



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: **SYKSB3001**

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Prosjektoppgåve

Kandidatnr: 50

Leveringsfrist: 21.02.14 Kl 14.00

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Rettleiar: Åshild Havnerås



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

HJELPANDE KOMMUNIKASJON TIL PASIENTAR MED AFASI

- Meistring av den nye kvardagen

*Lynet slår ned.
Et mykt drønn inne i Marias hode.
I et blendende, hvitt lysglimt går verden under.*

(Anne Karin Elstad, 1988, s.64)

Bacheloroppgåve i sjukepleie.
Avdeling for helsefag, Stord 2014.

Kull 2011

Antal ord: 8998

Samandrag

Tittel: Hjelpande kommunikasjon til pasientar med afasi.

Bakgrunn for val av tema: Gjennom praksis og jobb har eg møtt mange pasientar med afasi. Mi erfaring er gjerne at sjukepleiarane ikkje har nok kunnskapar om korleis ein kommuniserer med denne pasientgruppa. Hjerneslag og afasi er ein tilstand som rammar brått, og desse personane må lære å leve med ein ny kvardag. Eg ynskjer difor å tilegne meg kunnskapar om korleis ein best kommuniserer med personar med afasi og korleis dette kan bidra til meistring.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleie gjennom hjelpande kommunikasjon bidra til at pasientar med afasi meistrar den nye kvardagen.

Oppgåvas hensikt: Oppgåvas hensikt er å sjå på nyare forskning og drøfte dette opp mot teori for å få meir kunnskapar og sjå nye sider ved å skulle kommunisere med personar ramma av afasi, samt få meir innsikt i temaet, slik at eg sjølv står betre rusta til å møte afasiramma i min vidare karriere som sjukepleiar.

Metode: Oppgåva byggjer på ein systematisk litteratur studie. Databasane Ovid Nursing, CINAHL og engelske søkjeord er nytta for å finne relevante forskingsartiklar. På bakgrunn av utførte søk vart fem artiklar valde. Presentasjon og kritikk av artiklane er lagt fram, før dei seinare vert drøfta i lys av teori og erfaring.

Resultat: Resultata viser både positive og negative sider ved dette temaet. Det viser til ei sårbar pasientgruppe avhengig av kyndig helsepersonell som kan hjelpe dei gjennom krise. I forskinga peikar sjukepleiarane på relasjonen som viktig for å forstå den enkelte pasient. Dette vert og verdsett av pasientane, i tillegg til faktorar som tid, informasjon, støtte, sosial kontakt, berøring, verdigheit og respekt. Det er gjennom ein god relasjon at kommunikasjonen fungerer. Først då kan ein forstå kvarandre og den einskilde pasient sine behov bli identifisert. Det kjem og fram av resultata at ikkje alt lar seg like lett gjennomføre i praksis.

Oppsummering: Ved ein endra livssituasjon er det eit klart behov for meistring. Kva dette inneber vil vere individuelt. Gjennom den hjelpande kommunikasjonen må sjukepleiaren opparbeide relasjon, kommunisere, oppnå forståing og sjå den einskilde pasienten.

Nøkkelord: Sjukepleie, afasi, slag, kommunikasjon, forståing, meistring, eldre, omsorg og sjukepleiar - pasient - forhold.

Summary

Title: Communication with patients who suffer from aphasia.

What has led me to write about this topic: Throughout my time in practice I have met a fair amount of patients who suffer from aphasia. My experiences are that nurses do not have enough knowledge on how to communicate the best with these patients. Stroke and aphasia is sudden and the patients need to cope and learn how to live with their condition in a normal day to day life. Therefore I want to gain knowledge on how to best communicate with this patients.

Research question: How can nurse staff through right communication help patients with aphasia to cope with the daily life?

The purpose of this research: The purpose of this paper is to turn to newer research and argue within the frames of theory to gain more knowledge, and see the different perspective on how to communicate with people suffering from aphasia. I wish to broaden my individual perspective in order for me to meet these patients with the best form of communication in my future career, and hopefully also pass the knowledge on.

Method: The databases; Ovid Nursing and CHINAHL were used in my research. I also used the paper's keyword to look up relevant journal entries. I then narrowed it down to five articles. Presentation and critic of the articles are presented before arguing its information with theory and experience.

Results: The results show both positive and negatives perspectives. A fragile patient group is presented, who are dependent on skilled staff to guide them through a sudden change of life. Nurses points to the relationship between them and their patients as the core to understand the individual patient's need, which the patients also agree on. The patients also include time, information, support, social, touching, dignity and respect as factors important for their coping with their new life. It shows that it within a good relationships lead to good communication, which is the first step to address each patients need. The results also show that not every factor is easier said than done.

Summary: When a sudden change to your life occurs there is a need for coping with the situation. What would lead the patient towards coping is individual from patient to patient. The nurse has to gain a relationship and understand the communication in order to help the patient's with his need.

Keywords: Nurse, aphasia, stroke, communication, understanding, coping, aged, care and Nurse/patient-relationship

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1. Bakgrunn for val	1
1.2. Problemstilling	1
1.3. Hensikt, avklaringar og avgrensingar	2
2.0 Teori.....	3
2.1. Sjukepleiarperspektiv.....	3
2.2. Hjelpande kommunikasjon.....	4
2.3. Meistring	4
2.4. Hjerneslag.....	5
2.5. Afasi.....	5
2.6. Kommunikasjon med afasiramma	6
2.7. Rehabilitering	6
3.0 Metode	8
3.1. Litteraturstudie.....	8
3.2. Litteratursøk og framgongsmetode	9
3.2.1. Søkjetabellar OVID Nursing.....	10
3.2.2. Søkjetabellar CINAHL	11
3.3. Metodekritikk	12
3.4. Kjeldekritikk.....	12
3.5. Etikk i oppgåveskriving	14
4.0. Resultat.....	15
4.1. Artikkel 1.....	15
4.2. Artikkel 2.....	16
4.3. Artikkel 3.....	17
4.4. Artikkel 4.....	18
4.5. Artikkel 5.....	19
5.0 Drøfting.....	21
5.1. Møtet med en afasiramma - Relasjonen.....	21
5.2. Kommunikasjon med den afasiramma.....	23
5.3. Å forstå.....	25
5.4. Den nye kvardagen - behovet og oppnåinga av meistring	26
5.5. Avslutning	28
Referanseliste	29
Vedlegg 1	32

1.0 Innleiing

Kvart år er det 16 000 menneske som vert ramma av hjerneslag. Rundt 3000 av desse får skader i språksentra i hjernen noko som igjen kan føre til afasi. Afasi er fellesnemnaren for redusert evne til å bruke språk til å uttrykkje seg , samt forstå språk (Eide & Eide, 2011, s.384-385). Kommunikasjon i si enklaste form er utveksling av meningsfylte teikn mellom to eller fleire partar. Kommunikasjonen kan vere enten verbal eller nonverbal, og må tolkast. Signal og ord kan verke heilt tydeleg men ein kan likevel ikkje vere 100% sikker på kva motparten meiner (Eide & Eide, 2011, s. 12-13). Ekstra utfordrande vert det difor i møtet med pasientgrupper som har mista delar av si kommunikasjonsevne. For korleis skal ein kunna imøtekomme behova deira, dersom ein ikkje forstår kva dei ytrar?

1.1. Bakgrunn for val

Det er fleire grunnar til at eg vel å skrive om sjukepleie til denne pasientgruppa. Gjennom praksis og jobbsamanheng har eg møtt pasientar med afasi som har rørt meg særleg. Afasi er ein tilstand som vert kasta på pasienten og dei må tilpassa seg ein ny kvardag. I dei fleste situasjonane eg var bort i var det tilsynelatande lite forståing mellom pleiarar og pasient. Pleiarane grunna gjerne dette med; *det er så vanskeleg*. Ofte følte det som det føregjekk ein "gjetteleik". Spesielt var det då å sjå den lettande følelsen som kom over pasienten i det augeblikket då sjukepleiaren "gjetta rett".

Som sjukepleiar vil ein, ein eller anna gong kome bort i pasientar med afasi. Dette er ei pasientgruppe som utan tvil står i fare for å ikkje bli høyrd, noko som set ekstra krav til sjukepleiaren. Utan dei rette kunnskapane om korleis ein best kommuniserer og oppnår forståing med denne pasientgruppa vil ein ikkje kunne informere pasienten tilstrekkeleg, eller få bekrefting på at informasjonen er motteken og forstått.

1.2. Problemstilling

Problemstillinga er som følgjer;

Korleis kan sjukepleie gjennom hjelpande kommunikasjon bidra til at pasientar med afasi meistrar den nye kvardagen.

1.3. Hensikt, avklaringar og avgrensingar

Målet med oppgåva er at eg ved å sjå på nyare forskning og drøfte dette opp mot teori kan få fram gode løysingar på korleis sjukepleiaren kan bidra til meistring gjennom hjelpande kommunikasjon med den afasi ramma. Eg ynskjer å få meir innsikt i temaet, slik at eg sjølv står betre rusta til å møte afasiramma i min vidare karriere som sjukepleiar, samt at eg kan lære noko nytt vidare til andre.

Vidare kjem eit par avklaringar så det ikkje skal vere spørsmål om kvar fokuset i oppgåva ligg.

