpeker at dersom sykepleieren kjenner pasientene som individer og ikke bare pasienter vil det gjøre det lettere for sykepleieren å utvikle en følelse av ”rett timing” i omsorgssituasjoner. Med andre ord vil det si at det blir lettere å fornemme når sykepleieren skal snakke og når hun bør tie, når hun bør oppfordre pasienten til å snakke og når pasienten bør få fred. I en samtale med afasirammede er det viktig å huske på at det er en voksen person med masse livserfaring, kunnskap, interesser, meninger og ønsker. Hvis personen med afasi ikke forstår det du prøver å si er det ingen grunn til å tro at han hører dårlig. Det er derfor ikke nødvendig å gjenta samme setning i sakte tempo med høyere stemme. Det er bedre å prøve og ordlegge seg på en annen måte (Corneliussen et al., 2006).

Travelbee (1999) mener sykepleiere bør få til en meningsfull dialog med hver pasient hun forholder seg til. For å bruke kommunikasjonsprosessen på en målrettet måte, må sykepleieren gjøre sine kunnskaper om til handling i sin utøvelse av sykepleie. Jeg har erfart at afasipasienter ofte blir oversett. I sykehjemspraksisen min observerte jeg at sykepleierene synes det var vanskelig å kommunisere med afasipasienter og dermed sa minst mulig, eller snakket med pasientens pårørende når de var tilstede. Jeg tenker at afasipasienter har behov for tilstrekkelig informasjon og innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen og den videre behandlingen. Sykepleierene må derfor holde pasienten oppdatert og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Dette kan bidra til at pasienten føler at situasjonen blir mer forståelig og meningsfull (Eide & Eide, 2011), og etter mitt syn kan det bidra til å fremme respekt og pasientens likeverd.

5.2 Tid og åpenhet

Det kom frem i flere studier at afasipasienter trenger lengre tid en vanlig i en samtale. Ved at sykepleieren er åpen for dette gir den afasirammede den tiden han/ hun trenger vil det være med på å skape tillit og trygghet og gjøre samtalen vellykket. I Kitzmüller (2007) sin studie kom det frem at deltakerene trengte lang tid og mye konsentrasjon for å finne og formulere ordene de hadde inni seg. Når sykepleierene viste at de hadde tid til samtale og samhandling følte deltakerene at de fikk uttrykket sine behov og ønsker.

”Det er viktig og ta den tiden som er nødvendig, ikke å ha det for travelt. Du kan ikke ha en fot i rommet og en fot utenfor. Du må vise pasienten at du har tiden. For eksempel kan du sitte på en stol slik at pasienten ikke føler at han/hun oppholder deg, fordi hvis du har det travelt vil pasienten merke det og det kan føre til at pasienten blir stresset og engstelig og ikke tør å kommunisere.” (Sudin et al., 2000 s. 485).

Å ha god tid betyr å senke tempoet i samtalen og godta at det vil oppstå lange pauser. Stillhet i form av lengre pauser, er en god metode for sykepleierene til å signalisere at de har god tid ovenfor pasienten, men stillhet kan også oppfattes som truende og ubehagelig om sykepleieren og pasienten ikke kjenner hverandre så godt. Derfor ønsket deltakerene i studien til Nätterlund (2010) at det samme personalet skulle komme hver dag. Åpenhet er med på å forsikre pasienten om at sykepleieren har god tid, ved å fortelle pasienten nettopp dette. Dette vil gjøre at pauser som oppstår ikke føles pinlig, forstyrrende eller ødeleggende for samtalen. Åpenhet er også viktig ved at sykepleieren er ærlig i de situasjonene hun faktisk ikke har god tid (Corneliussen et al., 2006). Sudin og Jansson (2002) sin studie viste at sykepleierene må være klar over viktigheten av å gi pasienten tid og vise tålmodighet. Når en skal kommunisere med pasienter med afasi må man snakke tydelig og helst sitte ansikt til ansikt. Dette illustreres i følgende sitat:

”De tre første øyelegene snakket aldri til meg, bare til de som fulgte meg... den fjerde øyelegen var den første som snakket til meg. Han brydde seg ikke om de som fulgte meg. Han snakket bare til meg! Det følte på en helt annen måte..”(Kitzmüller, 2007 s.47).

