



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKHB 3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling
(Bacheloroppgave).

Eksamensform: Prosjektoppgave

Kandidatnr: 37

Leveringsfrist: 22.02.13

Antall ord: 8988

Når språket svikter - sykepleie til pasienter med afasi



Bilde hetet fra: http://www.litteraturhuset.no/bilder/201003/afasi.png?__scale=w:230,h:400,t:3

Sammendrag:

Tittel: Når språket svikter - sykepleie til pasienter med afasi

Bakgrunn for valg av tema: Hvert år er det ca 15 000 mennesker i Norge som rammes av hjerneslag. Flere av disse pasientene blir rammet av afasi som følge av hjerneslag.

Problemstilling: Hvordan oppnå god kommunikasjon i møtet med pasienter som er rammet av afasi som følge av hjerneslag”

Hensikt: Hensikten med denne studien er å belyse hva sykepleier kan gjøre for å oppnå god kommunikasjon med pasienter som er rammet av afasi.

Metode: Oppgaven ble gjennomført som et litteraturstudie, hvor systematisk gjennomgang av forskning og relevant teori besvarer problemstillingen.

Funn: Det kom frem i flere artikler at det er viktig å ha en god relasjon til den afasirammede, for å oppnå god kommunikasjon. Helsepersonell må vise respekt og likeverd og gi pasienten mulighet til medbestemmelse. Ved hjelp av kroppsspråk gir sykepleierne bekreftelse på pasientens reaksjoner. Engasjement er vesentlig for å forstå hverandre, der det er viktig å ha konsentrasjon og interesse for hverandre. Når sykepleierne er åpne, ærlige og oppriktige, skaper dette tillit mellom sykepleier og pasient, som gjør at kommunikasjonen blir god. Berøring viser også å fremme nærhet og en følelse av kontakt mellom sykepleier og pasient. Ha god tid til den afasirammede viser seg også å være svært viktig for at vedkommende skal føle at han blir respektert og tatt på alvor, for å oppnå god kommunikasjon.

Abstract:

Title: When language fails - nursing to patients with aphasia

Background for selection of subject: Each year there are approximately 15,000 people in Norway who are affected by stroke. Several of these patients suffering from aphasia as a result of the stroke.

Research question: How to achieve good communication with patients whose is suffering from aphasia as a result of stroke?

Purpose: The purpose of this study is to elucidate what nurses can do to achieve good communication with patients who suffer from aphasia.

Method: The assignment was carried through as a literature study, which consists of the systematic review of relevant research and theory.

Results: It became evident in several articles that it is important to have a good relationship with the patients with aphasia, to have a successful communication. Care providers needs to show respect to the patients. Body language can be used to understand each other's feeling. When care providers are open, honest and sincere, patients will some trust. Touch can promoting closeness and a feeling of connection between nurse and patient. It's also important to give the patient some time, while communicate. This shows the patient that he is respected and taken seriously, and the communication will turn out to be good.

Innhold

1.0 Innledning.....	s.1
1.1 Introduksjon.....	s.1
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	s.1
1.3 Hensikt.....	s.2
1.4 Presentasjon av problemstilling.....	s.2
1.5 Avgrensing og presisering.....	s.2
1.6 Presentasjon av sentrale begreper i problemstillingen.....	s.3
1.6.1 Hjerneslag.....	s.3
1.6.2 Kommunikasjon.....	s.3
1.6.3 Afasi.....	s.3
1.7 Oppgavens disposisjon.....	s.3
2.0 Teoretisk tilnærming.....	s.4
2.1 Hjerneslag.....	s.4
2.2 Kronisk sykdom.....	s.4
2.3 Afasi.....	s.5
2.4 Kommunikasjon.....	s.6
2.4.1 kommunikasjon til afasirammede.....	s.7
2.4.2 Ulike virkemidler i kommunikasjon.....	s.7
2.5 Presentasjon av teoretiker.....	s.9
3.0 Metode.....	s.10
3.1 Hva er metode?.....	s.10
3.2 Litteraturstudie som metode.....	s.11
3.3 Metodens sterke og svake sider.....	s.11
3.4 Kildekritikk.....	s.12
3.5 Etisk aspekter.....	s.12
3.6 Litteratursøk og valg av forskning.....	s.12

4.0 Presentasjon av forskning.....	s.13
4.1 Oppsummering av presenterte forskningsartikler.....	s.15
5.0 Drøfting.....	s.16
5.1 Respekt og likeverd.....	s.16
5.2 Åpenhet, tid og pauser.....	s.17
5.3 Forståelse og gjensidig kontakt.....	s.20
6.0 Konklusjon.....	s.24
7.0 Litteraturliste.....	s.25
Vedlegg: Oversikt over forskningsartikler.....	s.28

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Hvert år er det ca 15 000 mennesker i Norge som rammes av hjerneslag, og tilstanden er årsak til ca. 15 % av alle dødsfall i Norge (Dietrichs, 2010). Ca 20 % dør i løpet av de første 30 dagene etter å ha fått et hjerneslag. Bedret akutt behandling og forebygging av risikofaktorer reduserer dødeligheten i de senere årene (Kirkevold, 2008).

Hjerneslag er den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemming og uførhet blant voksne og eldre, og det er den tredje hyppigste årsaken til død i vår del av verden. Trolig er det nærmere 60 000 mennesker i Norge som har hatt et slagtilfelle, og mange av dem lever i dag med en funksjonssvikt som følge av slaget (Dietrichs, 2010). Mange som rammes av venstresidig hjerneslag får skade i språksenteret som fører til afasi. Dette kan gi problemer både med å snakke, skrive, lese og forstå hva andre sier, og de som rammes hardt vil ofte slite med store kommunikasjonsvansker (Eide & Eide, 2007).

"Jeg satt midt i en telefonsamtale på jobben da ordene plutselig forsvant. Det aller verste var at jeg ikke kunne snakke. Jeg skjønnte alt de sa, men kunne ikke svare. Jeg husket ikke en gang hva barna mine het. Det var grusomt, rett og slett, alt var et eneste kaos" (Corneliussen et al., 2006, s.13).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Har i tre år arbeidet på sykehjem og har i løpet av sykepleierutdanningen møtt flere pasienter som har blitt rammet av afasi etter hjerneslag. Har da sett at livet til disse pasientene blir snudd på hodet og en ny hverdag viser seg, der pasientene ikke klarer å uttrykke seg sånn som han/hun ønsker. Har også sett at når menneskene rundt dem ikke forstår hva pasienten mener, kan situasjonen oppleves som fortvilende for alle parter, men kanskje aller mest for pasienten selv. Valget falt for hjerneslag siden det er et viktig og aktuelt tema at disse pasientene får en god oppfølging i kontakt med sykepleiere. I møte med disse pasientene kan man også som sykepleier føle seg utilstrekkelig, og det er derfor avgjørende å ha god kunnskap om kommunikasjon. Jeg ønsker spesielt å ha fokus på afasi som følge av hjerneslaget. Ofte kommer det uforståelige setninger i et kaos av ord som kan være en frustrasjon både for pasienten og lytteren (Karoliussen & Smebye, 2000).

1.3 Hensikt

Hensikten for valget av tema var for å fordype meg enda mer i hjerneslag og afasi, siden det er en vanlig sykdom. Som sykepleier vil en alltid møte denne pasientgruppen, og jeg så det derfor som en nyttig studie der jeg vil få lære mer og få økt kunnskap. Jeg kan bruke kunnskapene videre i praksis og i jobb i møte med andre pasienter i fremtiden.

Med tanke på at det årlig er ca 3000 mennesker i Norge som rammes av afasi som følge av hjerneslag, vil dette være et høyst aktuelt tema for meg som sykepleier. Kommunikasjon med pasienter og pårørende er viktig i alle former for sykepleie. I møte med afasirammede pasienter kan kommunikasjon være en stor utfordring, og det vil ofte kreve større innsats enn ellers fra sykepleierens side for å etablere god kontakt, slik at man både forstår hva den andre mener og får formidlet det man ønsker (Eide & Eide 2007).