Det er fleire typar afasi og den kan kome av fleire årsaker/sjukdommar. Det vert her fokusert på dei som få afasi etter hjerneslag, men det ver ikkje tatt med dei fysiske utfalla som til dømes lammingar. Pasientane er vaksne, både menn og kvinner. Det er ikkje sett spesifikke avgrensingar for kvar pasientane befinn seg, anna enn i ein rehabiliterande fase. Gjennom oppgåva er det faguttrykket hjelpande kommunikasjon som vert nytta. Grunnen er at sjukepleiaren er ein profesjonell utøvar som kommuniserer på ein fagleg velgrunna måte, for å hjelpe den trengande (Eide & Eide, 2011, s.17-18). På sjølve kommunikasjonsbiten er både verbalt og nonverbalt inkludert, fordi ein må ha ei forståing for samanhengen mellom desse to for å vere god på kommunikasjon (Eide & Eide, 2010. s.14-24). I Problemstillinga skriv eg "den nye kvardagen". Det eg legg i dette er at afasi er ein tilstand som rammar brått og fører til dramatiske endringar i den einskildes liv. Vår identitet er i stor grad påverka av kva ein kan mestre og kva andre oppfattar at ein kan. I ein ny og forandra kvardag med afasi vil identitet og sjølvkjensle difor bli tydeleg ramma (Qvenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph, Lind. 2010, s. 23-25).

2.0 Teori

Dei fleste problem kan sjåast ut i frå fleire perspektiv. Teoretisk perspektiv dannar ei ramme og forklarar korleis ein tilnærmar seg og tolkar dei data som er samla inn (Dalland, 2013, s.134-135).

2.1. Sjukepleiarperspektiv

Oppgåva er basert på sjukepleieteoretikaren Joyce Travelbee sitt syn på sjukepleie. Teorien er relevant for oppgåva då Travelbee fokuserer på den viktige relasjonen og samhandlinga i menneske til menneske forholdet. Dette er viktig for å byggje opp eit forhold mellom pleiar og pasient og om å danne forståing, spesielt der det er kommunikasjonsvanskar i botn. Alle sjukepleiarar har ein oppfatting av kva sjukepleie er, og mange definisjonar er laga. Travelbee (1999, s.29) definerer sjukepleie som:

En mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene.

Eit menneske til menneske forhold i sjukepleie kan forklarast som erfaringar og opplevingar delt med pasienten eller den som har behov for sjukepleiaren sine tenester, og vert kjenneteikna ved at behov er ivaretatt. For å ivareta desse må sjukepleiaren nytte sine kunnskapar samt seg sjølv terapeutisk. Dette understrekar sjukepleiaren som eit unikt individ med teoretiske grunnkunnskapar (Travelbee, 1999, s.41-42). Å etablere eit menneske til menneske forhold er ein gjensidig prosess utført i samhandling mellom pleiar og den sjuke, der partane må sjå på kvarandre som unike individ. Det er ikkje det same som til dømes ha eit vennskap, fordi det følgjer med krav, kvalifikasjonar og forpliktingar (Travelbee, 1999, s.171-172). For å oppnå menneske til menneske forholdet, må ein gjennom fylgjande fasar;

- Det innleiande møtet.
- Framvekst av identitetar.
- Empatifasen.
- Sympati og medføling.
- Gjensidig forståing og kontakt.

(Travelbee, 1999, s186-218).

I ein kvar situasjon der sjukepleiaren utøver omsorg er det kommunikasjon. Ein sender heile tida ut kommuniserande teikn, anten det er bevisst eller ikkje (Travelbee, 1999, s.135). Om kommunikasjon seier Travelbee (1999, s.136) at det er ein prosess som gjer menneske i stand til å etablere eit mellommenneskeleg forhold. Kommunikasjon er altså aldri eit mål i seg sjølv, men eit hjelpemiddel for å oppnå måla (Travelbee, 1999, s.140). Som profesjonell sjukepleiar veit ein også at denne evna alltid kan vidareutviklast, og søker difor stadig etter kunnskapar om dette (Travelbee, 1999, s.166-167).

2.2. Hjelpande kommunikasjon

Hjelpande kommunikasjon er kommunikasjon med eit profesjonelt og helsefagleg mål. Det kan nyttast inn mot kva som helst pasient- og brukargrupper, men har som overordna mål å fremje og gjenopprette helse, førebyggja sjukdom og lindre liding. Hjelpande kommunikasjon er samansett og kompleks, og krev at ein kan beherske ei rekkje eigenskapar. Ein skal lytte aktivt, vere open og direkte, samt anerkjenne den andre. Under ein samtale vil det også heile tida bli sendt ut nonverbale teikn, som må tolkast. Ein må sjå alle teikna som ein heilskap. Den hjelpande kommunikasjonen er eit samspel basert på ein open relasjon. Eit samspel som handlar om å ta initiativ og gi respons, alltid med eit helsefremjande mål i bakhovudet. Det er også gjerne ein føresetnad at ein har lest seg opp på pasientens sjukdomshistorie og behandling (Eide & Eide, 2011, s.12-15).

2.3. Meistring

I daglegtalen vert omgrepet meistring nytta synonymt med å klare seg og å få til noko. Leve er difor å meistre, i den grad at me er i stand til å utvikle oss, lære nye ferdigheitar samt tilpasse oss. Meir komplekst vert det difor når folk møter på situasjonar som er så belastande at dei får vanskar med å meistre dei (Reitan, 2010, s. 74-75).

Renolen (2008, s.148-151) presenterer Lazarus og Folkman sin stressmeistringsmodell som er særleg relevant for helsearbeidarar. Den dannar ei teoretisk ramma for kva mekanismar som er aktive i pasienten sin stressmeistringsprosess. Når ein står ovanfor ein stressreaksjon går ein gjennom to vurderingar. Primærvurdering der ein ser om det er ein situasjon som er relevant, positiv eller skadeleg. Og så sekundærvurdering der ein ser på kva som må gjerast

og kva konsekvens det eventuelt kan få. Situasjonane vert vurdert subjektivt og vil avhenge av sosial og kulturell bakgrunn, samt erfaringar og kunnskap. Modellen seier og at det ikkje finnes gode og dårlege meistringsstrategiar, men at dei må sjåast i samanheng med prosessen pasienten er i. Dei to meistringsstrategiane er; emosjonsfokusert meistring og problemfokusert meistring. Emosjonsfokusert vil sei at ein prøver å endre følelsane ein opplever relatert til stress. til dømes å ignorere informasjon eller distansere seg til eit problem. Strategien kan vere nyttig når stress og krise er på sitt verste. Problemfokusert meistring kan vere direkte tiltak som kan løyse problem. For eksempel å motta hjelp og støtte eller å lære seg nye ferdigheitar. Også denne kan ha både positive og negative utfall for pasienten (Folkman og Lazarus, 1984. I Renolen, 2008, s.148-151).

2.4. Hjerneslag

Apoplexia cerebri, også kjent som hjerneslag er den hyppigaste årsaka til funksjonshemming her til lands. Fleire vil det også bli med åra, grunna auka i andelen eldre. I følgje WHO er hjerneslag per definisjon ein plutselig oppstått fokal eller global forstyrring i hjernens funksjonar av vaskulær årsak som varer i meir enn 24 timar, eller fører til død (Helsedirektoratet, 2010. I Wergeland, et al., 2011, s.262). Enklare sagt er det delar av hjernen som ikkje får nok blodtilføring og skade oppstår. Ein kan skilje mellom tre hovudtypar av hjerneslag; hjerneinfarkt, hjernebløding og hjernehinnebløding. Situasjonen kan også vere stabilt eller pågåande. Det er ei rekkje disponerande faktorar som fell inn under livsstils faktorar. Deriblant røyking, overvekt, lite fysisk aktivitet, Diabetes Mellitus, høgt kolesterol, hjertesvikt, atrieflimmer og alder (Wergeland, et al. 2011, s.261-263). Eit hjerneslag kan gi både motorisk og kognitiv funksjonsnedsetjing. Og dei mest sette symptoma er halvsida lamming, paresar og afasi. Kvar hjerneslaget råkar avgjer kva konsekvensar det gir for pasienten. Slaget vil nok arte seg ganske likt hos unge som hos eldre slagpasientar, sjølv om den naturlege aldriingsprosessen, kan komplisere det ytlebare (Kirkevold, 2010, s. 406-407).

2.5. Afasi

Afasi er vanskelegheiter med språket og oppstår etter skade i hjernen og det nevrologiske systemet. Dei fleste som er ramma av afasi har hatt ein skade i den venstre hjernehalvdel (Qvenild, et al., 2010, s.23-25). Dette skuldast som oftast hjerneslag, men og personar med Alzheimers kan sjukdom utvikle afasi. Afasi vert delt inn i kategoriar, avhengig av kor hardt

språk og språkforståing er ramma (Eide & Eide, 2010, s.384-385). Dersom pasienten har mista evna til å uttrykkje det han tenkjer, men enno forstår språk, sit skaden i det fremre språkområdet og dette vert kalla motorisk afasi. Det kan også vere tilleggspøblem som å motta mykje informasjon på ein gong, skrivevanskar og nedsett leseforståing. Ved sensorisk afasi, sit skaden i det bakre språkområdet. Pasientane vil ha problem med språklydar og vil gjerne prate masse, men for andre gir det lite eller ingen meining. Dei trur sjølv at dei seier noko med forståingsfullt og kan difor bli sint om ingen forstår dei. Er det skade i både fremre og bakre språkområde vert det kalla global afasi. Desse pasientane vil ha problem både med språkproduksjon og forståing. Likevel har dei god situasjonsforståing og vil vere svært oppmerksom på nonverbal kommunikasjon. Skaden kan også vere liten og sitte heilt i ytterkanten av språksentera. Pasientane leitar som oftast etter orda, men det kan likevel vere lett å forstå kva dei vil fram til. Denne type afasi heiter anomisk afasi. I hovudsak er det evna til å uttrykkje seg som er skada (Eide & Eide, 2010, s.384-385).