Pasientene trenger lengre tid til å tenke og har problemer med språket og kanskje ikke forstår alt som blir sagt. Dette kan løses ved at sykepleieren deler opp spørsmål, gir alternativer og deretter

venter på svar fra pasienten. Når pasienten prøver aktivt å kommunisere må sykepleieren forbli taus. Disse øyeblikkene av stillhet vil gi pasienten tid til å konsentrere seg uten avbrudd. Stillhet gir også videre en økende mulighet for å lytte og forstå med åpenhet (Sudin & Jansson, 2003). Sudin og Jansson (2002) påpeker også at åpenhet mellom sykepleier og pasient er karakteristisk for kommunikasjonen. For å forstå og bli forstått i samhandling med pasienter med afasi etter hjerneslag kreves det åpenhet for følelser. Å være åpen for tegn fra den afasirammede er viktig å huske på. Hvis en er trøtt, deprimert eller har en dårlig dag kan dette påvirke samtaleferdighetene. Noen afasirammede kan ikke konsentrere seg i en samtale like lenge som før, dette må tas hensyn til. Det kan være nødvendig å ta en pause, eller ta samtale en dag pasienten er mer opplagt (Corneliussen et al., 2006).

I følge Travelbee (1999) bidrar tillit og trygghet til gjensidig forståelse og kontakt. Hun mener at dette er viktig for å kunne skape et godt menneske- til- menneske forhold. Dette er i likhet med det Corneliussen et al., (2006) skriver om å ha god tid, en vennlig innstilling og åpenhet i samtalen er en god investering i samtalen og samtalsituasjonen som bidrar til å skape trygghet, tillit og respekt. Jeg har utifra mine praksiserfaringer opplevd at en sykepleiers hverdag ofte er karakterisert med liten tid og masse arbeidsoppgaver. Jeg har sett at dette går utover kommunikasjonen med afasipasientene fordi de ikke får den tiden de trenger til å forstå eller bli forstått. Det er likevel bedre å ta seg den tiden enn å gjette hva den afasirammede prøver å formidle. Når sykepleieren inntar en lyttende holdning og ikke avbryter pasienten unødvendig er det med på å få en god samtale, det betyr likevel ikke at sykepleieren skal være passiv i samtalen, men at hun kan hjelpe pasienten der han står fast. Å ha god tid vil si og ha en lyttende holdning, være interessert og oppmerksom, dermed vil pasienten med afasi kunne delta i samtalen på en likeverdig måte (Corneliussen et al., 2006). Det å ta seg god tid i samtalen med afasipasienter trenger ikke nødvendigvis å ta så lang tid som man kanskje tror. Foruten å ha den nødvendige tiden med pasienten, tror jeg åpenhet kanskje er den viktigste enkeltfaktoren for at sykepleieren og pasienten skal kunne forstå hverandre.

5.3 Kroppspråk og empati

Berøring blir i flere artikler betraktet som en form for stille dialog og er et viktig kommunikasjonsmiddel mellom sykepleier og pasient (Sudin & Jansson, 2003. Kitzmüller,

2007). Jeg forstår det slik at kommunikasjon i form av berøring er av stor betydning, både fordi det kan virke som trøst og gir nærhet, men også fordi denne formen for kommunikasjon kan erstatte språklig kommunikasjon i mange tilfeller. Det kom frem at når pasient og sykepleier kommuniserer berører de ofte hverandres hender eller kinn. Enten for å trøste, eller for å føle nærhet. Denne type berøring letter kommunikasjonen mellom dem da det ofte ble en mer avslappet stemning, ro og sikkerhet. Ikke fysisk berøring gjennom øyekontakt oppsto også mellom sykepleier og pasient noe som økte forståelse mellom de to (Sudin & Jansson, 2003). Følgende sitat illustrerte berøringens betydning:

” Når pasienten rører meg, for eksempel på armen min, føler jeg mye inni meg. Pasienten kan omfavne meg og gråte, da føler jeg at jeg gjør det riktige. Når jeg holder henne i hånden, blir båndet mellom oss sterkere og gjør kommunikasjonen lettere.”(Sudin et al., 2000 s. 486).