1.4 Presentasjon av problemstilling

”Hvordan oppnå god kommunikasjon i møtet med pasienter som er rammet av afasi som følge av hjerneslag”

1.5 Avgrensing og presisering

Velger i denne oppgaven å fokusere på pasienter med skade i venstre hjernehalvdel, som hos de fleste mennesker omfatter evnen til å forstå og uttrykke språk (Dietrichs, 2010). Fokuset bli lagt på eldre, både kvinner og menn fra 62-80 år, da artiklene omhandler denne aldersgruppen, med unntak av Kitzmüllers (2007) studie. Fokuset blir i tillegg på pasienter som har vært friske før hjerneslaget, forutsetter da at syn og hørsel fungerer på en slik måte at det ikke vil begrense pasientens evne til å kommunisere.

Det finnes flere former av afasi, men i denne oppgaven vil jeg fokusere på den motoriske afasien. Det vil si at personen vet hva han/hun vil si, men at det ikke kommer frem på den måten han/hun ønsker (Dietrichs, 2010). Fokuset blir på denne typen afasi, på grunn av praksis- og jobb erfaringer. Ønsker i denne litteraturstudien å få fram hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten til å gjøre seg forstått. Tverrfaglig samarbeid med for eksempel logoped en stor del av opptreningen av språket etter et hjerneslag (Kirkevold, 2008). I denne oppgaven vil det ikke bli lagt fokus på det tverrfaglige samarbeidet, men heller hvordan sykepleier og

den afasirammede kan skape en god kommunikasjon i sammen. Avgrense også kommunikasjonen til å gjelde hovedgruppene verbal og nonverbal kommunikasjon. Fokuset blir på hvordan selve kommunikasjonen mellom sykepleier og en afasirammet pasient kan foregå. På grunn av oppgavens omfang vil det ikke bli lagt fokus på fysiske utfall som kan oppstå etter hjerneslag, og ønsker heller ikke skrive noe om de psykiske følgene ved det å bli rammet av afasi. Utelukker også medisinske behandling.

1.6 Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen

1.6.1 Hjerneslag

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

1.6.2 Kommunikasjon

" Det å meddele eller overføre... utveksling av tanker eller meninger: en prosess der meninger utveksles mellom individer gjennom et felles system av symboler (som språk og tegn)" (Travelbee 1999, s. 136).

1.6.3 Afasi

”Afasi er ervervede - ikke-medfødte – språkvansker som skyldes en skade i hjernen, vanligvis i venstre hjernehalvdel. Afasi kan innebære vansker med å forstå hva andre sier, med å finne ord, lage setninger og snakke, med å lese og å skrive. Og alle disse vanskene er der uten at evnen til å tenke klart (intellektet) er skadet” (Corneliussen et al., 2006, s. 9).

1.7 Oppgavens disposisjon

Innledningskapittelet består av hvorfor valg av tema, og presentasjon av oppgavens valgte problemstilling, samt er det gjort rede for avgrensning av oppgaven. Oppgaven presenterer sykepleie teoretiker Joyce Travelbee, hvor hennes syn på sykepleie vil bli brukt i oppgaven. Påfølgende kapittel består av teori, som tar for seg ulike begreper som er brukt i oppgaven. Deretter kommer et metode kapittel som går nærmere inn på hvordan oppgaven blir utformet og hvilken metode som er brukt. Neste kapittel presenterer forskningen og de ulike artiklene brukt i oppgaven. Etter dette er det drøfting, som vil belyse funnene fra artiklene og svarer på problemstillingen. Til slutt vil oppgaven oppsummeres i en avslutning som vil komme med en konklusjon på den valgte problemstillingen.

2.0 Teoretisk tilnærming

2.1 Hjerneslag

Hjerneslag også kallet Apoplexia Cerebri og cerebralt insult, er en ervervet, lokal hjerneskode grunnnet oksygenmangel. Dette kan føre til trombose- og/eller embolidannelse som til slutt tilstopper et av hjernens blodkar og kan føre til celledød som følge av redusert blodtilstrømning til et område i hjernen (Kirkevold, 2008). Ved sirkulasjonssvikt vil cellene som sakt skades eller dø, og dersom funksjonssvikten varer mer enn 24 timer kalles det et hjerneslag. Videre kan det som har forårsaket dette være disponerende faktorer som aterosklerose, hypertensjon og diabetes (Dietrichs, 2010).

Dietrichs (2010) sier at hjerneslag forekommer ofte samtidig med generell aterosklerose, høyt blodtrykk og hjertesvikt, og at dette er risikofaktorene for å få hjerneslag. Samlet lever anslagsvis 55 000 med gjennomgått slag i dag. De fleste er over 65 år, og forekomsten øker med alderen (Kirkevold, 2008). Hjerneslag fører til motorisk og eventuelt også kognitiv funksjonsnedsettelse. De klassiske symptomene er halvsidig lammelse med slappe pareser og eventuelt afasi. Andre vanlige konsekvenser av den motoriske skaden er svelgparese, urininkontinens, balanseproblemer og dysfasi (Kirkevold, 2008).

Hjerneslag er som oftest en kronisk sykdom, der det blir en skade i hjernen som kan gjøre at en kan få eks, lammelser, nedsatt bevegelighet, kraft, syn, hørsel, balanse, tale, forståelse og oppfattelse. Siden disse symptomene ofte vedvarer kan hjerneslag kalles en kronisk sykdom (Dietrichs, 2010).

2.2 Kronisk sykdom

Å gi en dekkende definisjon på kronisk sykdom er vanskelig, på grunn av store variasjoner i sykdomspanoramaet og fordi nye sykdommer stadig dukker opp (Gjengedal & Hanestad, 2007). Både opplevelse og forløp avhenger av en rekke faktorer som det er vanskelig å få full oversikt over, fordi kroniske lidelser griper inn i folks liv på en helt annen måte enn akutte sykdommer. En definisjon er:

"Alle avvik fra det normale som har en eller flere av følgende karakteristika: er permanente, medfører varig funksjonshemming, er forårsaket av irreversible patologiske endringer, krever

særskilte rehabiliteringsprogram og forventes å kreve langvarig veiledning, observasjon og pleie" (Gjengedal & Hanestad 2007, s. 11)

En kronisk sykdom omfatte en tilstand som ikke kan behandles eller opptrer i tilbakevendende mønster og som varer mer enn 3 mnd. Kronisk sykdom begrenser det vanlige levemønsteret og krever mer eller mindre spesiell assistanse eller tilpasning. Ved kronisk sykdom vil en oppleve tap av selvfølelse, sikkerhet, kontroll, sosiale roller og relasjoner, og muligens tap av fysiske funksjoner (Gjengedal & Hanestad, 2007).

2.3 Afasi

De færreste vet hva afasi er, og enda færre har regnet med at det kunne skje med dem. En kvinne sier det slik:

"Det aller verste var å ikke kunne uttrykke tankene mine, ikke si de setningene jeg så inne i hodet mitt og gjerne ville uttale... Da jeg ville spørre mannen min hvordan barna hadde det, fikk jeg ikke frem et ord, bare små ynk. Da var det min tur til å få sjokk..." (Corneliussen et al, 2006, s 13):

Afasi vil ikke si at en har mistet språket, men den som har fått afasi, har ikke lenger like god tilgang til språket sitt. Og fordi vi bruker språket for å kommunisere med hverandre, vil afasi være en alvorlig funksjonshemming for den som rammes. Afasi betyr at det forekommer en språkforstyrrelse som følge av en skade på hjernen. Oftest skyldes afasi hjerneslag etter blodpropp eller blødning i hjernen, men det kan også forårsakes av for eksempel ytre hodeskader, hjernesvulst eller andre sykdommer. Det å bli rammet av afasi medfører en stor funksjonssvikt, fordi språket er vårt viktigste redskap til kommunikasjon (Corneliussen et al, 2006).

Graden av forstyrrelse varierer med hvor stor skaden er, og hvilket språkområde som rammes. Vi skiller mellom ulike former for afasi, og ikke alle medfører problemer på samme måte:

Ved *sensorisk afasi* har pasienten dårlig forståelse av det han eller hun hører eller leser. Pasienten kan uttale ord korrekt, men sammenhengen blir feil. Pasienten kan snakke flytende, men evnen til å sette sammen ord svikter, og innholdet blir uforståelig. *Anomisk afasi*

(*ordletingsafasi*) gir problemer med å finne ordene som skal til for å gi setningen innhold og mening. Dette er et vanlig symptom hos personer med demens, særlig ved Alzheimers sykdom. I en tidlig fase av demens kan mange klare å dekke over svikten ved å omskrive det de har tenkt å si. Etter hvert stopper det opp når de skal si et ord de ikke kommer på, og de kan glemme hva de egentlig hadde tenkt å si. Ved *global afasi* er alle språkfunksjonene redusert. Pasienten har vansker med å forstå hele setninger. Vedkommendes egen tale kan være uforståelig, og bare enkle ord kan være korrekte (Berentsen, 2010).