2.6. Kommunikasjon med afasiramma

Å kommunisera med afasiramma krev mykje av sjukepleiaren. Ein skal beherske mange kommunikasjonsstrategiar, ha kunnskapar om lidinga samt evne og vilje til å setje seg inn i pasientens situasjon. I tillegg ha tolmod, vise interesse, lytta og prøve å forstå, både verbale og nonverbale teikn. I kommunikasjon må den afasiramma få tid. Tid til å prøve å gjere seg forstått med dei ressursane han/ho har, og tid til å respondere. Dei kan lett bli isolerte og einsame utan evna til verbal uttrykking. Difor må dei verte inkluderte i samtalar og sosialt samvær. Samtalane treng ikkje vere så kompliserte, litt snakk om været kan vere både god trening og godt samvær. Det er viktig at pasienten får informasjon, og at ein ikkje utelet viktige ting for dei. Setningane må vere korte å ein må nytte enkle klare ord, så det vert lettare for pasienten å feste meining til orda. Lurt kan det også vere at den afasiramma slepp forhalde seg til for mange pleiarar om gangen (Eide & Eide, 2011, s.384-390).

2.7. Rehabilitering

I følgje Stortingsmelding nr 21 (1998-99) vert rehabilitering definert som:

Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.

Ved slag startar denne prosessen dagen etterpå og fokuserer på å betre funksjon og hindre ytterleg tap av funksjon, samt oppnå høgast mogeleg grad av sjølvstende, fysisk, psykisk, sosialt og ervervmessig. Det handlar ikkje berre om å gjenvinne sine tidlegare ferdigheiter, men å lære å leve med den nye livssituasjonen. Behovet for rehabilitering vil bli styrt pasienten. Omfang og lokalisjon av slaget, funksjonsutfall og konsekvensar, alder, livssituasjon, roller, relasjonar og individuelle ynskje og mål, er alle faktorar som påverkar varigheit og behov for rehabilitering hos den enkelte. Det vil også avhenge av tverrfagleg samarbeid (Helsedirektoratet, 2010). Arbeidet med afasiramma er krevjande, og vurdering av rehabilitering tilhøyrer i stor grad spesialisthelsetenesta der det tverrfaglege samarbeidet med til dømes logopedar er meir utbygd (Kirkevold, 2010, s415-416).

3.0 Metode

Metode er det hjelpemiddelet du nyttar for å systematisk finne data og informasjon som kan gi svar på spørsmål. Metoden kan vere kvalitativ eller kvantitativt orientert. Forskjellen på desse er at den kvantitative tilnærminga gjev data målbare ved tal, slik at ein kan finne svar på til dømes eit gjennomsnitt. Kvalitativ metode vert nytta for å finne svar på meiningar og fenomen som ikkje kan talfestast, til dømes eit heilskapeleg bilete av personar sine opplevingar i ein gitt situasjon (Dalland, 2012, s. 111-113).

3.1. Litteraturstudie

Det er eit internasjonalt omgrep som heiter; å arbeide kunnskapsbasert. Med det meinast det at sjukepleiaren i sitt kliniske arbeid skal nytte seg av relevant forskning, kunnskapar frå kliniske situasjonar samt kunnskapar pasientar og pårørande. Skal ein arbeide kunnskapsbasert må ein tilegne seg kunnskapar om alle dei tre omgrepa. Jobben ligg då i å sikre seg at kjeldene er pålitelege og at resultatane kan brukast i samanheng med pasienten sine individuelle behov (Forsberg og Wengström, 2013, s.18-22). Det finnest ulike litteraturstudier, blant anna allmenn litteraturstudie og systematisk litteraturstudie (Forsberg og Wengström, 2013. s.25-30).

Denne oppgåva byggjer på ein systematisk litteraturstudie. Ved å gjennomføre ein systematisk litteraturstudie må ein gjennom fleire steg. Ein må ha eit motiv for studien, og formulere eit spørsmål ein vil finne svar på. Vidare må ein ha ein plan for studien, samt bestemme seg for søkjeord og søkestrategi. Ut frå søka må ein finne vitenskaplege artiklar og avgrense utvalet ved å kritisk bedømme kvaliteten på dei, samt om dei har relevans for oppgåva. Til sist må ein analysere og diskutere resultatane før ein avsluttar med å dra sluttsatsane. Den systematiske litteraturstudien skal ha eit fokus på aktuell forskning på eit bestemt område, som kan gje oss svar og hjelp i det kliniske arbeidet (Forsberg og Wengström, 2013, s.25-32). Den systematiske litteraturstudien er ein kvalitativ metode. Oppgåva søkjer gjennom forskning svar på eit fenomen, nemleg korleis sjukepleiaren best kan kommunisere med den afasiramma pasienten, og korleis dette kan bidra til meistring.

3.2. Litteratursøk og framgangsmetode

Søkja i denne studien er gjort via høgskulen sine databasar for helsefag. I hovudsak vart Ovid Nursing og Cinahl nytta. Dette er databasar som inneheld artiklar med sjukepleiefagleg relevans. For å gjere systematiske og gode søk har vart det satt opp ein søkjestrategi med visse kriterium (Forsberg og Wengström, 2013, s.79). Artiklane skal vere av sjukepleiefagleg relevans og godt omhandle både sjukepleiar og pasient sitt synspunkt. Dei må ha innhald som omhandlar afasi og kommunikasjon og/eller meistring, samt helst vere av nyare dato og godkjent av etisk komité.

I søkjeprosessen vart engelske søkjeord funne ved hjelp av databasen Swemed+ og MeshTerm. Orda som vart nytta var Nurse, aphasia, stroke, communication, understanding, coping, aged, care og Nurse-pateient-relationship. Det vart nytta mange av dei same orda i alle databasane og gjort mange søk. Flest treff er det i Cinahl. Eit døme på dette er ved å søkje på "Aphasia". I Ovid er det 528 treff, medan det i Cinahl er heile 3387 treff. For å avgrense søka er fleire av søkjeorda kombinert me "AND". På den måten var artiklane enno meir konkretisert inn mot problemstillinga. Det vart og prøvd med ei avgrensing på år då artiklane ikkje bør vere eldre enn 10 år. Då det fell vekk fleire artiklar som verkar interessante. Så sjølv om forskning er ei "ferskvare" og studiar av nyast mogeleg dato er ynskjeleg, er likevel ein artikkel publisert i år 2001 inkludert i utvalet. Artiklane som kjem opp er frå både Norden og heile verda.

Ein artikkel er funnen ved hjelp av manuell søking. Gjennom afasiforbundets heimeside kom eg over eit intervju gjort med Gabriele Kitzmüller. Ho er spesialsjukepleiar og høgskulelektor, og fortel i intervjuet om ein studie ho har gjort. Det er interessant at den handlar om afasi og meistring og søk etter den på Internett vert gjort. Eg kan ikkje finne den i fulltext nokon plass på nettet, men via Swemed+ finn eg ut når og kvar den er publisert. Etter ein e-post til høgskulebiblioteket får eg hjelp til å skaffe ein kopi av artikkelen hennar.

Vidare er det presentert søkjetabellar for søk gjort i Ovid Nursing og Cinahl.

3.2.1. Søkjetabellar OVID Nursing

Søk i Ovid Nursing Database. dato: 06.01.2014			
Nummer	Søkjeord/term	Avgrensing/limits	Resultat
1	exp Aphasia/		528
2	exp Communication/		89204
3	exp Coping/		6686
4	Understanding.mp.		24938
5	exp Nurses/		83085
6	1 AND 2 AND 4		15

Artikkelen: *The meaning of Skilled Care Providers' Relationships with Stroke and aphasia Patients* (Sundin, et. al. 2001) blei valt ut i frå søk nr 6. Den låg som nr 9 av 15 artiklar.

Søk i Ovid Nursing Database. dato: 13.01.2014			
Nummer	Søkjeord/term	Avgrensing/limits	Resultat
1	Exp Coping/		6705
2	Exp Aphasia/		528
3	Exp Communication/		89521
4	2 AND 3		245
5	Understanding.mp.		25027
6	4 AND 5		15
7	4 AND 5	Year 2000 - 2013	10

Frå søk nr 7 vart artikkelen; *Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon--in care of patients with stroke and aphasia* (Sundin og Jansson, 2003) valt. Den låg som nr 6 av 10 artiklar.

3.2.2. Søkjetabellar CINAHL

Søk gjort i Cinahl Database. dato: 12.01.14			
Nummer	Søkjeord/term	Avgrensing/limits	Resultat
S1	Aphasia		3587
S2	Communication		66253
S3	Aged		354125
S4	Coping		26452
S5	Understanding		66152
S6	Nurse patient relationship		3598
S7	(nurse patient relationship) AND (S1 AND S2 AND S3 AND S6)		1
S8	S1 AND S2 AND S3 AND S5		21
S9	S1 AND S2 AND S4		19

Artikkelen: *The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke* (Gordon, et. al. 2009) blei valt ut i frå søk nr 8. Den låg som nr 6 av 21 artiklar.

Søk gjort i Cinahl Database. dato: 13.01.14			
Nummer	Søkjeord/term	Avgrensing/limits	Resultat
S1	Aphasia		3620
S2	Stroke		45019
S3	Communication		66703
S4	S1 AND S2 AND S3		285
S5	Care		640664
S6	S4 AND S5		52
S7	S4 AND S5	Published Date: 20000101-20131231	43

Frå søk nr 7 vart artikkelen; *What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction* (Tomkins, Siyambalapitiya, Worrall, 2013) plukka ut. Den låg som nr 8 av 42 artiklar.