I Sudin og Jansson (2003) sin studie kom det også frem at noen pasienter kan oppleve berøring fra sykepleieren ubehagelig, dette vil sykepleieren kunne se på pasienten sitt kroppspråk umiddelbart. Sykepleierene i samme studien sa det var viktig å observere og tolke kroppspråket til afasipasientene, fordi det lettet forståelsen av pasientens holdning til situasjonen. Det samme kom frem i studien til Kitzmüller (2007) hvor sykepleierene opplevde at det var lettere å forstå afasipasientene når de uttrykket seg gjennom kroppspråket. Non-verbal- kommunikasjon er en viktig del av kommunikasjonen. Ved non-verbal- kommunikasjon tar vi i bruk ansiktsuttrykk, øyebevegelser, kroppsholdninger, arm og beinbevegelser for å uttrykke meninger, tanker og følelser. Ved tydelig å bruke ansiktsuttrykk og gester kan budskapet i samtalen bli lettere å forstå for en med afasi. Dette fordi non-verbale signaler gir tilleggsinformasjon (Corneliussen et al., 2006).

Non-verbal- kommunikasjon er en grunnleggende og profesjonell ferdighet som sykepleiere bruker gjennom hele hjelpeprosessen. I samtalsituasjoner er det viktig at kroppspråket er med på å skape trygghet, kontakt og understøtter hensikten med samtalen. Det kan være lettere for sykepleieren å leve seg inn i pasienten sin situasjon ved å lese og tolke pasientens kroppspråk. Sykepleieren kan gjennom kroppspråket for eksempel formidle til pasienten at hun lytter ved å

sitte vendt mot pasienten (Eide & Eide, 2011). Det kommer frem i både Eide og Eide (2010) og Travelbee (1999) at empati er sentralt i møte mellom sykepleier og pasient.

Travelbee (1999) mener at empati må være tilstede for å kunne utvikle et menneske- til- menneske forhold. Hun definerer empati som evnen til å leve seg inn i og forstå en annens psykiske tilstand i et gitt øyeblikk. Empati er en evne av innlevelse som gir sykepleieren mulighet til å forstå hva pasienten føler, og melde tilbake at følelsen er forstått, respektert og tatt hensyn til. Dette vil på en annen måte bli sagt som at den følelsesmessige forståelsen av pasienten kommuniseres tilbake- verbalt, non-verbalt eller gjennom handling (Eide & Eide, 2011). Det kan på en annen side være vanskelig for en med afasi å forstå og produsere gester, ettersom kroppspråket ofte blir påvirket i større eller mindre grad etter pasienten har fått afasi etter hjerneslag (Corneliussen et al., 2006). En erfaring jeg gjorde meg i praksis var at ingen afasipasienter er like eller kan sammenlignes med hverandre. Det er stor variasjon i hvordan de mestrer kommunikasjonen. Utifra dette har jeg sett at sykepleierens evne og kreativitet med afasipasienter når det gjelder kroppspråk har mye og si på om kommunikasjonen mellom de to blir vellykket eller ikke. Derfor tror jeg at sykepleierens evne til empati har svært avgjørende betydning i særlig den non- verbale kommunikasjonen.

5.4 Humor

Humor bidrar til å få frem en avslappende atmosfære og letter dermed overfølsomhet. Humoren må tilpasses etter personlighet og sykepleier og pasient må kjenne hverandre for å få til dette. Humor reduserer avstanden mellom den profesjonelle sykepleieren og pasienten og gjør det derfor lettere å skape gode relasjoner med hverandre (Sudin & Jansson, 2002). Sitatet illustrerer at humor har sammenheng med tillit:

”Når pasienten stoler på meg, hvis vi kan spøke sammen og få den rette stemningen, er det ikke noe problem om vi ikke forstår hverandre med en gang, vi bare gir det et nytt forsøk.”(Sudin et al., 2000 s. 485).