Ved *motorisk afasi* kan pasienten oppfatte og forstå mye av det som blir sagt, men greier ikke å uttrykke det han eller hun ønsker å si (Berentsen, 2010). Motorisk afasi er en skade i fremre språkområde kallet Brocas, og er en del av venstre hjernehalvdel. Denne formen for afasi kalles også ekspressiv afasi og medfører at pasienten har vansker med å uttrykke seg. Typiske tegn er svikt i ordproduksjonen og at talen kan være oppstykket av pauser. Setningene er adekvate, men har som sakt dårlig flyt, er ofte korte, blir lett hakkete og fulle av gjentakelser. Det er også vanlig at pasienten blander sammen bokstaver eller forvansker ordene. Noen har et svært begrenset ordforråd og kan si bare ja og nei og enkelte fraser og faste uttrykk, såkalt automatisk tale. De faste uttrykkene kan for eksempel være banning (Olsen, Ryen & Wergeland, 2010). Det kan være vanskelig å forstå pasienter med motorisk afasi dersom en ikke gir seg tid til å finne ut hva de egentlig vil si. Evnen til å uttrykke seg ved hjelp av tonefall, mimikk og kroppsspråk er intakt, det er derfor svært viktig at sykepleiere har gode kunnskaper om kommunikasjon (Berentsen, 2010).

2.4 Kommunikasjon

Grunnleggende ferdigheter når det gjelder samhandling med mennesker omfatter evne til å forstå andre og til selv å gjøre seg forstått ved hjelp av et klart språk (Eide & Eide, 2007). Viktige ferdigheter å oppøve for å kunne forstå andre menneskers situasjon og deres egen opplevelse av den, omfatter evnen til aktiv lytting, til å vise en åpen og lyttende holdning og til å stille klargjørende spørsmål. Ved undervisning og samarbeid er evnen til å formidle et meningsinnhold på en tydelig måte, tilpasset ulike situasjoner og personer, avgjørende for gjennomføringen. Dersom pasienten har kommunikasjonsvansker, utgjør kommunikasjon og samhandling en spesiell utfordring. Når en utøver sykepleie ovenfor en hjelpetrengende pasient, er det forutsatt at en kommuniserer og samhandler med pasienten, så samt han ikke er bevisstløs. I all undervisning og veiledning i alle samarbeidssituasjoner har kommunikasjon

og samhandling en helt sentral plass. Det store omfanget av sykepleiesituasjoner som forutsetter kommunikasjon og samhandling med andre mennesker, viser tydelig betydningen av at sykepleiere oppøver slike ferdigheter (Kristoffersen, 2010).

2.4.1 Kommunikasjon til afasirammede

I forhold til pasienter med afasi er det viktig å etablere en god kontakt, og så ved kommunikasjonshandlinger som den andre kan forstå, formidle det man skal gjøre. Å kommunisere med afasirammede krever da både kunnskap om pasientens lidelse, evne til å leve seg inn i pasientens situasjon og beherskelse av et nyansert register av kommunikasjonsstrategier. Det kreves også tålmodighet, og evne og vilje til å vise interesse, lytte og forsøke å forstå. Det er ikke enkelt å kommunisere når språket ikke fungerer som middel til å skape kontakt og mening i tilværelsen. Afasi er en diagnose, en fellesbetegnelse for redusert evne til å forstå språk og til å bruke språket til å uttrykke seg. Afasi forårsakes av en skade i det senteret som bearbejder språklige symboler og/eller det senteret som knytter sammen tanker og ord (Eide & Eide, 2007).

2.4.2 Ulike virkemidler i kommunikasjon

Når man samhandler med slagrammede som ikke kan uttrykke seg verbalt på vanlig måte, er det viktig å lytte, observere og være tålmodig, slik at den andre får anledning til å svare så godt hun kan, med de signaler hun har til rådighet, respondere på sin måte. Samtidig er det viktig å ikke sende for mange budskap på en gang, gjerne bare ett, og så slippe den andre til, slik at vedkommende får anledning til å respondere på dette før man går videre. Hvis man selv er rask, ordrik og har en tendens til å ta flere ting på en gang, er det grunn til å trykke inn bremsen og sette ned farten. Ta en ting av gangen, og så lytte og observere hva den andre svarer på dette (Eide & Eide, 2007).

Spørsmålet er hva hjelperen kan gjøre for å kommunisere på samme nivå, slik at man både forstår hva den andre mener og også får formidlet det man ønsker. Når man ikke kan nå den andre via verbalt språk, vil nonverbal kommunikasjon bli enda viktigere enn den er i andre situasjoner. Via kroppslige uttrykk og bevegelser, ansiktsuttrykk og mimikk, stemmebruk og berøring er det mulig å skape kontakt og formidle det man ønsker å si. Det er kommunikasjonshandlinger som forteller hva som skal skje og som gir den andre mulighet til

å reagere på situasjonen og få uttrykt noe om hvordan han eller hun forstår den (Eide & Eide, 2007).

Nonverbal eller *ikke-verbal* kommunikasjon er kommunikasjon uten bruk av ord. Nonverbal kommunikasjon er med andre ord et responderende språk. Det forteller noe om begge parter i en dialog, og ikke minst om reaksjonen mellom disse. Derfor er det viktig å lytte aktivt også til andres kroppsspråk, slik at vi bli i stand til å oppfatte den viktige informasjonen om vedkommende som kommer nonverbalt til uttrykk. Samtidig er det viktig å innstille seg på den andre og forholde seg henvendt, slik at vi også nonverbalt formidler den profesjonelle holdning av interesse og vilje til å hjelpe som ligger i grunn for arbeidet. Hjelperens nonverbale kommunikasjon er kanskje viktigere enn vi umiddelbart tenker oss, fordi vi igjennom det nonverbale signaliserer hvorvidt vi er innstilte på å lytte og hjelpe, noe som er avgjørende for hvorvidt pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt (Eide & Eide, 2007). Den nonverbale kommunikasjonen kommer godt til uttrykk ved afasi, der det foreligger kommunikasjonsvansker (Corneliussen et al, 2006). Nonverbal kommunikasjon kommer til uttrykk gjennom for eksempel ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsspråk og berøring (Eide & Eide, 2007).

Observasjon av *ansiktsuttrykk* er et viktig hjelpemiddel til å få informasjon om den andres følelser og reaksjoner som vi ellers ikke ville fått tak i. Møter vi et stramt ansikt med sammenbitte tenner, forstår vi at noe er galt og at den andre holder noe tilbake. Ser vi en skjelven underleppe og et blankt blikk, skjønner vi at den andre er trist og kjemper for å holde tårene tilbake. Møter vi derimot et trygt smil, vet vi at ting er i god gjenge (Eide & Eide, 2007). Sykepleierens ansiktsuttrykk er også like viktig i kommunikasjonen. Når pasienten blir møtt med hevede øynebryn, et skjevt smil eller en bekymret rynke i pannen, signaliserer vi kanskje tvil eller skepsis, og gjøre pasienten utrygg/usikker. Møter vi dem derimot med et smil om munnen og en munter tale og viser empati og forståelse, skaper vi trygghet hos vedkommende (Eide & Eide, 2007).

Øynene er sjelens speil, sier et gammelt ordtak. *Øyekontakt* og blikket er en av de viktigste nonverbale kanalene og uttrykker både noe om en relasjon og om personlige kvaliteter. Hvis ikke øynene er henvendt mot den man snakker med eller kommuniserer med på andre måter, vil den andre lett kunne føle seg oversett. Og "å se noen inn i øynene" er et uttrykk vi gjerne knyttet til ærlighet og mot. Gjennom blikket uttrykker man holdninger, følelser og

oppmerksomhet for den andre, og blikket kan vekke følelser og reaksjoner, berolige den andre eller vekke engstelse ved å for eksempel stirre, som gir en følelse av overvåking og/eller granskning (Eide & Eide, 2007).