3.3. Metodekritikk

Valte artiklar gir både positive og negative vinklingar på kommunikasjon og omsorg gjeve til afasiramma. I utveljinga er det lett å velje på artiklar som taler til fordel for oppgåva. Med det meiner eg artiklar som gir dei svara ein ynskjer, og gir få nye spørsmål. Ved å inkludere artiklar som gir både positive og negative vinklingar vil nye spørsmål og svar kome til overflata. Dersom berre det positive er inkludert i ei oppgåve, kan det tenkjast at ein eventuell konklusjon ville sett annleis ut. Noko som igjen bringer forskningsetikk på bana. Når det kjem til det eg har valt av pensumlitteratur vurderer eg også kva som er nyttig å ta med. Av bøkene er dei fleste av nyaste utgjeving og minst mogeleg sekundærlitteratur.

3.4. Kjeldekritikk

Kjeldekritikk syner at ein kan forhalde seg kritisk til kjedematerialet ein nyttar i oppgåva, samstundes som ein gjer greie for kriterium som ligg til grunne for utveljinga av artiklar. Dette gjev lesaren eit innblikk i dei refleksjonane ein gjer seg om litteraturen er relevant og gyldig, opp mot den utarbeidde problemstillinga (Dalland og Trygstad, 2012, s.72-73).

Som hjelpemiddel for å kritisk vurdere dei valte forskingsartiklane, er sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning nytta. Sjekklisterne er henta frå kunnskapssenteret.no (2008).

The meaning of Skilled Care Providers' Relationships with Stroke and aphasia Patients av Sundin et al., (2001) er ein studie av god kvalitet med relevans for valt problemstilling. Dei gjer greie for ein nøye datasamling, og resultatata kjem godt fram i resultatdelen. Forskarane nyttar seg og av andre kjelder for å underbygge sin sak. På den måten verkar artikkelen som meir truverdig. Eg stiller meg mest kritisk til at han er utgjeven tilbake til 2001. Men studien gjev eit godt bilete på pleiarane sine opplevingar ved eit behandlingsopplegg som fungerer bra, og det er nyttige kunnskapar å hente. Difor vel eg å inkludere den. Vidare er artikkelen *Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon - in care of patients with stroke and aphasia* (Sundin og Jansson, 2003) valt. Artikkelen blir vurdert som relevant og god, der resultatata er godt presenterte og gjev svar på kva som gjer kommunikasjon med afasiramma vellukka. Den kvalitative tilnærminga er nyttig når ein ynskjer djup forståing av eit fenomen. Begge studia er godkjente av etisk komité, og det er godt forklart korleis deltakarane sine rettigheitar vert ivaretatt.

Studien utført av Gordon et al., (2009) har ei svært grundig innleiing med mykje kjelder og forklaringar. Det er også gjort reie for datasamling og utval. Resultata kjem godt fram, men eg stiller meg kritisk til å skulle generalisera resultata då dei baserer analysen sin på ein av pasientane, og berre supplerar med dei resterande. Resultata er også berre basert på forskarane sine opplevingar, men deltakarane fekk moglegheit til å sjå gjennom data og få det sletta om det var ønskeleg. På den måten kan det tolkast som dei synest det gjev eit realistisk bilete på korleis interaksjonane føregjekk. Eg finn det relevant å ha med eit eksempel på korleis sjukepleie vert utøvd på ein måte som ikkje er velfungerande og til det beste for pasienten. På den måten kan ein lære av andre sine feil.

Av artiklar som er ut i frå pasienten sin ståstad er artiklane *What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction* (Tomkins et al., 2013) og *Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring?* (Kitzmüller, 2007) inkluderte. Kitzmüller (2007) har eit breitt utval med i studien, men då deltakarar vert rekrutterte gjennom interesseorganisasjonar som Afasiforbundet, kan det tenkjast at enkelte synsvinklar er utelukka. Likevel er resultata godt presenterte og veldig relevante. Dette er og av dei få artiklane som fokuserer på meistring for afasiramma. Intervjua i studien av Tomkins et al. (2013) er utførte av ein logoped, så her kan det tenkjast at resultata kunne vore annleis om til dømes ein sjukepleiar utførte intervjua. Likevel omhandlar det pasientens møte med helsepersonell, der sjukepleie inngår. I begge artiklane er deltakarane bedt om å sjå tilbake på hendingar frå opptil for 5 år sidan. Spesielt er det og at intervju er utførte med ei pasientgruppe som har problem med forståing og kommunikasjon. Difor stilles det spørsmål med om det er oppnådd god nok forståing til at resultata av intervjua er gode nok. Det blir forklart at pasientane har stått fritt til å forklare sine historiar. Og at teikn, bilete og spørsmål vart nytta der forskarane ville avklare noko. Det er også vist for deltakarane etterpå. Eg finn ikkje dokumentasjon på at artikkelen av Tomkins et al. (2013) er presentert for etisk komité, men det er tydeleg gjennom heile studien at anonymitet er ivaretatt og studien er godt forklart for deltakarane. Eg har difor vurdert det slik at dei etiske aspekta er godt nok ivaretekne. Kitzmüller (2007) påpeikar viktigheita av anonymitet då mange kjenner kvarandre i lokallaga. Den er og godkjent av etisk komité.

3.5. Etikk i oppgåveskriving

Det må gjerast etiske vurderingar av dei artiklane og resultata ein tek med i ein litteraturstudie. Desse står fortalt i Forsberg og Wengström (2013, s.70). Ein skal fortrinnsvis velje studier godkjent av etisk komité. Alle resultat skal presenterast, sjølv om dei strider med oppgåvas hypotese. I forskingsprosessen skal ein også følgje skikk og bruk. Plagiat, å gi ut andre sitt arbeid som om det var ditt eige er ulovleg. Ei oppgåve som dette er ikkje ein privatsak, og kan ved god måloppnåing bli lagt ut på nett som bidrag til vidare kunnskapsutvikling. Har ein då unnlåte informasjon og oppgitt feil kjelder vil dette kunne vidareførast inn i andre sitt arbeid (Dalland og Trygstad, 2012, s.80-81). I oppgåva vil det heile tida bli referert rett og dokumentert kvar kjeldene kjem i frå. På den måten vil ein unngå plagiat.

4.0. Resultat

Presentasjon av artiklar. Vedlagt (Vedlegg 1) er resultattabell for artiklane, der hensikt, metode, utval og resultat er kort presentert.

4.1. Artikkel 1

Forfatter: Sundin, K. Norberg, A. Jansson, L. (2001)

Tittel: The meaning of Skilled Care Providers' Relationships with Stroke and aphasia Patients.

Forskarane finn fram til tre hovudpunkt i pleiarane sine erfaringar. Desse er at møtet med den sårbare pasienten framkallar eit ansvar hos dei. Ynskja om å ivareta/gjenopprette pasienten si verdigheit samt oppnå forståing. Ved at sårbarheita framkallar eit ansvar hos dei, vert med eit døme forklart som; pasientane er utsette, dei går frå å vere sjølvhjelpne til å trenge hjelp til nesten alt. I eit utkjent miljø, med mange ukjente menneske vert dei ytterlegare sårbare. I denne situasjonen er pasientane avhengige av at pleiarar har velvilje over dei. Eit døme på å bevare verdigheita er å hjelpe dei til sjølvhjelp. Det vert påpeika at ein må gå forsiktig fram med kor mykje hjelp ein skal gi, slik at ein ikkje ytterlegare reduserer den allereie øydelagde sjølvtiliten. Ved å oppnå forståing seier studien fylgjande; det tar tid å byggje opp ein relasjon. Men når den er etablert opnar det for pasienten si deltaking. Dei føler seg trygge til å prøve å uttrykkje sine ynskje og behov. Pleiarane gav av seg sjølv, delte følelsar og erfaringar, samstundes som dei var ein profesjonell yrkesutøvar. Gjennom tillitsforholdet oppnår dei ein relasjon og ei forståing som ikkje nødvendigvis treng uttrykkjast verbalt.

At ein er ramma av slag og mistar evna til verbal uttrykking og kommunikasjon trugar pasienten sin identitet. Identitet er noko ein etablerer i ein relasjon, og ein relasjon er igjen avhengig av kommunikasjon. Sjølv om den verbale kommunikasjonsbiten har falle bort, kan forståing oppnåast. Men då på grunnlag av eit personleg omsorgsforhold. Dette vert og underbygd med anna forskning i artikkelen. Pleiarane fortel om ei pasient gruppe det er vanskeleg å nå inn til. Men ved personleg engasjement, ved å respektere den unike pasienten, støtte og trøyste oppnådde dei eit tillitsforhold til pasientane. Sjukepleiarane gjer jobben sin, men viser likevel eit underliggjande ynskje om å hjelpe og vise omsorg for den sårbare

pasienten. Slik viser studia til at det i tillegg til teoretisk kunnskap, skal ligge personlege eigenskapar til grunn for å lukkast med å utøve sjukepleie til denne pasientgruppa.

4.2. Artikkel 2

Forfattar: Gordon, C., Ellis-Hill, C., Ashburn, A. (2009)

Tittel: The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke

Artikkelen har som mål å sjå på kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasientar som har kommunikasjonsproblem etter slag. Her finn forskarane asymmetri i kommunikasjonen ved avdelinga på grunn av pasienten sine manglande bidrag i samtalar. Det er sjukepleiarane som fører samtalanane, og dei er svært oppgåvefokuserte. Dei vinklar i stor grad samtalanane inn mot sine praktiske sjukepleiar oppgåver og mindre mot sosial kontakt og "small talk" med pasienten. På den måten opnar dei ikkje for at pasienten kan vere deltakande, og dei endar oftast opp med å svare lukka som ja og nei. Resultata i artikkelen er difor litt motstridande med kjent kunnskap om kva pasientar med afasi treng. Dei visar pasientane respekt, men er likevel ikkje terapeutiske og individualiserande i samtalar. Dei framstår rett og slett som overflatiske. Det kjem også fram at av all filminga var det berre 5-6 timar som var interaksjon mellom sjukepleiar og pasient. Resten av tida var dei aleine eller med besøkande. Det tydar på sjukepleiarane har mange andre oppgåver som dei prioriterer, samt at dei manglar sjølvtilit til å samtale med pasientar med kommunikasjonsproblem. Dei viser også til at institusjonen har innverknad på interaksjonane, ved at sjukepleiaren er eksperten over pasienten, meir enn at dei er likestilte og etablerer eit forhold.