I likhet med Solvoll (2008) skriver Eide og Eide (2011) at humor kan i helsearbeid være en viktig ressurs. Humor har som formål å skape kontakt, tillit, fremme helse og lindre lidelse. Det kan

også bidra til å åpne opp for å snakke om det som er vanskelig, eller virke som en lynavleder i vanskelige og spente situasjoner hvis sykepleieren ler med den afasirammede og ikke av han/henne. Derfor vil humor for mange være hensiktsmessig mestringsstrategi i vanskelige livssituasjoner eller i situasjoner som ikke kan endres (Karoliussen & Smebye, 2004). Dette viste seg også i studien til Nätterlund (2010) at en pasienten syntes det føltes greit å le, når pasienten selv hørte at feil ord kom ut når han/ hun prøvde og si noe.

Travelbee (1999) mener at gjennom et menneske- til- menneskeforhold blir sykepleierens mål og hensikt oppfylt. I likhet med humor har et menneske- til- menneskeforhold som mål å hjelpe pasienten med å mestre sykdom og lidelse og finne en mening med disse lidelsene. Fordi humor er en individuell sak, må den også brukes med varsomhet. Det er situasjonen som avgjør hva som er passende og morsomt. Hvis innlevelse og fortrolighet ikke finner plass i situasjonen kan humoren bli tolket feil. Dersom sykepleieren ler sammen med pasienten kan det være med på å gjøre det triveligere og lette samarbeidet. Om sykepleieren møter pasienten med et godt smil eller en god latter kan dette smitte over på pasienten så lenge det gjøres med forsiktighet og finfølelse (Bjørk & Breievne, 2008). I sykehjemspraksisen opplevde jeg en veldig deprimert slagpasient, en del sykepleiere på avdelingen synes han var en vanskelig pasient ettersom han var veldig nedfor og lite samarbeidsvillig. En av sykepleierene var veldig imøtekommende og tålmodig med denne pasienten og de utviklet et godt samarbeid seg i mellom. De brukte masse humor i sine samtaler og pasienten strålte hver gang hun var på jobb. Sykepleiere har en særlig viktig oppgave ved å tilpasse kommunikasjonen for å gi den afasirammede muligheten til å delta i meningsfulle samtaler (Kirkevold, 2008). I følge Eide og Eide (2011) kan humor være med på å bedre kommunikasjonen, men på en annen side kan humor også være med på å krenke personer. Det er derfor forutsett at sykepleier og pasient har et godt tillitsforhold, hvis ikke kan humor bli meningsløst og bidra til å skape en kunstig munterhet som kan virke fremmedgjørende. Det er derfor forutsett at sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk noe som ifølge Travelbee (1999) vil si å bruke sin egen personlighet, fornuft og kompetanse for å se an pasienten og hva han/ hun tåler i form av humor.

5.5 Kommunikasjonsteknikker

Kommunikasjon omfatter ikke bare samtaler med den afasirammede, men også alle non-verbale virkemidler. Kommunikasjonsteknikker er verdifulle og nyttige ettersom de baner vei for kommunikasjon dersom de brukes med skjønn og fornuft (Travelbee, 1999). I studien til Kitzmüller (2007) kom det frem at helsepersonell som var omsorgsfulle og viste empati tok oftere i bruk alternative uttrykksformer. Et eksempel viser at når pasientene fikk bruke sang til å uttrykke seg var det med på å styrke selvfølelsen:

” det var en pleier som var der av og til. Hun stelte neglene våre. Hun sang og lærte oss å synge, hun var et medmenneske” (Kitzmüller, 2007 s, 47).