Kroppsspråket/nonverbal kommunikasjon er da viktig der en viser kroppsholdning, bevegelser og gester, men også om fysisk nærhet eller avstand. I samtalesituasjoner er det viktig at kroppsspråket bidrar til å skape kontakt og trygghet, og at det understøtter det som er hensikten med samtalen. Sitter man henvendt, for eksempel ved å lene seg mot og lar knærne peke i retning av den andre, formidler man interesse og ønske om kontakt. Dette bidrar til å skape fortrolighet og trygghet. Henger man derimot i stolen eller lar knærne peke bort fra den andre, signalisere man heller likegyldighet og ønske om avstand (Eide & Eide, 2007).

Berøring kan være en sterkt ladet form for nonverbal kontakt. Berøring kan føre sykepleier og pasient nærmere hverandre på kort tid. Når evnen til kommunikasjon er redusert, er det også mer naturlig å røre ved den andre under samtale. Berøring har funksjoner som å formidle kontakt, sympati og omsorg (forståelse, medfølelse, trøst og støtte). Berøring har også den funksjonen å gjøre en oppmerksom på at en vil innlede en samtale og å holde på oppmerksomheten under en samtale. Sykepleieren må være oppmerksom på at pasienter reagerer forskjellig på berøring og respektere at noen ikke liker å bli berørt (Eide & Eide 2007).

2.5 Presentasjon av teoretiker

I oppgaven kommer Travelbees syn på sykepleie til å være sentralt. Etter min mening er Travelbee aktuell for min problemstilling, siden hun ser på et hvert menneske som et unikt individ, selv om kulturen personen er en del av har betydning for oppfatning av sykdom er det først og fremst enkeltmennesket som står i fokus. Travelbee mener at sykepleierens oppgave er å anerkjenne pasienten som et unikt og uerstattelig individ. Dersom sykepleier ikke gjør dette, vil sykepleien bli mekanisk, upersonlig og overfladisk. Hun er opptatt av god relasjon og god forhold i et menneske- til- menneske- forhold, noe som er spesielt viktig der det er snakk om å bygge opp et forhold mellom sykepleier og pasient, og det å kunne forstå hverandre når det foreligger kommunikasjonsvansker. Travelbee vektlegger relasjonen, det vil si kommunikasjon og samhandling mellom sykepleier og pasient som sentralt i utøvelsen

av sykepleie, altså utveksling av meninger som er en gjensidig prosess mellom to mennesker (Travelbee, 1999).

Travelbee mener at sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk noe som vil si at hun/han må bruke egen personlighet, fornuft og kompetanse i ulike situasjoner i sitt arbeid som sykepleier for å oppnå et forhold til pasienten. Videre vil sykepleieren oppnå sine mål og hensikter dersom hun vet hvordan hun skal oppfylle pasienten sine behov ved å planlegge, tilrettelegge og hjelpe pasienten på riktig måte til å få det bedre. For å kunne opprette en mellommenneskelig relasjon eller et menneske-til-menneske-forhold, må man gå gjennom det første møte, fremvekst av identiteter, vise empati og sympati og etablere en gjensidig forståelse og kontakt. Når disse punktene oppfylte, har en et godt grunnlag for å skape en god kommunikasjon (Travelbee, 1999).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Vilhelm Aubert formulerer metode slik:

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

Metode er et redskap en bruker for å samle inn data, hvor en finner ny informasjon og kunnskap som en bruke i forskingsprosessen eller undersøkningen. Metoden forteller oss hvordan vi skal finne ønsket kunnskap og hvordan vi skal etterprøve denne. Den valgte metoden hjelper til å gi gode data og belyser de spørsmålene som vil dukke opp i oppgaven (Dalland, 2007).

Dalland (2007) deler inn i to ulike orienteringsmetoder, kvalitativ og kvantitativ metode. Begge metodene har et formål for å bedre forstå samfunnet, enkeltmennesker, grupper og situasjoner samarbeider. Kvantitativ metode bygger på data, tall og målbare enheter mens kvalitativ metode bygger på forståelse, erfaring og opplevelse fra i denne sammenheng, pasientgrupper (Holme & Solvang, 1996).

Holme & Solvang (1996), forklarer at den kvalitative metoden har som styrke at en får frem totalsituasjonen, og metoden skaper grunnlag for videre teori bygging. Den kvantitative metoden har som styrke at den kommer frem til gjennomsnittet. Svakheten ved en kvalitativ metode får en ikke frem om resultatet dekker alle involverte parter. En kvantitativ metode kan gi lite rom for dem som er med i undersøkelsen til å gi uttrykk for egen situasjon og reaksjon (Holme & Solvang, 1996).

3.2 Litteraturstudie som metode

I et litteraturstudie går en gjennom eksisterende litteratur, fra forskningsartikler, lærebøker, offentlig informasjon og evidensbasert kunnskap. Forsberg & Wengström (2008) sier også at for å skrive en litteraturstudie må man søke kritisk, systematisk og deretter sammenligne og undersøke litteraturen gjennom et valgt emne. Olsson & Sörensen (2003) sier at en litteraturstudie skal inneholde bakgrunn, formål, spørsmål og innsamlingsmetoder.

”Syftet med en allmän litteraturstudie kan vara att göra en beskrivande bakgrund som motiverar att en empirisk studie görs eller att beskriva kunskapsläget inom ett visst område”. (Forsberg og Wengström, 2008, s 29).

I følge Mulrow og Oxman kan en systematisk litteraturstudie defineres som at den utgår fra et tydelig formulert spørsmål, som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. De sier videre at en litteraturstudie innebærer å søke systematisk, kritisk granske og compilere litteraturen innom et valgt emne eller problemområde (Forsberg og Wengström, 2008, s 31).

3.3 Metodens sterke og svake sider

Forsberg & Wengström (2008) hevder at ved en litteraturstudie finner man mye god litteratur på kort tid og det er lett å finne tilbake til kildene, noe som er positivt.

Dalland (2007) hevder at svake sider ved en litteraturstudie er at en er i fare for å finne sekundærkilder, og dermed kommer en ikke frem til ny kunnskap. Forsberg & Wengström (2008) forklarer og at ved en litteraturstudie kan det oppstå begrensninger for litteraturen og forskningen en velger å bruke. Man kan tolke forskning feil, noe som vil være uheldig for oppgaven. Man kan også velge litteratur etter ønsket resultat for oppgaven.

3.4 Kildekritikk

Dalland (2007) skriver at kildekritikk handler om å fastslå at en kilde er sann. Med dette mener han at man skal vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Hensikten med kildekritikk er å la leseren ta del i refleksjonene om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder belysning av en problemstilling.

Det er en utfordring å finne god litteratur og forskning som er rettet mot den gitte problemstilling. I oppgaven er det tilstrebet å ha litteratur fra nyere dato, det vil si ikke eldre enn ti år. På grunn av artiklenes relevans i forhold til problemstilling, ble det brukt litteratur fra 2000 og 2002 av Sudin, Jansson og Nordberg. Forsberg & Wengstrøm (2008) sier at dersom litteraturen er relevant er det bra å bruke den, men at man skal være kritisk til litteraturen man benytter, i tillegg til at litteratur som er eldre en 10 år kan være av betydning for resultatet.

3.5 Etisk aspekter

Etikk dreier seg om normer for hva som er riktig og god livsførsel. Etikken skal gi oss veiledning og grunnlag før vi handler i vanskelige situasjoner. Det er viktig at en ikke misbruker forskningen og litteraturen, men har evne til å formidle dette på en verdig måte og med forsiktighet (Dalland, 2007). Bjørk & Solhaug (2008) hevder at det stilles krav til forsvarlighet innenfor både fagutvikling og forskning. Det er derfor viktig at artiklene som blir brukt i oppgaven er godkjent av etisk komité eller vurdert etter de etiske prinsippene i Helsinkideklarasjonen (Forsberg & Wengström, 2008).