Kort summert viser studia til eit rehabiliteringsopplegg som ikkje fungerer. Det essensielle i kommunikasjon med den afasiramma er manglande, og det kan skuldast fleire faktorar. Det er absolutt rom for betring, samt at dei etterspør meir forskning på området; kommunikasjon med afasiramma.

4.3. Artikkel 3

Forfatter: Sundin, K. Jansson, L. (2003)

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

Hovudtemaet forskarane kjem fram til er samskaping. Det handlar i utgangspunktet om at pleiar og pasient går eit forhold der dei er aktive deltakarar. Dei bidreg begge med noko og legg grunnlaget for å skape noko saman for å oppnå forsting. Vidare vert undertema som stille dialog, berøring, kroppsspråk, støttande halding og tilpassa atmosfære diskutert. Desse temaa kjem forskarane fram til ved å studere samhandlinga mellom pleiar og pasient i tillegg til dei beskrivingane pleiarane gav av tidlegare erfaringar. Samskaping vert tilrettelagt gjennom dei undertema som kjem fram i studien. Døme på dette er; Å vise kvarandre at ein er tilstades ved å halde i ei hand, observere og forstå kroppsspråket pasienten sender ut, vise respekt og tilpasse seg det nivået pasienten er på. Med å tilpasse seg nivået til pasienten er eit døme som å ta ting i pasientens fart og på pasientens premisser oppgitt som eksempel.

Pleiarane var kreative i kommunikasjonen og viste interesse for pasientens personlege ynskjer. Dei viste alltid at dei var tilstades og tilgjenglige. Dei har samvær med pasientane utan å stille spesielle krav, men heile tida invitere dei til deltaking. Dei skapar ein avslappande atmosfære og var sensible i den stille dialogen. også arbeidsmiljøet i avdelinga vert sett på som ein medverkande faktor. Pleiarane følte at dei gode relasjonane dei bygde med pasientane, gav dei mot til å prøve å kommunisere og be om hjelp. Pleiarane streva heile tida etter samhandling og gjensidigheit. Å forstå og bli forstått er essensielt for å kunne imøtekomme pasientens behov og ynskjer. Studien viser til kjelder som påpeikar at pasientar i utgangspunktet opplever kommunikasjon innan helsevesenet som dysfunksjonell. Det vert difor komplisert i møtet med pasientar som har kommunikasjon som ein fundamentalt problem i dagleglivet. Ved at pleiaren gav av seg sjølv og viser følelsar, tilnærma dei seg pasienten sin sårbare posisjon og truga verdigheit, slik at dei var meir likeverdige, og lettare kunne forstå pasienten sine ynskje og behov, samt oppnå samhandling.

4.4. Artikkel 4

Forfatter: Kitzmüller, G. (2007)

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

Pasientane fortel både om positive og negative erfaringar i møtet med helsepersonell, sjølv om det er dei negative opplevingane som var lettast og hugse for dei fleste. Både i den akutte og rehabiliterande fasen har helsepersonell ei sentral rolle til å hjelpe pasienten med å tilpasse seg ei heilt ny rolle og livssituasjon. Kommunikasjon står sentralt i slike oppgåver, og når ein hjerneskode har hemma språket, må helsepersonell ha tilstrekkeleg med kunnskapar om korleis ein kan tilpasse kommunikativ samhandling for å oppnå forståing. Og at pasientar på den måten får hjelp med det vedkommande ynskjer.

Funna i studien er at positiv atferd, omsorgsfulle relasjonar og innsikt i afasipasienten sin livssituasjon fremmar meistring. Når helsepersonell viser engasjement gjev det pasientar og pårørande rom til medbestemming og dermed vil også meistring fremjast. Med positiv atferd meinast det at pasienten blir sett på som eit heilt menneske, at ein tar i bruk humor, snakkar om andre ting enn sjukdom, og er kreativ i uttrykksformene, med til dømes bruk av song. Viktig var det og for pasientane til å få ros og støtte. Med omsorgsfulle relasjonar kjem tema som tid og kontinuitet opp. Det handlar om at pasientane opplever det lettast og kommunisere i gode relasjonar. Det var her dei enklast møtte forståing og livsmot og håp vart fremja. I artikkelen kjem det og fram at det er av betydning for pasientane at helsepersonell er interesserte i deira livshistorie. Og at pasientens egne mål og behov står i hovudfokus slik at medbestemming vert fremja og moglegheitene verkar større enn hindringane. Her blir også bruken av pårørande som ressurs understreka.

Deltakarane fortel av at afasi er det funksjonsutfallet som får størst konsekvensar, og at gode kunnskapar om afasi og kommunikasjon er ein forutsetnad for at pasient og pårørande skal få tilstrekkeleg med hjelp. Eigenverd, livsmot og håp må fremjast for at den afasiramma skal kunne meistre sin nye og svært så endra livssituasjon.

4.5. Artikkel 5

Forfatter: Tomkins, B. Siyambalapitiya, S. Worrall, L. (2013)

Tittel: What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction.

Studien omhandlar ei pasientgruppe som elles lett vert ekskludert og oversett når dei kjem til pasientundersøkingar. Dei ynskjer å belyse og utforske dei faktorane som påverkar tilfredsheit og misnøye i helseomsorga som vert gitt til dei som er ramma av afasi. Sju tema er presenterte. Det er desse dei afasiramma fortel at har påverka deira tilfredsheit med omsorg og helsetilbodet som er gitt dei. Dei er som følgjer; Skapinga av relasjonar. Måten ein mottek tilbodet på. Informasjon, kommunikasjon og kunnskapar. Struktur og terapiens relevans. Korleis tilboda er organiserte. Individuell støtte, og Positivitet og forbetring.

Om skapinga av relasjonen kjem det fram at kva type forhold ein har med den individuelle pleiaren hadde heilskapeleg innflytelse på om pasienten var nøgd med sin situasjon eller ei. Mange fortalde og om nytten av eit forhold med likesinna. Om måten helsehjelpa vart gitt på, seier pasientane at det handla om i kva grad pleiaren hadde dei eigenskapane som gjorde at dei inkluderte pasienten i målsetjing og behandlingsavgjerder, samt at dei vart sett på som ein heil person. Om kommunikasjon og kunnskapar, vert viktigskapen av å snakke til dei peika på, og kunnskapar om informasjonsutdeling og kommunikasjon etterspurd. Neste punkt er struktur og relevans. Dette handlar om i kva grad ein følte behova vart dekkja, og kor vidt den terapien som vart gitt, blei individualisert inn mot den enkeltes behov. Om organiseringa av tilbodet er kontinuitet i personale, innhald av terapi og forutsigbarheit nemnd som viktig. Også kostnad var ein viktig faktor. Dei som til dømes ikkje var nøgd her, kjeda seg og følte deira ressursar var avgrensa under sjukehusopphaldet. Den individuelle støtta dreiar seg mest om i kva grad pasientane vart ivaretekne, med til dømes overflytting til eigen heim. Og om positivitet og forbetring fortel pasientane at dei hadde best opplevingar i dei relasjonane der håp, tru og moglegheiter for forbetring vart fremja.

Dei overliggande faktorane for at pasientar var nøgd med tilboda som vart gitt dei er; informasjon og kommunikasjon, verdigheit og respekt, sjølvkontroll og uavhenge samt støtte og forståing. I dei situasjonane desse faktorane var på plass, var og pasientane mest nøgd og følte grunnlaget for å lykkast i rehabiliteringsprosessen var best. Studiens funn gir

helsearbeidarar hjelp til å betre forstå dei behova ein pasient med afasi har. Og på den måten kunne betre seg i den retninga.

5.0 Drøfting

5.1. Møtet med en afasiramma - Relasjonen

I undersøkinga i studien gjort av Tomkins et al. (2013) kjem det fram at pasientar med afasi legg mykje meir i relasjonen til pleiarane, enn kva til dømes pasientar utan kommunikasjonsproblem gjer. Pasientar med afasi opplever nemleg at det er i dei vellykka relasjonane at dei lettast kan kommunisere, og dei føler dei får tilstrekkeleg med omsorg og trøyst (Kitzmüller, 2007). Travelbee (1999, s.171-172) seier at det er menneske til menneske forholdet som er det verkemiddelet som fører til at sjukepleiaren kan få oppfylt sjukepleia sine mål og hensikter. Som igjen er å kunne hjelpe eit individ og/eller familien med å førebyggje eller meistre sjukdom og lidning, samt med å kunne finne mening i dei erfaringane som fylgjer med. På den måten stadfestar både forskning og teori viktigskapen av relasjonen. Ein kan gjerne lure på kvifor relasjonen skal ha så stort fokus i forhold til denne pasientgruppa. Moglege svar på dette kan ligge i pasientar sine egne erfaringar. Eit døme er at ein av pasientane i undersøkinga gjort av Tomkins et al. (2013) fortel at han opplevde rehabiliterings situasjonen som vanskeleg. Vedkommande kom ikkje overens med terapeuten og hadde ikkje tenkt å gå tilbake dit, det hadde ingen nytte for han.