Dette var noe jeg selv fikk erfare i praksis, der en sykepleier nynnet / sang inne hos den afasirammede istedefor å ha det helt stille, og pasienten begynte å nynne med og viste tydelig med hele seg at dette satte han pris på. Sang gir en god følelse av mestring ettersom ordene ofte kommer lettere i sang enn i samtale. Sang og musikk uttrykker følelser og er med på å skape kommunikasjon mellom den som synger og den som lytter (Berentsen, 2008).

Det å få pasienten involvert og engasjert, trenger ro, det kommer frem i studien til Sudin og Jansson (2002). Sykepleierene følte at stress hemmer forståelsen, pasientene trenger tid, ro og rolige omgivelser. Mens sykepleierene trenger tid, fred og stillhet (Amundsen & Sandmo, 1993). Å skape rolige omgivelser kan være lurt, det vil si å ta bort uroende elementer. Skru av radio, TV, det kan også være vanskelig å forholde seg til flere personer som snakker sammen samtidig. Hvis flere personer skal snakke sammen, er det viktig å huske på at bare en person bør snakke om gangen (Corneliussen et al., 2006). I studien til Nätterlund (2010) kom det frem at deltakerene synes det var vanskelig å finne de rette ordene når det var alt for mange mennesker rundt dem, men på samme tid var det hyggelig å se folk.

Ved å bruke konkrete hjelpemidler avgrenser dette temaet for samtalen, noe som kan være med på å bedre konsentrasjonen. Men denne type hjelpemidler bør ikke være for barnslige, det kan føles ydmykende for den afasirammede (Karoliussen & Smebye, 2004). I likhet med Amundsen & Sandmo (1993) mener også Corneliussen et al., (2006) at hjelpemidler som blokk og blyant, tegninger og bilder kan være til god hjelp hvis verbal kommunikasjon er vanskelig. Noen

afasipasienter kan grue seg til å skrive eller tegne fordi de føler ikke at resultatet blir godt nok, sammenlignet med hva de kunne skrive og tegne før. I slike situasjoner er det viktig at sykepleieren uttrykker forståelse for slike følelser hos pasienten, men samtidig understreker hvor viktig det er for kommunikasjonen at ting også kan bli formidlet ved hjelp av skriving eller tegning (Corneliussen et al., 2006).

Etter hjerneslag med afasi som et utfall er det ganske vanlig at det å holde oppmerksomheten og konsentrasjonen over tid blir vanskelig. Det vil derfor være til god hjelp om sykepleieren skriver ned stikkord av det hun sier, dette vil hjelpe afasi pasienten til å følge med i samtalen. Mange afasirammede har ofte både glede og nytte av å se det de sier ”på trykk”. Hvis sykepleieren skriver ned det som er oppfattet har den afasirammede muligheten til å lese ordene og bekrefte om det stemmer. Ord som er sagt og skrevet ned, forsvinner ikke. De blir betydningsfulle for afasipasienter på en annen måte enn muntlige ord som bare varer et kort øyeblikk (Corneliussen et al., 2006). Utifra tidligere erfaringer har jeg sett at noen vil gjenvinne språket bedre enn andre. Hvor godt den afasirammede greier å ta i bruk andre midler enn tale i kommunikasjonen, vil avhenge av hvilke situasjon kommunikasjonen foregår i og hvordan samtalepartneren forholder seg (Corneliussen et al., 2006). Kommunikasjonsteknikker er ingen trylleformel for å oppnå øyeblikkelig god kontakt eller kommunikasjon Hver enkelt sykepleier er unik og vil derfor føle at noen teknikker er bedre enn andre. Ingen bør presse seg selv til å utføre bestemte teknikk om det føles feil eller unaturlig (Travelbee, 1999). En spontan, naturlig tillitsfull, oppriktig og dypt forhold letter oppnåelsen av gjensidig forståelse (Sudin & Jansson, 2002).