Artiklene brukt i oppgaven er alle vurdert og godkjent av etiske komité og hentet fra anerkjente tidsskrifter. Oppgaven følger høyskolens retningslinjer for kildebruk og referanser, og bruken av primærkilder er lagt i grunn. Sitater og referanser må være korrekt gjengitt og opphaverens navn må være oppført. Dersom en forfatter gjør seg til eier av en annen persons tekst, vil det være å plagiere andres materiale (Olsson & Sørensen, 2003).

3.6 Litteratursøk og valg av forskning

Startet datasamlingen med å søke i BIBSYS på skolen sitt bibliotek. Brukte søkeordene "afasi", "hjerneslag" og "kommunikasjon", og kombinasjoner av disse. Ut i fra søket ble det brukt bøker som var aktuelle og relevante for problemstillingen. For å finne artikler som kunne være gode i forhold til min problemstilling ble det brukt både norske og engelske

søkeord. Da ble automatisk søket mye større, og kunne da finne artikler som ikke bare var på norsk. Søkene ble gjort i databasene CINAHL og SveMed+. De norske søkeordene var ”afasi”, ”kommunikasjon” og ”hjerneslag”. Søkeordene på engelsk var ”aphasia”, ”stroke” og ”communication”. I tillegg ble det brukt forskjellige sammensetninger av disse ordene.

CHINAL gav 252 treff. Valgte å ta med disse: Sundin & Jansson (2003) "Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon- in care of patients with stroke and aphasia", Sundin, Jansson & Nordberg (2002)- "Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry", Sundin, Jansson & Nordberg (2000) - "Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words ".

SveMed+ gav 41 treff. Denne ble tatt med: Gabrielle Kitzmüller (2007)- "Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer med helsepersonell påvirke mestring?"

4.0 Presentasjon av forskning

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

Resultatene i studien viser at kommunikasjon ble fremmet gjennom berøring. Gjennom berøring ble det skapt en stille dialog som fremmet nærhet og en følelse av kontakt mellom sykepleier og pasient. Sykepleierne hadde en åpenhjertig holdning og viste interesse for pasientens ønsker. De leste pasientenes kroppsspråk, med særlig fokus på ansiktsuttrykk og blikkontakt, og viste så forståelse gjennom sitt eget kroppsspråk. De viste respekt ved å handle i pasienten sitt eget tempo og ved å plassere seg på samme nivå som pasienten. Sykepleierne oppfordret pasienten til å lede morgenstellet og ville kun ta over dersom pasienten ikke ønsket eller klarte å gjøre det. En avslappet og støttende atmosfære gjorde det lettere å oppnå gjensidighet mellom sykepleier og pasient.

Kitzmüller (2007)- "Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer med helsepersonell påvirke mestring?"

Flere av informantene understreket at det var viktig for dem at helsepersonell viste vennlighet, hadde humoristisk sans og kunne prate om andre ting enn sykdommen. I omsorgsfulle relasjoner med helsepersonell var det lettere å kommunisere, og pasientene fikk

omsorg, trøst og støtte til sorgarbeide. Det hadde stor innvirkning på deres selvfølelse når personalet viste respekt og behandlet dem som fullverdige mennesker, til tross for at de hadde mistet språket. Å bli snakket til og ikke om, når de selv var til stede, hadde stor betydning for deres følelse av egenverd og livsmot. Informantene mente det var viktig å bli tatt med på avgjørelser, og de ønsket at deres autonomi ble ivaretatt og at løfter og avtaler ble holdt. De fortalte at det krevde mye konsentrasjon og lang tid å finne og formulere ordene de hadde inni seg. Når helsepersonell var villig til å bruke tid på samtale og samhandling, følte informantene at de ble verdsatt og fikk formidlet sine ønsker og behov. De uttrykte også at det var lettere å uttrykke seg gjennom sang og kroppsspråk. Informantene etterlyste bedre kunnskaper om afasi hos helsepersonell, større fokus på språktrening og bedre hjelp til pårørende.

Sundin, Jansson & Nordberg (2002)- "Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry"

Sykepleierne ble filmet sammen med pasientene under en samtale omkring ulike bilder. Funnene viste at kjennskap til pasientens historie og hans opplevelse av situasjonen var viktig for å kunne forstå pasienten. Gjensidig forståelse var avhengig av at sykepleier var konsentrert å tilstede i samtalen. Videre mente sykepleierne det var viktig å skape en avslappet og positiv atmosfære. En slik atmosfære ble skapt gjennom bruk av humor og ved at sykepleieren møtte pasienten med en medfølende og aksepterende holdning. Sykepleierne var bevisst på å bruke tid og være tålmodig, for eksempel ved at de delte opp spørsmålene og stilte et spørsmål om gangen, før de ventet på svar. Sykepleierne mente det var essensielt å svare på pasientens reaksjoner med bekreftelse, noe de gjorde ved hjelp av kroppsspråk, mimikk og stemmenivå.

Sundin, Jansson & Nordberg (2000) - "Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words "

I denne svenske kvalitative studien var hensikten å belyse betydningen av kommunikasjon med pasienter med slag og afasi. Som et resultat ble det funnet to hovedtemaer: tilrettelegging for åpenhet og være i ordløs kommunikasjon. Sykepleierne fornemmet følelsene til pasientene og prøvde å 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 sykepleierne og pasientene.

4.1 Oppsummering av presenterte forskningsartikler

I vellykkede relasjoner med helsepersonell er det lettere å kommunisere, og pasientene får omsorg, trøst og støtte til sorgarbeid. Når helsepersonell viser engasjement og gir pasienten mulighet til medbestemmelse, får pasienten bedre forutsetninger til å bevare selvrespekt, håp og motivasjon. Ved hjelp av kroppsspråk gir sykepleierne bekreftelse på pasientens reaksjoner. Engasjement er vesentlig for å forstå hverandre, der det er viktig å ha konsentrasjon og interesse for hverandre. Når sykepleierne er åpne, ærlige og oppriktige, skaper dette tillit. Berøring viser også å fremme nærhet og en følelse av kontakt mellom sykepleier og pasient. Ha god tid til den afasirammede viser seg også å være svært viktig for at vedkommende skal føle at han blir respektert og tatt på alvor.

5.0 Drøfting

Oppgavens problemstilling er ”hvordan oppnå god kommunikasjonen i møtet med pasienter som er rammet av afasi som følge av hjerneslag”. I dette kapitlet vil det drøftes hvordan en kan oppnå dette gjennom respekt, likeverd, åpenhet, tid, pauser og kontakt mellom sykepleier og afasirammet.

5.1 Respekt og likeverd

I følge Sundin & Jansson (2003) har sykepleier stor tillit til pasientens måte å uttrykke seg på gjennom øynene, når de kommuniserer med en pasient som har afasi og når talen er uttilstrekkelig. De mener at en kan oppnå kommunikasjon ved å lese pasienten gjennom blikket, men at dette også krever at eg kjenner pasienten godt. Teorien til Eide & Eide (2007) bygger opp under dette da de mener at det "Å se noen inn i øynene" er knyttet til ærlighet og mot. Videre mener de dersom ikke sykepleieren ser pasienten hun kommuniserer med, vil pasienten lett føle seg oversett.