Kvifor pasientar med afasi opplever relasjonen mellom pasient og pleiar så meningsfull er det nok ikkje eit enkelt svar på. Ein faktor er i alle fall at dei er særdeles sårbare i den grad at dei ikkje umiddelbart kan ytre ynskjer og behov, som gjerne pasientgrupper utan kommunikasjonsproblem vil kunne. Gjennom dei brått uventa endringane og funksjonstapa hjerneslaget fører til for den afasiramma, vil dei bli avhengige av helsepersonell som kan hjelpe dei igjennom krise (Kitzmüller, 2007). Sjukepleiarar har også forklart at den usikkerheita som er rundt pasienten med afasi, på ein heilt spesiell måte framkallar eit ansvar hos dei (Sundin, et al., 2001). Når pasientar oppgir relasjonen til helsepersonell som ein faktor som kan fremje nøye eller missnøye (Tomkins, et al., 2013), kjem det og fram at ein ikkje alltid vil kunne oppnå like gode forhold og relasjonar til alle pasientar. Det kan nok kvar og ein kjenne på sjølv og. Det er rett og slett ikkje alle du finn "kjemien" med i sosial samanheng. Då kan ein jo stille spørsmål ved om det blir riktig av ein profesjonell sjukepleiar å sei dette. Det betyr heller ikkje at god sjukepleie ikkje kan utøvast. Men pasientane merkar godt i kva grad sjukepleiaren er engasjert og interessert, noko som igjen vil gje utfall for korleis ein klarar å fremje sjølvkjensla og meistring hos pasienten med afasi (Kitzmüller, 2007).

Relasjon er som sagt vektlagt i arbeidet med denne pasientgruppa. Konsekvensen av dagens organisering av helsevesenet er stadig kortare liggetid og hyppige overføringar mellom avdelingar, sjukehus og institusjonar. Også samhandlingsreforma som tredde i kraft 01.01.12 understrekar dette (St.meld. nr. 47, 2008-2009). For ei pasientgruppe med behov for kontinuitet og tid kan dette difor skape eit hinder (Kitzmüller, 2007). På den måten er der nok ikkje er i alle situasjonar ein vil kunne bli like godt kjent med pasientar med afasi. Det kjem fram av forskning at pasientane sjølv opplever at dei lettare har fått gode relasjonar til pleiarar med primæransvar i rehabiliteringa deira (Kitzmüller, 2007). Likevel må ein kunne anta at og sjukepleiarar ved til dømes ei travel medisinsk avdeling kan kunne lykkast i å oppnå ein god relasjon til den afasiramma. Men at dei då gjerne må reflektere over kvar behandlingens fokuset deira ligg.

Travelbee (1999, s.186-217) seier noko om danninga av relasjonen og fasane ein då går gjennom, og det er først etter at desse fasane er gjennomgått at ein oppnår menneske til menneske forholdet. Den profesjonelle sjukepleiaren har klart å finne ein balanse mellom kvalifikasjonar, krav og forpliktingar og nærleik til den unike pasienten. Dette samsvarar og med dei yrkesetiske retningslinjene sjukepleiaren skal forhalde seg til. Dei seier at sjukepleiaren skal vise respekt for det einskilde mennesket sitt liv og verdigheit. Sjukepleiaren skal og vere barmhjertig og omsorgsfull, samstundes som ein arbeidar kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I studia av Gordon et al. (2009) ser ein resultat som kan verke litt motstridande til akkurat dette. Det vert opplevd her at sjukepleiarane handlar motstridande til kjent kunnskap om kva pasientar med afasi treng. Sjukepleiarane er venlege og respektfulle. Likevel overflatiske og prosedyreorienterte. Sjukepleiaren legg føringa for samtalan som for det meste dreiar seg om oppgåver og prosedyrar. Gjennom filminga vert det også oppdaga kor lite tid som blei tilbrakt saman med pasientane. På bakgrunn av desse resultata stiller eg meg difor undrande til korleis pleiarane blir kjend med den unike pasienten. Eg viser til Travelbee (1999, s186-188) og den første fasen i menneske til menneske forholdet og sjukepleiaren si oppgåve. Så lenge pleiarane ikkje er opne mot pasienten og bryt ned kategorien "sjuk", veit dei ikkje kva person dei arbeidar med. Og har heller ikkje noko forutsetnad for å byggje ein vellykka relasjon. Undersøkinga gir oss likevel eit odt bilete på kva som gjerne kan skje i praksis, og at sjølv om

det tilsynelatande er mykje informasjon og dokumentert kunnskap om kva som er rett og gale i høve til denne pasientgruppa, er det likevel ikkje alltid enkelt.

5.2. Kommunikasjon med den afasiramma

Det kjem fram av resultatane at pasientar med afasi etterspør kunnskapar om kommunikasjon hos helsepersonell (Tomkins et. al., 2013 og Kitzmüller, 2007). Det viser seg at språkutfall får mindre fokus enn til dømes dei fysiske utfalla, som lammingar. Grunnar til dette kan vere at ved første augekast er det gjerne dei fysiske utfalla ein ser, til dømes at nokon sit i rullestol. Og det då kan vere lett å tru at dette pregar dei mest. Men pasientar sjølv seier at afasi er det utfallet av hjerneslaget som i størst grad påverka deira livskvalitet i ein negativ forstand (Kitzmüller, 2007). Sjølv om pasientar påpeikar lite kunnskapar hos helsepersonell rundt kommunikasjon med akkurat denne pasientgruppa, finnes det tilsynelatande mykje informasjon om kva som kan gi gode resultat. Til dømes i artikkelen av Sundin et al., (2001). Pleiarane i denne artikkelen vert sett på som svært vellykka på kommunikasjon med afasiramma, og ein kan lese mykje nyttig ut av deira gode erfaringar. Det handlar til dømes om å bruke tid, sjå den heile pasienten, fatte seg kort, unngå at mange snakkar samstundes, å vere tilgjengeleg og å snakke til dei, som intelligente menneske. Noko som i stor grad samsvarar med det Eide og Eide (2011, s. 384-390) oppgir som viktige faktorar når ein kommuniserer med denne pasientgruppa. Det kan nok i mange tilfelle ver enklare sagt enn gjort, og mange omsyn skal takast. Med det tenkjer eg på dei faktorane som kan liggje som hindring utan om sjølve afasien. Desse for eksempel at pleiarane seg i mellom har ein god og støttande tone, og at arbeidsmiljøet er bra. At avdelinga ikkje er for travel og at ein blir for opphengd i rutinar og typiske prosedyre oppgåver. Det kan tenkjast at det er her noko har gått gale for den undersøkte avdelinga i artikkelen til Gordon et al., (2009) . Det viser igjen til kor viktig det er med kvar fokuset for behandlinga av afasiramma ligg, og at kommunikasjon og relasjon gjensidig avhenger av kvarandre. Vidare i artikkelen til Gordon, et al. (2009) kjem det og fram at det verka som at sjukepleiarane sjølv mangla litt sjølvtilitt når det kom til denne pasientgruppa.

I den komplekse samhandlinga det er å kommunisere med afasiramma, skal ein og vere vår for dei non-verbale uttrykka (Eide & Eide, 2011, s.384-390). Når ein arbeidar med ei gruppe som helst har problem med den verbale uttrykkingsdelen blir det klart at fokuset må liggje på det nonverbale. Spesielt i oppbygginga av relasjonar (Sundin, et al., 2001) Dette gjeld ikkje

berre frå pasient til pleiar, men og frå pleiar til pasient. Sitert i Kitzmüller (2007) er det og ein pasient som fortel at det falt naturleg at han valde å snakke til dei som møtte han med eit smil. Då gav dei uttrykk for at det var kjekt å sjå vedkommande, og på den måten slapp han å føle at han var til bry for nokon. Ein anna form for non-verbal kommunikasjon er berøring. For mange er dette noko positivt, men som profesjonell helsearbeidar må ein og vere obs på fallgruvane. I Sundin og Jansson (2003) vert det beskriven at pleiarane har dradd nytte av å bruke berøring som stille dialog og at dette gjerne har fremma forståing av pasienten for dei. Det er ein god måte å tydeleggjere at ein er tilstades ovanfor ein pasient. Ein skal likevel aldri røre ved nokon som ikkje ynskjer det sjølv. Her kan det difor vere lurt å vente på at pasienten sjølv gir teikn til at han ynskjer ei hand å halde i, eller trekkje seg tilbake dersom ein merkar at pasienten ikkje vil bli rørt ved. Dette vil ein nok fort merke, og på den måten kan ein vere sikker på at ingen grenser er trødd over.

Dette er ei pasientgruppe ein nok oftast vil møte i rehabiliteringsfasen, og i det høve vil og mange profesjonar vere involvert i behandlinga (Helsedirektoratet, 2010). Ein av desse er logopedar. Det er gjerne også dei som introduserer hjelpemidlar som peiketavler, dataprogram og fotoalbum. Mi erfaring er gjerne at sjølv om fleire profesjonar er inne i behandlinga, fokuserer ein gjerne på sine egne oppgåver, og lar andre gjere sine. Samhandlinga er på den måten lite effektiv, og pasientar opplever dette gjerne meir som ytterlegare stress og hindring, dersom ikkje alle nyttar og har kunnskapar om desse hjelpemidlane (Kitzmüller, 2007). Det forundrar meg gjerne og at rundt ei pasientgruppe der det er stor fokus på at pleiaren må vere terapeutisk og kreativ er det lite fokus på nettopp dei alternative kommunikasjonsformene i forskning. Eg finn berre artikkelen frå Kitzmüller (2007) der dette vert tatt opp. Pasientar kan oppleve det lettare å uttrykkje seg gjennom til dømes song, og på den måten vil det ha positiv innverknad på til dømes sjølvkjensla. Om dette siterer ein av pasientane fylgjande;

Det var en pleier som var der av og til. Hun stelte for meg og min romkamerat som også hadde fått slag. Hun stelte neglene våre... hun sang og hun lærte oss å synge... hun var et medmenneske...