6 AVSLUTTNING

Å tilrettelegge for kommunikasjon er en betydningsfull del av en helhetelig sykepleie for personer med afasi etter hjerneslag. Det er viktig med et godt samarbeid mellom sykepleier og den afasirammede. For å få til et godt samarbeid må sykepleieren respektere og se på den afasirammede som et likeverdig menneske uansett hvilke språkproblemer han/hun måtte ha. Det er også nødvendig at sykepleieren har god nok kunnskap om kommunikasjon og afasi for å kunne på best mulig måte tilrettelegge det som gagnar pasienten. Afasirammede pasienter trenger lengre tid til å oppfatte det som blir sagt og for å kunne finne frem til de rette ordene. Sykepleieren må kunne vise at hun har god tid, noe som kan gjøre det lettere for pasienten å delta i samtalen ettersom det vil være med på å skape trygghet. I kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienter med afasi har sykepleieren en viktig rolle som lytter, hun bør også ha evne til å være hundre prosent tilstede og sette pasienten i fokus. Å være tydelig med det non- verbale språket som vil være berøring og kroppsspråk er særdeles viktig for god sykepleie til pasienter med afasi. Ved å bruke humor i arbeidet med afasirammede vil det være med på å skape kontakt og tillit mellom sykepleier og pasient. Gode samtalesituasjoner kommer også ved å redusere forstyrrende elementer så samtalen foregår i rolige omgivelser, samt redusere antall personer som er delaktige i samtalen. Dersom kommunikasjonen er vanskelig kan sykepleieren oppmuntre pasienten til å bruke penn og papir til å hjelpe seg med å formidle det som skal bli sagt. Kommunikasjon har en stor betydning i sykepleie til pasienter med afasi fordi det er med på å skape en helhetelig behandlingssituasjon og pasienten kan forstå og bli forstått. Derfor er det viktig at sykepleieren tilrettelegger kommunikasjonen så godt hun / han kan innenfor sin kompetanse.

7 LITTERATURLISTE

- Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I: M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten* (s. 350- 405). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørk, I.T. & Breieven, G. (2008). Kropp og velvære. I: N. J. Kristoffersen ., F. Nortvedt & E. A. Skaug. (red.). *Grunnleggende sykepleie* (s.106- 136). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (red.). (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Indredavik, B., Salvesen, R., Næss. H. & Thorsvik. D. (2010). *Behandling og rehabilitering av hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Karoliussen, M. & Smebye, K. L. (2004). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal 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.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). *Slik oppsummerer vi forskning- håndbok for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Hentet fra

<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norske Sykepleierforbund.

Nätterlund, B. S. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support.

Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 17(2), 117- 29. Hentet fra

<http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=1476&accno=2010621941>

Solvoll, B. A. (2008). Identitet og egenverd. I: N. J. Kristoffersen ., F. Nortvedt & E. A. Skaug. (red.). *Grunnleggende sykepleie* (s.118- 156). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sudin, 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- 16. Hentet fra <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=647&accno=2003045714>

Sudin, 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- 8. Hentet fra <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=647&accno=2001003737>

Sudin, 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://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=912&accno=2002089564>