I følge Sudin & Jansson (2003) bør en sette seg ned på samme nivå som pasienten. De mener at det er viktig at sykepleiere setter seg ned på huk og får øyekontakt med pasienten for å oppnå god kommunikasjon. Dersom en står oppresist er pasienten nødt til å se opp på sykepleier, og en vil da framstå sjefete og streng, noe som er uønskelig. Studien sier også at sykepleieren viser respekt ved å sette seg ned på samme nivå, og at en ved å vise respekt letter oppnår god kommunikasjon siden en da viser at en bryr seg. Eide & Eide (2007) bygger opp under det samme om at det er viktig å unngå å få et slikt ovenfra og ned perspektiv på pasientene. For å unngå dette kan sykepleieren sette seg ned på samme nivå som pasienten. Slagrammede pasienter kan ha god oppfatningsevne, selv om de ikke klarer å uttrykke seg særlig godt. Når de snakkes til, vil de ofte ikke klare å svare, slik man er vant til. Dette kan få en til å tro at de heller ikke forstår. Slike fordommer kan en slagrammet person møte, som når han mangler ord, famler eller bommer på ordene. Han vil kunne oppleve at andre tror han ikke hører og forstår det som sies. Dette vil oppleves som være svært frustrerende (Eide & Eide, 2007). I studien til Kitzmüller (2007) kommer det fram at pasienter kan oppleve å bli oversett, det at de ikke blir inkludert i samtaler. Det at helsepersonell "pratet over hode" på dem, siden de har kommunikasjonsvansker. I studien til Sudin & Jansson (2003) vises det til at i møte med afasirammede er det spesielt viktig å inkludere dem i samtale, og at de får den informasjonen de har rett på. Opprettholdelse av etiske verdier som respekt, autonomi, likeverd og hensyn til pasientens beste er viktig. Pasientrettighetsloven (pasrl., 1999) sier noe

om dette. I følge pasientrettighetsloven (pasrl.) gir den pasientene rettigheter i forhold til medvirkning og informasjon. Jfr. pasrl. § 3-1 har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen, og jfr. § 3-2 skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. I følge Molven (2009) forutsetter medvirkning og informasjon at det er vilje og evne til åpen og god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, og ofte er det sykepleier som må legge til rette for dette. Sykepleierne må derfor holde pasienten oppdatert og forsikre seg om at informasjonen som er gitt er riktig og at den er blitt skikkelig forstått. Dette kan bidra til at pasienten føler at situasjonen blir mer forståelig og meningsfull, og at pasienten blir tatt på alvor (Eide & Eide, 2007). Det kommer fram i studien til Sundin & Jansson (2003) at det er veldig viktig å være forsiktig og vise respekt for pasienter som er rammet av afasi da de lett kan føle seg oversett og ikke bli inkludert i egen situasjon og helse. Eide & Eide (2007) mener afasirammede har, på samme måte som andre, behov for å snakke med, bli tatt med i samtaler, og være en del av et felleskap. Og at det er viktig å møte pasienten med respekt, ta pasientens perspektiv på alvor, og la pasienten beholde så stor innflytelse som mulig, når en gjør dette bygger en opp tillit til pasienten, og han får da mer lyst til å kommunisere med sykepleieren. Har sett ut i fra egne erfaringer at dersom en lar pasientene få bidra og være med i samtaler, ser pasientene tilsynelatende fornøyde ut, da de føler de har bidratt og blitt inkludert. Noen som er etter min mening med på å oppnå god kommunikasjon.

5.2 Åpenhet, tid og pauser

Det kommer frem i studien til Sundin, Jansson & Norberg (2000) at det er viktig å ta den tiden en trenger, og ikke ha dårlig tid når en skal kommunisere med en afasirammet. Sykepleieren skal ikke ha en fot i rommet og den andre på utsiden. Det er viktig å vise pasienten at en har god tid. Sykepleieren kan f.eks. sitte på en stol for å vise dette. Andre funn viser at dersom en har dårlig tid vil pasienten merke det og bli stresset og usikker, og vil sannsynligvis ikke prøve å kommunisere. Corneliussen, Johansen, Knoph, Lind & Qvenild (2006) sier en må regne med å bruke noe mer tid enn vanlig i samtale med en afasirammet. God tid kan bidra til å skape trygghet og tillit, i tillegg vil samtalen bli mer gjennomført og vellykket enn i en stresset situasjon. 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.

I studien til Kitzmüller (2007) kommer det fram at pasienter med afasi er ofte litt redde for å prøve å snakke, siden de ofte ikke får ut ordene slik som de ønsker. Det kan ta lang tid før de føler seg klare til å prøve å ha en samtale. I tillegg trenger mennesker med afasi mye mer konsentrasjon for å finne og formulere ordene de har inni seg, og ønsker å si. I følge Olsen, Ryen & Wergeland (2010) har afasirammede problemer med ordproduksjonen og at talen kan være oppstykket av pauser. Setningene har ofte dårlig flyt, er korte, blir lett hakkete og fulle av gjentakelser. Noen har et svært begrenset ordforråd og kan si bare ja og nei og enkelte fraser og faste uttrykk. Studien til Sundin, Jansson & Norberg (2002) bygger på de samme funnene, det at den afasirammede ofte bare sier ja og nei, og at talen er hakkete og full av gjentakelser, det er derfor viktig å la pasienten få den tiden han trenger for at kommunikasjonen skal være god mellom sykepleier og afasirammet.

I studien til Sundin, Jansson & Norberg (2002) kommer det fram at kan det ta lang tid å bygge opp tillit til sykepleiere for å kunne ha en samtale når det foreligger kommunikasjonsvansker. Og at en som sykepleiere må ha god tålmodighet og vente til pasienten føler seg klar. Corneliussen et al. (2006) mener at det å ha god tid kan forstås som at sykepleieren bevisst senker tempoet i samtalen og godtar at det ofte må være nokså lange pauser eller opphold. I Nätterlunds (2010) studie kommer det fram at pasientene ønsket de samme sykepleierne hver dag, siden de kjente noen bedre enn andre, og følte seg da mye tryggere, og i tillegg tryggere på å kommunisere. Sett i fra pasientens side, synes jeg det er forståelig at slik tillitsbygging kan ta lang tid, da de er omringet av mange forskjellige sykepleiere som de må forholde seg til. Har da sett at pasientene ofte ønsker det samme pleiepersonalet siden pasientene selv har kjennskap til pleierne, og pleierne kjenner pasientene, og vet da hvordan pasienten vil ha det. Har sett ved slike forhold der sykepleieren har gode kunnskaper om den afasirammede at de sammen oppnår god kommunikasjon.

I Sundin, Jansson & Norberg (2002) studie kommer det fram at i situasjoner hvor sykepleier har liten kunnskap om pasienten eller om konsekvensene av sykdommen, eller har ikke utviklet noe forhold til pasienten, blir de tvunget til å gjette og de må se om det de har gjettet på er riktig. Dette kan skje for eksempel dersom sykepleier har manglende engasjement, kompetanse og nødvendige forutsetninger eller kunnskaper til pasienten. Travelbee (1999) mener at sykepleierens oppgave er å anerkjenne pasienten som et unikt og uerstattelig individ. Dersom sykepleier ikke gjør dette, vil sykepleien bli mekanisk, upersonlig og overfladisk.

Eide & Eide (2007) mener det er viktig å ha evnen til aktiv lytting, til å vise en åpen og lyttende holdning og til å stille klargjørende spørsmål for å oppnå god kommunikasjon.

I Sundin, Jansson & Norbergs (2002) studie kommer det fram at sykepleiere noen ganger opplever at den afasirammede ikke bryr seg med å svare. Sykepleierne har en følelse av at de ikke kommer inn på de afasirammede, det skulle ønske de fikk mer respons av pasienten. Det kom fram i mange av disse tilfellene at det var sykepleierne som var problemet. Sykepleierne hadde mange andre tanker, og var ikke nok konsentrert om å ha en god kommunikasjon med den afasirammede, og var heller ikke konsentrert på pasientens kommunikasjonsvansker. I følge Travelbee (1999) er en viktig årsak til at kommunikasjonen svikter mellom sykepleier og pasient på grunn av at sykepleieren lar vær å lytte.

Sundin, Jansson & Norberg (2002) og Kitzmüller (2007) mener også at sykepleiere kan legger for mye press på den afasirammede til å kommunisere, og glemmer å stille hjelpende spørsmål som gjør det lettere for pasienten å svare, dette kan resultere i at en setter pasienten i en ubehagelig situasjon og får han/henne til å føle seg ergerlig og/eller dum. Det kommer fram i studien at sykepleiere må være klar over viktigheten av hva god tid vil si, med tanke på kommunikasjon til afasirammet. Og at det er viktig å dele opp spørsmålene og stille dem en av gangen, og gi alternativer, og så vente på respons. Det kommer også frem i studien til Sundin, Jansson & Norberg (2002) at når en kommuniserer med en pasient som har afasi, må en snakke klart med ansikt til ansikt, og så søke etter reaksjon i blikket til den afasirammede. Den afasirammede trenger mer tid, har språkvansker og forstår gjerne ikke alle instruksjonene. Da er det lurt å stille et generelt spørsmål først, slik at pasienten tenker på dette og så kan en videre stille oppfølgingsspørsmål som forklarer mer. Dette bidrar til god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, siden pasienten da føler seg respektert og får den tiden han trenger. 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, dersom sykepleieren da respekterer at den afasirammede trenger god tid, vil det skape trygghet og bidra til å oppnå god kommunikasjon.