Dei fleste pasientgrupper kan snakke om kva som helst, men personar med afasi er altså tydeleg ei gruppe som krev at nokon startar og fører samtalen (Sundin og Jansson, 2003). Som Travelbee (1999, s.136) seier om kommunikasjon er det eit hjelpemiddel i ein prosess for å nå

eit mål. Det set krav til sjukepleiaren som må vere obs på viktige behov afasiramma har i kommunikative interaksjonar.

5.3. Å forstå

Det å kunne forstå ein pasients sine ynskje og behov, vil vere heilt avgjerande for kvaliteten på omsorga ein som sjukepleiar skal yte til dei (Sundin, Jansson, 2003). Dei har eit behov for å bli sett som heile menneske. Dei har alle ei fortid, notid og framtid, men treng hjelp til å setjast i ein ny samanheng (Kitzmüller, 2007). Å bli sett som heile menneske krev at sjukepleiaren kan tolke verbale og nonverbale teikn i samtale, samt at ein kjenner bakgrunnen til pasienten. Det er først i ein slik open relasjon at hjelpande kommunikasjon vil fungere (Eide & Eide, 2011, s.12-15). Ein av eigenskapane ein sjukepleiar må ha er å vere open. Først då kan ein få med alle inntrykk og forstå ein pasient. For å undertreke dette viser eg til eit døme i artikkelen av Gordon et al., (2009). Ein sjukepleiar kjem inn slår opp gardinene før ho pratar til pasienten. Ho spør om han har det bra, men han berre viker frå augekontakt og ristar på hovudet. Sjukepleiaren som ikkje får noko respons svara berre; *Ja? Bra...* Og byrjar direkte å vinkle samtalen inn mot oppgåva si, som var å sjekke kateterposen. Pasienten sender eigentleg ut tydelege teikn på at alt ikkje er bra, men mangelen på svar, som oftast vil bli oppfatta negativt, blir her oppfatta som noko positivt av pleiaren. Og på den måten har pleiaren oversett pasienten, og bare gjer det ho skal før ho går igjen. Mangelen på sjukepleiarens oppmerksomd og det faktum at det ikkje vart respondert på dei uttrykka pasienten gav, er uheldig samanlikna med at dette er noko pasientar set høgt når det kjem til tilfredsheit. Det er ikkje bra med tanke på at dei pasientane som er nøgd med behandlinga som vert gitt dei, og er dei som har best utgangspunkt for å meistre (Tomkins et al., 2013).

Ein må kunne forstå pasienten, for å vite noko om kva den enkelte ser som viktig i rehabilitering og meistring. Dette er og synspunkt som kan endre seg med tida. Forståing må difor kunne oppretthaldast, og det vil ikkje vere nok å forstå berre ein setning i ny og ne (Helsedirektoratet, 2010). Når det kjem til å kjenne pasientens forhistorie, vert dette og nemnt som viktig for pasienten (Kitzmüller, 2007). At ein kjenner pasienten sin historie, sjukdomsforløp og behandling, er enno ein faktor som bør liggje til grunn for godt fungerande kommunikasjon (Eide & Eide, 2011, s.12-15). Her bør helsepersonell sjå pårørande. Dette vert og nemnt av pasientane sjølv som viktig. Særleg i forhold til at dei kjenner pasienten på eit anna nivå enn sjukepleiaren og for mange pasientar vil deira pårørande vere ein av dei

viktigaste ressursane dei har i rehabiliteringsprosessen. Som pårørande til menneske med afasi, vert og dei utfordra i ein ny kvardag. Ved å inkludere dei, ta dei med på råd og gje nok og god informasjon vil sjukepleiaren bidra til å løfte heile familiens meistringspotensiale (Kitzmüller, 2007).

Viktig er det å vite at ein ikkje har mislukkast med kommunikasjon sjølv om misstydingar mest sannsynleg dukkar opp undervegs. Ein må prøve igjen, vise at ein er tilstades og formidle ynskja om å forstå. Sjukepleiaren må heller ikkje vere redd for å sei noko "feil". Det er faktisk og ein måte å nærme seg pasientens sårbarheit på, så det betyr ikkje fiasko at ein ikkje oppnår forståing med det same (Sundin et al., 2001). At samtale med denne pasientgruppa krev særleg forståing og tolking, vert og vidare understreka gjennom av datasamlinga i fire av fem studier er gjort ved video opptak, for nettopp å famne om alle signala som vert sendt ut.

5.4. Den nye kvardagen - behovet og oppnåinga av meistring

Det faktum at pasientar opplever afasi som den største hindring etter eit hjerneslag, viser til eit absolutt behov for meistring (Kitzmüller, 2007). For å gå nærare inn på kvifor behovet er der, må ein sjå på kva afasi og språkutfall fører til for den ramma. Pasientens identitet og sjølvkjensle vert påverka (Qvenild et al., 2010, s. 23-25). Dei vert sårbare, føler avmakt og vil stå i fare for å ikkje bli høyrde (Sundin et al., 2001). Dei kan møte irriterande fordommar som at dei har mista intelligens og kan ikkje ytre ynskje. Men det som er mest skummelt, og i aller størst grad vil kunne påverke pasienten netgativt, er sosial isolasjon. Det at vedkommande bli einsam og folk ikkje når inn til han/ho kan resultere i depresjon (Gordon et al., 2009. Og Kitzmüller, 2007), noko som i høgaste grad er ynskjeleg å unngå. På den måten ligg behovet for meistring i å gjenopprette sjølvkjensle og verdigheit, samt førebyggje til dømes uønska reaksjonar som depresjon. Om depresjon seier ein av deltakarane i Kitzmüller(2007) sin studie fylgjande;

En måneds tid etter slaget var jeg deprimert, veldig deprimert og alene, men etter to måneder hadde jeg litt mer språk og kunne snakke med psykologen... Han hjalp meg å kjøpe en hund, og jeg fikk et litt annet perspektiv. Jeg var ikke deprimert lenger og har følt meg lykkelig siden...

Om ein står rusta til å meistre ein situasjon avhenger av om til dømes tidlegare erfaringar og bakgrunn (Renolen, 2008, s148-151). Det er rimeleg å anta at dei fleste som plutselig vert ramma av hjerneslag og afasi, manglar kunnskapar og erfaringar som kan gje dei svar på korleis dei no skal takle sin nye tilstand og stress som vert påført dei og eventuelle pårørande. På den måten er dei avhengige av kyndig helsepersonell som kan hjelpe dei gjennom krise og til meistring.

Når det kjem til denne oppgåva sitt fokus på den nye kvardagen, vil det ikkje vere så lett å poengtere akkurat kva den nye kvardagen betyr, då dette vil vere like individuelt som sjukdommens utfall og pasienten sine individuelle ynskje og behov. For ein pasient kan dette gjerne bety å få delta i avgjerder rundt behandling og rehabilitering og på den måten ha kontroll over eigen situasjon. Det kan handle om å ha lov til å sørge. Det handlar om å finne mål og få hjelp til å nå desse. Det handlar om å kunne føre dialog og klare å akseptere at dei no har fått ei funksjonshemming (Kitzmüller, 2007). På den måten blir rehabiliteringa ein meistringsprosess, som ikkje berre handlar om å bli frisk, eller betre, men å lære og leve med sin nye livssituasjon (Helsedirektoratet, 2010). Dette fører oss og tilbake til Travelbee (1999, s.29), definisjonen av sjukepleie og at det ikkje berre handlar om hjelpe nokon å førebyggje eller meistre sjukdom, men og at ein og kan finne meining i dei vanskelege erfaringane.

Det finnest ganske lite forskning rundt temaet afasi og meistring. Verdifullt er det difor med studier som til dømes den gjort av Tomkins et al. (2013). Denne gir gode indikasjonar på eit breitt utval av personar med afasi, og kva faktorar dei opplever som positive då dei vurderer helsehjelpa som vart gitt dei. Deltakarane viste til; skapinga av relasjonar, måten ein mottek tilboda på, informasjon, kommunikasjon, kunnskapar, struktur og terapiens relevans, korleis tilboda er organiserte, individuell støtte, positivitet og forbetring. Det kan då tenkjast at desse faktorane som hadde så stor innverknad på deira livskvalitet og bør vere i fokus når ein skal fremje meistring hos afasiramma. Gjennom å ha kunnskapar om afasi, kommunikasjon og den enkelte pasientens behov og mål, vil ein gjennom sjukepleie stå i særposisjon til å påverke og fremje meistring hos personar med afasi (Kitzmüller, 2007).

5.5. Avslutning

Oppgåvas mål var å sjå korleis sjukepleie gjennom hjelpande kommunikasjon kan bidra til at pasientar med afasi meistrar sin nye kvardag. Gjennomgåande i resultata er det relasjonen som er viktig. Både frå pleiar og pasient sitt synspunkt. I oppbygginga av relasjonen står kommunikasjon sentralt (Travelbee, 1999, s.136), når ein då skal oppbyggje relasjon med personar som har mistar delar av si kommunikasjonsevne står sjukepleiaren ovanfor ei utfordring. Oppbygginga av relasjonen avhenger av kommunikasjon, og god kommunikasjon førgår i gode relasjonar. Den nye kvardagen og kva den inneber er individuell for kvar enkelt etter hjerneslaget. Likeins blir då og behova for meistring individuelle. For å kunne imøtekomme dei behova som befinn seg hos den enkelte må sjukepleiaren difor oppnå forståing. Når forståing er oppnådd kan sjukepleiaren hjelpe det enkelte individ med å meistre sjukdommen og dei konsekvensane den gir.