VEDLEGG 1 – Resultattabell

| Artikkel | Hensikt | Metode og datainnsamling | Utvalg | Resultat |
|--|---|---|---|--|
| <p>”Understanding and being understood” as a creative caring phenomenon- in care of patients with stroke and aphasia</p> <p>Karin Sudin & Lilian Jansson (2003)</p> | <p>Hensikten var å belyse sykepleierens opplevelse av å forstå og bli forstått i pleie og omsorg til pasienter med hjerneslag og afasi.</p> | <p>En Fenomenologisk hermeneutisk metode for tolkning ble brukt i studien.</p> <p>Det ble tatt videoopptak med narrative og reflekterende intervju i etterkant.</p> | <p>Fem sykepleiere og tre mannlige pasienter med afasi etter hjerneslag. Alder på pasientene var 62- 80år.</p> | <p>Gjennom berøring ble kommunikasjonen fremmet. Berøring skapte en følelse av kontakt og nærhet mellom pasient og sykepleier. Ved å ha en avslappet og støttende atmosfære blir det enklere og oppnå gjensidighet mellom pasient og sykepleier. Gjennom kroppspråk skapes forståelse.</p> |
| <p>Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry</p> <p>Karin Sundin, Lilian Jansson & Astrid Nordberg (2002)</p> | <p>Å belyse sykepleierens opplevelse av å forstå mellom sykepleier og pasient.</p> | <p>En fenomenologisk hermeneutisk metode for tolkning av intervjuene ble brukt.</p> <p>videoopptak av samtaler mellom pasientene og sykepleierene. Etterfulgt av intervju av sykepleierene som ble tatt opp på lydbånd.</p> | <p>Fem sykepleiere og tre mannlige pasienter med afasi etter hjerneslag. Alder på pasientene var 62 – 80år.</p> | <p>Konsentrasjon og interesse for pasienten var viktig for å oppnå gjensidig forståelse. Sykepleierene mente også at det var viktig og skape en avslappende og positiv atmosfære. Humor, reduserte avstanden mellom sykepleier og</p> |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | <p>pasient. Sykepleierene ga pasienten bekræftelse på sin reaksjon, ved hjelp av det non-verbale</p> |
| <p>Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words</p> <p>Karin Sundin, Lilian Jansson & Astrid Nordberg (2000)</p> | <p>Å belyse betydningen av kommunikasjon med pasienter med slag og afasi.</p> | <p>En fenomenologisk hermeneutisk tilnærming ble brukt i analysen.</p> <p>Det ble gjort personlige kassett- innspilte narrative intervjuer.</p> | <p>Ti kvinnelige sykepleiere som jobber med pasienter med hjerneslag og afasi. I alder mellom 27- 64år.</p> | <p>Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient ble ledet av følelsene. Tillit og trygghet var viktig for både sykepleierene og pasientene. Å møte pasienten på halvveien, vise forståelse, vise oppmerksomhet og tilgjengelighet til pasienten var viktig. Det var også nødvendig med kreativ nærhet i kombinasjon med beskyttende avstand, for å kommunisere.</p> |
| <p>A new life with aphasia: everyday activities and social support</p> <p>Birgitta Sjöqvist Nätterlund (2010)</p> | <p>Å beskrive afasirammede sin enkelte opplevelse av daglige aktiviteter og sosiale støtte i hverdagen.</p> | <p>Studien er basert på kvalitativ intervjuer.</p> | <p>Tjue personer med afasi var med i studien. 14 menn og 6 kvinner, i alderen mellom 32- 70 år.</p> | <p>Dagligdagse aktiviteter endret seg betydelig etter utbruddet av afasi. Afasien førte også til tap av venner og kolleger som førte til at deltakerene følte seg ofte ensom. Å bruke humor var</p> |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| | | | | <p>bra, hvis sykepleier og pasient kjente hverandre, derfor ønsket deltakerene samme personell hver dag. Deltakerene fikk generelt mye støtte fra nære slektninger, men manglet støtte fra helsevesenet.</p> |
| <p>Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring?</p> <p>Gabriele Kitzmüller (2010)</p> | <p>Å beskrive afasirammede pasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell og hvordan erfaringen kan være med på å påvirke mestring.</p> | <p>Giorgi's forskningsmetode som er utviklet på bakgrunn av Husserl's fenomenologi er brukt for metodisk ledertråd i studien.</p> <p>Det ble tatt dybdeintervjuer av deltakerene som ble tatt opp på lydbånd.</p> | <p>Tretten afasipasienter deltok i studien. 7 menn og 6 kvinner.</p> | <p>Det var viktig at helsepersonellet var snille og vennlige, hadde humor og kunne prate om annet enn sykdommen. Håp og egenverd hos pasientene ble fremmet ved at helsepersonellet viste respekt og behandlet de som likeverdige. Pasientene etterlyste at helsepersonellet hadde mer kunnskap om afasi og større fokus på språktrening.</p> |