I studien til Nätterlund (2010) kom det frem at de afasirammede synes det var vanskelig å finne de rette ordene når det var alt for mange mennesker rundt dem, men at det på samme tid var det hyggelig å se og ha folk rundt seg. Sundin og Jansson (2002) sier i sin studie at det er viktig å få pasienten involvert og engasjert, og det er derfor viktig med stille og rolige

omgivelser. I Sundin, Jansson & Norberg (2002) studie kom det fram at de forholdene som gjør det lettere å kommunisere uten ord er blant annet, oppmuntring, gjensidighet, konsentrasjon, fokus, engasjement, tålmodighet, utholdenhet, evnen til å vente å se, ro, stillhet, nærhet og intensitet. Det å prøve å kommunisere til tross for svekket språk oppleves som viktig for å hindre at pasienten blir forlatt alene, isolert og bli likegyldig. Kitzmüller (2007) påpeker at pasientenes selvrespekt ble støttet når sykepleierne kommuniserte med dem som om de forventet et svar, selv om de hadde afasi. Pasientene med afasi opplevde også stor forskjell på hvem som henvendte seg til dem. De syns det var viktig at de ble snakket til, om det enten var positivt eller negativt. Kitzmüller (2007) viser også til at det er viktig at samtalen foregår på den afasirammedes premisser. Den afasirammede bør selv få bestemme hvor lang samtalen skal være og hvor lenge pausene skal være. Men noen ganger kan den afasirammede bli så sliten at han har vanskeligheter med å merke dette i forkant. Ut i fra egne erfaringer er det da er lurt å ta ansvar og fortelle pasienten at det kan være nødvendig med et avbrekk, siden de under slike forhold sannsynligvis ikke vil oppnå god kommunikasjon.

I studien til Kitzmüller (2007) kommer det fram at det er viktig å skape tillit, og dette bidrar til å oppnå god kommunikasjon. Ved da å gjøre ting halvveis skaper en ikke tillit til pasienten, og det vil gå utover kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Det er derfor viktig å ta seg god tid og gjøre ting riktig for å oppnå god kommunikasjon. Corneliussen et al. (2006) mener fra en annen side at det er viktig at sykepleierne er ærlige i situasjoner der de faktisk ikke har god tid til å ha en samtale. Sykepleieren skal ikke innlede en viktig samtale som en ikke har tilstrekkelig med tid til å forklare godt innholde i. En skal være sikker på at alt er blitt forstått, og det er da ikke gunstig å ha dårlig tid i en samtale med en afasirammet. Ut i fra egne erfaringer kan hverdagen som pleier være travel og en kan ha en følelse av at tiden ikke alltid strekker til, med tanke på alle arbeidsoppgaver som skal gjennomføres i løpet av vekten. Corneliussen et al. (2006) sier at slike forhold kan påvirke kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Og at når sykepleier føler tiden ikke strekker til, er det lurt å utsette samtalen, men det er også mulig at den planlagte samtalen ikke ville ha tatt så lang tid som antatt. Det er ikke alltid slik at dersom en tar seg god tid vil det ta lang tid.

5.3 Forståelse og gjensidig kontakt

I en god nonverbal kommunikasjon med afasirammet, må sykepleieren ha kunnskap i å se følelsene gjennom kroppsspråket, og også kunne dele følelser gjennom sansene (Sundin,

Jansson og Norberg, 2000). Funn fra Sundin & Jansson (2003) viser at dersom en bruker kroppsspråk, kan man lese pasienten på best mulig måte. Nonverbal kommunikasjon forteller noe om begge parter i en dialog, og ikke minst om reaksjonen mellom disse. Aktiv lytting er da særs viktig for å oppfatte den andres kroppsspråk, og slik at vi bli i stand til å oppfatte den viktige informasjonen om vedkommende som kommer nonverbalt til uttrykk (Eide & Eide, 2007).

I studiene til Sundin, Jansson & Norberg (2002) og Sundin & Jansson (2003) la sykepleierne stor vekt på uttrykket i pasientens øyne når de kommuniserte med pasienter med afasi. I følge Eide & Eides (2007) teori er øyekontakt og blikket er en av de viktigste nonverbale kanalene. De mener blikket kan avsløre om en er enten trist eller blid, og at en gjennom blikket uttrykker holdninger, følelser og oppmerksomhet for den andre. Sundin, Jansson & Norberg (2002) sier at sykepleier kan ved å bare sitte ved siden av en afasirammet forstå hans følelser, om det enten er tristhet eller om pasienten er glad og blid. Kroppsspråket avslører humøret vårt. Funnene viser også at det kan være godt for pasienten at sykepleier bare sitter ved siden av pasienten når han er trist, uten å snakke, bare ved å for eksempel holde hender. Sykepleier og pasient kan på denne måten oppnå gjensidige følelse, ved å vise empati. 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 også 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. I studien til Sundin & Jansson (2003) kommer det fram at når sykepleier og pasient berører hverandre skaper det en kontakt dem imellom, og at berøringen gir en mening til pasienten om at sykepleieren er med han/henne og slik at han /hun ikke føler seg forlatt. Dette fører til en følelse av nærhet mellom sykepleier og pasient. Sykepleierne mener også at nærheten skaper trygghet og selvsikkerhet hos pasienten, og gir de mulighet til å prøve å kommunisere godt og motta hjelp. Et slikt trygt forhold forenkler forståelsen og det å bli forstått. Ved kronisk sykdom, som ved afasi, vil en oppleve tap av sikkerhet og kontroll (Gjengedal & Hanestad, 2007). Det er da viktig at sykepleiere legger vekt på den mellommenneskelige prosessen om at det er viktig å bli verdsatt og respektert (Travelbee, 1999).

I studien til Sundin & Jansson (2003) ser en at nonverbal kommunikasjon kan være en bra løsning for afasirammede pasienter, og blir derfor mye brukt. De mener at en ikke alltid trenger å prate for å oppnå god kommunikasjon med den afasirammede. Sykepleiere trenger

for eksempel ikke snakke mye under morgenstellet, men istedenfor kan de bruke hendene som kommunikasjonsmiddel, gjennom berøring. Berøringen ble sett på som en stille dialog og ble regnet som nyttig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Det kom også fram i denne studien at det å holde pasienten i hånden kan være nyttig for å prøve å gjøre pasienten trygg og sikker i situasjoner, men også for å legge til rette kommunikasjonen dem i mellom. Snakking kan forstyrre pasientens mulighet til god konsentrasjon, da det kan være vanskelig for pasienten å lytte og gjøre andre ting på samme tid. Dessuten kan en følelse av forbindelse mellom pasienten og sykepleier, gjøre det lettere å handle og ta beslutninger i ulike situasjoner. Sykepleieren trenger da ikke å reflektere over hvordan hun kommuniserer hele tiden. Studien til Sundin, Jansson & Norberg (2000) bygger på de samme funnene om at sykepleierne ikke alltid trenger å snakke for å oppnå god kommunikasjon med den afasirammede. Det kom fram i studien at det var like viktig å ha en stille dialog. På denne måten ble kommunikasjonen mellom pasienten og sykepleieren styrt av følelsene. Ofte kunne sykepleier og pasient bare se på hverandre, eller holde i hendene for å oppnå god kommunikasjonen. Dette er et tegn på suksessfull nonverbal kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter.

I følge Sundin, Jansson & Norberg (2000) er god kommunikasjon mellom sykepleier og Afasirammet/slagpasient forutsettes som kreativ nærhet. Men dersom nærheten utvikler seg til en mer privat nærhet, kan det få følger. Slik nærhet kan lede til at pasienten får urealistiske forventninger av forholdet og/eller pasientens integritet vil bli satt i fare. Det er viktig å ha en profesjonell avstand til pasientene. En lærer seg etter hvert hvor en setter sin grense for nærhet. Dette er viktig for å opprettholde den gode kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, og også for å opprettholde tilliten. Sett fra en annen vinkel må en være oppmerksom på at noen pasienter kan reagerer forskjellig på berøring og en må respektere at noen ikke liker å bli berørt (Eide & Eide 2007). Travelbee (1999) sier at ingen bør presse seg selv til å utføre en bestemte teknikk eller berøring om det føles feil eller unaturlig. En spontan, naturlig tillitsfull, og et oppriktig forhold letter oppnåelsen av gjensidig forståelse (Sudin & Jansson, 2002).