Artiklane av Sundin et al., (2001) og Sundin og Jansson (2003), viser til velfungerande rehabiliteringsforhold der dei har lykkast i kommunikasjonen med personar med afasi. Pleiarane er opne, tar seg tid, lærer pasienten og kjenne og har eit likeverdig forhold med dei pasientane dei møter. Dei representerer på den måten den normative illustrasjonen på korleis ein bør kommunisere og oppnå forståing med afasiramma. På ei anna side gir Gordon et al., (2009) og Tomkins et al. (2013), oss eit bilete på at det ikkje alltid fungerer like lett i praksis og at travle avdelingar kan gi feil behandlingssfokus og pasientar kan ha negative møter med helsepersonell, og det vil bli meir ei hindring i meistringsprosessen. Målet er meistring og hjelpemiddelet er kommunikasjon, det er difor viktig at den hjelpande kommunikasjonen vert nytta for å søkje forståing og samhandling, i tillegg til at ein tar omsyn til dei spesielle utfordringane det er i å skulle kommunisere med personar med afasi. På denne måten vil sjukepleiaren sine handlingar vise ynskje om å hjelpe den sjuke. Ikkje fordi sjukdommen krev at han treng pleie, men fordi han er den han er, og ingen andre (Travelbee, 199, s.35).

Sidan det gjennom fleire av artiklane vert etterlyst meir kunnskapar hos helsepersonell om korleis dei kommuniserer med denne pasientgruppa, kan det vere eit behov i vidare forskning å sjå på helsepersonells kunnskapsnivå i praksis, og implikasjonar på korleis dette eventuelt kan betrast.

Referanseliste

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., Trygstad, H., (2012) *Kilder og kildekritikk*. I Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg., s.63-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner : Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elstad, A., K. (1988) *Maria, Maria*. Aschehoug & Co. : Oslo
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg.). Stockholm: Natur och kultur
- Gordon, C. Ellis-Hill, C. Ashburn, A. (2009) *The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke*. Journal of advanced Nursing. 2009 Mar; 65 (3): 544-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x>
- Helsedirektoratet (2010) *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Henta 21.01.14 frå: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon/Sider/default.aspx>
- Kirkevold, M (2010) Hjerneslag. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Randhoff, A.H. (Red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1 utgave., s.406-417) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapssenteret.no (2008) *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning*. Henta 10.01.14 frå; <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

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

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *ICN's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 03.02.14 frå: https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., Lind, M. (2010) Afasi og rehabilitering. I Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., Qvenild, E. (Red.) (2010) Afasi - et praksisrettet perspektiv. (1 utgave., s.23-41) Oslo: Novus

Reitan, A-M. (2010) Mestring. I Knutstad, U. (Red.). (2010). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. (3. utgave., s.74-107) Oslo: Akribe.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: En innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

St.meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Henta 01.02.14 frå: <http://www.regjeringen.no/nm/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Henta 01.02.14 frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

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

- Sundin, K. Norberg, A. Jansson, L. (2001) *The meaning of Skilled Care Providers' Relationships with Stroke and aphasia Patients*. Qual Health Res 2001 11:308
DOI:10.1177/104973201129119127
- Tomkins, B., Siyambalapitiya, S., Worrall, L. (2013) *What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction*.
Aphasiology 27:8, 972-991 DOI: 10.1080/02687038.2013.811211
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, overs.).
Oslo: Gyldendal.
- Wergeland, A. Ryen, S. Ødegaard-Olsen, T. G. (2011) *Sykepleie ved hjerneslag*. I Almås, H. (Red.). (2011). *Klinisk sykepleie: Bind 2*. (4 utgave., s. 261-284) Oslo: Gyldendal akademisk

Vedlegg 1

Resultattabell.

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
<p>Sundin, K. Norberg, A. Jansson, L. (2001)</p> <p><i>The Meaning of Skilled Care Providers' Relationships with Stroke and Aphasia Patients.</i></p>	<p>Artikkelen sin hensikt er å belyse pleiarane sitt syn og erfaringar rundt relasjonen mellom dei sjølv og dei afasi ramma pasientane.</p>	<p>Kvalitativ studie. Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming vart nytta i analysen.</p> <p>Eit intervju på mellom 30 og 60 minutt vart gjort med kvar pleiar. Intervjua vart så transkribert ordrett.</p>	<p>Deltakarane i studia var fem sjukepleiarar. Dei arbeidde alle ved same rehabiliteringseining og var valt ut av kollegaene sine. Sjukepleiarane var mellom 27-64 år og hadde mellom 4-12 års erfaring på området.</p>	<p>Forskarane kjem fram til tre gjennomgåande tema i intervjua. Desse er; Det framkallar eit ansvar for dei svake. Gjenopprette pasientens verdigheit og oppnå forståing.</p>
<p>Gordon, C. Ellis-Hill, C. Ashburn, A. (2008)</p> <p><i>The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke.</i></p>	<p>Artikkelen beskriver ein studie som ville sjå på korleis sjukepleiarane og pasientane kommuniserer med kvarandre i naturlige interaksjonar ved ei slageining.</p>	<p>Kvalitativ studie. Den nyttar konversasjonsanalyse. Ein metode som er meir oppteken av å forstå dei sosiale reglane i konversasjonen, meir enn samtaleemnet.</p> <p>Det vart gjort videoopptak. 35 x 5 timar. Pluss notat.</p>	<p>Deltakarane i studia var 14 sjukepleiarar og 5 pasientar med afasi og dysartri, i alderen 43.-84 år. Sjukepleiarane vart ikkje spesielt plukka ut, men er meir ei samling av dei som var på vakt ved filminga. Pasientane vart valt ut av ein logoped, ut i frå spesielle kriterium.</p>	<p>Forskarane ser tydeleg at det er sjukepleiarane som ligg i føringa for samtalane. Dei vel å prate rundt oppgåvene sine, og pasienten har ingen og liten muligheit til å påverke dette. Dei ser at oppførselen er påverka av institusjonen dei skjer på.</p>
<p>Sundin, K. Jansson, L. (2003)</p> <p><i>Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon - in care of patients with stroke and</i></p>	<p>Målet med studien er å belyse meininga av forståing og det å bli forstått i omsorg som vert gitt til pasientar som er ramma av afasi etter</p>	<p>Kvalitativ studie. Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming vart nytta i analysen</p> <p>Pleiarar vart filma saman med pasient under personleg morgonstell ved avdelinga.</p>	<p>Deltakarane i studia var fem sjukepleiarar. Alle arbeida ved same eining og vart nominerte av sine kollegaer. Sjukepleiarane var mellom 27-64 år og hadde mellom 4-12 års erfaring på området.</p>	<p>Samskaping er hovudtema. Pleiarane inviterer pasientar til å delta i kommunikasjon. Dei viser interesse for pasientens personlege interesser. Dei er tilstades og tilgjengelige for pas. Andre belyste punkt er stille dialog og</p>

<i>aphasia.</i>	slag.	Deretter vart det utført intervju der pleiarane fortalde om sine erfaringar i å kommunisere med denne pasientgruppa. 15 videoopptak med interaksjon. 15-25 min. Og 15 intervju 50-70 min.	Tre pasientar var spurd om deltaking ved innlegging, 2-6 veker etter slag. Dei var mellom 62 og 80 år.	avslappande atmosfære.
Kitzmüller, G. (2007) <i>Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring?</i>	Hensikta er å beskrive korleis afasiramma positive møter med helsepersonell kan påvirke deira meistring av sine nye livssituasjon.	Kvalitativ studie. 13 dybdeintervju på 1-3 timar vert utført og tatt opp på lydband, og transkribert. Kommenterar rundt t.d. kroppsspråk vart og notert. Dei vert så analyserte ved hjelp av fenomenologisk metode.	Utvalet bestod av 13 afasiramma som meldte seg ut i frå opplysningar gitt av sitt lokale afasi-lag. Det var opptil 5 år sidan slaget inntraff og dei var mellom 30 og 68 år på det tidspunktet.	Dei positive møta påvirkar meistring. Dei får hjelp til å bearbeide krise, sorg og stress i gode relasjonar. Engasjert helsepersonell opnar for medbestemming og gir moglegheit for å bevare sjølvresepekt, håp og motivasjon. Den holistiske tilnærminga ein har til dei afasiramma sin funksjonsnedsetjing bidreg difor til meistring.
Tomkins, B. Siyambalapitiya, S. Worrall, L. (2013) <i>What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction.</i>	Studien har som hensikt å utforske dei faktorane afasiramma meiner påvirkar deira nivå av tilfredsstillings i forhold til det helsetilbodet som vert tilbudd dei.	50 dybdeintervju vert utførte med afasiramma i heimen deira. Desse vert så transkriberte og analyserte ved hjelp av beskrivande fenomenologisk innhaldsanalyse.	Deltakarane var 50 afasiramma mellom 53 og 73 år. 24 menn og 26 kvinner. Dei vart rekruterte vida eit Afasi-forsknings register og lokale kontaktar i tre Australske byar.	Sju tema kjem fram: Skapinga av relasjonar. Måten ein mottek tilbodet på. Informasjon, kommunikasjon og kunnskapar. Struktur og terapiens relevans. Korleis tilboda er organiserte. Individuell støtte, og Positivitet og forbetring. Det er også eit par faktorar som går igjen som

				overgripande. Disse er; informasjon og kommunikasjon, verdighet og respekt og kontroll og uavhengighet
--	--	--	--	--