Det kommer frem i studien til Sundin, Jansson & Norberg (2000) og Kitzmüller (2007) at bruk av humor er viktig for å oppnå god kommunikasjon. Når pasienten har fått tillit til sykepleieren og stoler på sykepleieren, kan de mye lettere tulle sammen og komme i rett det rette humøret. Det kommer frem i studien til Sundin, Jansson og Norberg (2000) at dersom en har klart å oppnå slik god kommunikasjon med pasienten, gjør det oftest ikke noe om

sykepleier og pasient misforstår hverandre til tider, da er det bare å prøve på nytt med å si det som skulle bli sakt, uten at pasienten føler seg på noen som helst måte dum eller latterliggjort. Kommunikasjon er med en gang mye lettere dersom sykepleieren er trygg på sine oppgaver, og tør å slippe seg litt løs og bruke humor. Travelbee (1999) mener sykepleiere bør få til en meningsfull dialog med hver pasient hun forholder seg til, og da kan humor være løsningen i noen tilfeller. I følge Kitzmüller (2007) er det viktig å ha en humoristisk sans, og kunne prate om andre ting enn sykdom. Sykepleierne og de afasirammet er i samme situasjon, de er på samme nivå, har de samme verdiene og menneskeverd. Den eneste forskjellen er at sykepleieren kan hjelpe pasienten (Sundin, et al, 2000). I studien til Sundin & Jansson (2002) kommer det fram at sykepleierne mente det var viktig å skape en avslappet og positiv atmosfære. En slik atmosfære ble skapt gjennom bruk av humor og ved at sykepleieren møtte pasienten med en medfølende og aksepterende holdning. Kitzmüller (2007) sier at når erfarne og kyndige sykepleiere klarer å skape en trygg og tillitsfull atmosfære, opplever de afasirammede at de mestrer og oppnår god kommunikasjon og samhandling. Ut i fra egne erfaringer har jeg sett at humor er med på å skape et godt forhold til pasienten. Og at det er viktig å ikke alltid snakke om sykdom og sykdomsbildet, men heller gjøre noe som er morsomt og kjekt, dette kan bidra til god kommunikasjon.

6.0 Konklusjon

Har i denne oppgaven forsøkt å belyse hvordan en kan oppnå god kommunikasjonen i møtet med pasienter som er rammet av afasi som følge av hjerneslag. Det første og viktigste momentet for å oppnå god kommunikasjon er å vise respekt og likeverd overfor den afasirammede. Videre er det viktig at sykepleiere har god kunnskap både om afasi og kommunikasjon, og at de har evne til å anvende denne kunnskapen til det beste for pasienten. Pasienter med afasi trenger ofte lengre tid på å svare og forstå et spørsmål, det er derfor viktig at sykepleieren gjennom holdning og handling signaliserer at hun har god tid, da dette kan gjøre det lettere for pasienten å delta i en samtale, og for å oppnå god kommunikasjon. Flere av informantene understreket også at det var viktig for dem at helsepersonell viste vennlighet, hadde humoristisk sans og kunne prate om andre ting enn sykdommen.

7.0 Litteraturliste

Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. Kap.28. I: M, Kirkevold., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten.*(s. 350-382). 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 AS.

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

Dietrichs, E.(2010) Karsykdommer. Kap. 2.I: T, Buanes., B, Ingvaldsen, Kjeldsen, S.E. & Røise, O.(Red.), *Sykdomslære.*(s.87-120). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* Oslo: Gyldendal akademisk.

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

Gjengedal, E & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom. I: E, Gjendal & B. R., Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom - en varig kursendring (s. 10-26).* Oslo: Cappelens Forlag.

Holme, I. M. & Solvang B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk.* Oslo: Tano

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

Kirkevold, M. (2010) Hjerneslag. Kap.31. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (s.406-417). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kitzmüller, Gabrielle (2007) Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2007; 3(2): 42-55.

Kristoffersen, N. J. (2010). Sykepleie- kunnskap og kompetanse. Kap. 7. I: N.J, Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (s.215-251). Oslo: Gyldendal akademisk.

Molven, O. (2009) *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

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://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=6&sid=9bcbf0ac-87f0-451f-a26a-68f03d6f1824%40sessionmgr111&hid=128&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010621941>

Pasientrettighetsloven (2003) *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>

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

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. doi: 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://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=4&sid=9bcbf0ac-87f0-451fa26a68f03d6f1824%40sessionmgr111&hid=128&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2002089564>

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

Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Olsen, T. G. Ø, Ryen, S., & Wergeland, A. (2010) Sykepleie ved hjerneslag. Kap. 27. I: Almås, R. Grønseth & D.G Stubberud (Red.). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg: Oversikt over forskningsartikler

Tittel og publiseringsår	Forfatter	Metode	Deltakere	Hovedfunn/resultat
Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? (2007)	Gabrielle Kitzmüller	Kvalitativ metode, dybdeintervju. Analysert ved hjelp av Giorgi's fenomenologiske metode.	13 personer rammet av afasi. Alder: 30-68 år. Seks kvinner og sju menn.	<ul style="list-style-type: none"> - I vellykkede relasjoner med helsepersonell var det lettere å kommunisere, og pasientene fikk omsorg, trøst og støtte til sorgarbeid. - Når helsepersonell viser engasjement og gir pasienten mulighet til medbestemmelse, får pasienten bedre forutsetninger til å bevare selvrespekt, håp og motivasjon. - Tap av språkfunksjon var det som hadde størst innvirkning på livskvalitet. - Informantene etterlyste bedre kunnskaper om afasi hos helsepersonell, større fokus på språktrening og bedre hjelp til pårørende
„Understanding and being understood“ as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia (2003)	Karin Sundin, Lilian Jansson	Kvalitativ metode: Videoopptak etterfulgt av intervju.	5 sykepleiere, 3 mannlige pasienter med afasi etter hjerneslag. På en slagrehabiliteringsavdeling ved et sykehus. Alder på pasientene var 62-80 år.	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikasjon ble fremmet gjennom berøring. - Berøring fremmet nærhet og en følelse av kontakt mellom sykepleier og pasient. - Forståelse ble fremmet gjennom kroppsspråk. - Sykepleier oppfordret pasienten til å lede morgenstellet. - En avslappet og støttende atmosfære gjør det lettere å oppnå gjensidighet mellom sykepleier og pasient
Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry (2002)	Karin Sundin, Lilian Jansson, Astrid Nordberg	Kvalitativ metode: Videoopptak av samtaler mellom sykepleier og pasienten. Intervju med sykepleier i etterkant tatt opp på lydbånd.	5 sykepleiere, 3 mannlige pasienter med afasi etter hjerneslag. På en medisinsk rehabiliteringsavdeling i Sverige. Alder på pasientene	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierne følte seg usikre når de manglet kjennskap til pasientens historie og hans opplevelse av situasjonen. - Konsentrasjon og interesse for den andre var vesentlig for å oppnå gjensidig forståelse. - Ved hjelp av kroppsspråk, mimikk og stemmenivå gav sykepleierne bekreftelse på pasientens reaksjoner. - Humor bidro til en avslappet atmosfære som reduserte avstanden

			var 62-80 år.	<p>mellom sykepleier og pasient.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierne viste medfølelse, men fokuserte samtidig på pasientens muligheter i framtiden. - Engasjement var vesentlig for å forstå hverandre. Når sykepleierne var åpen, ærlig og oppriktig, skapte dette tillit. - Stillhet og rolige omgivelser var nødvendig for å få til en samtale.
Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words (2000)	Karin Sundin, Lilian Jansson & Astrid Nordberg	<p>En fenomenologisk hermeneutisk tilnærming ble brukt i analysen.</p> <p>Det ble gjort personlige kassett- innspilte narrative intervjuer.</p>	Ti kvinnelige sykepleiere som jobber med pasienter med hjerneslag og afasi. I alderen mellom 27-64år.	<p>Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient ble ledet av følelsene. Tillit og trygghet var viktig for både sykepleierne 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>