



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 310

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9887

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 42

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Er ord overvurdert? – Sykepleierens
kommunikasjon i møtet med pasienten

Are words overrated? – Nurse's
communication when meeting the patient

Kandidatnummer: 310

Sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 24.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

This essay will examine the complex world that is non-verbal communication. A world comparable to the dark depths of the sea. Keeping the focus on the nurse, we will explore the complex interaction of verbal and non-verbal communication, and how nurses affect their patients, and their relations. Communication is something that any nurse will focus on in presence of a patient, but what type of communication will we focus on and what might be forgotten? Is one type superior to the other and what type is most important to our patient? Are our words more powerful than signs of warmth and care? Nurses have both guidelines and laws to follow, but during a long and tiring workday a nurse will encounter a lot that will affect both attitude and behaviour. So, how can a nurse then express the same warmth, safety, empathy and care to all their patients when they are all so different? It is an art form to be able to stay both professional and at the same time express safety and care, an art many will forget during a busy and hectic day.

This essay will dive into the dark depths and explore whether we are ever truly silent or if our body, face, eyes and gaze are constantly communicating and revealing our inner thoughts. Whether we are aware or not, whether we want to or not. Furthermore, this essay will explore the roles we hold, as nurses and patients, and the power we as helpers have been given and what power our uniform creates. Do we truly give our patients what they need, or does our uniform create a barrier for true communication? To examine and explore all these aspects of the power of non-verbal communication, several research papers and theories from both nursing theorists and psychologists have been picked apart. Many results seem to implicate that we might not have as much control over ourselves as we wish to think. Humans are truly complex beings and a question appears. Is non-verbal communication something primitive and universal for all beings despite our complexity, or have we been misled in the deep depths? We tend to think we know and understand what others feel and think, but can this even be? Is this a pretentious way of thinking? Do we confuse this with respecting and acknowledging another? Is this creating a barrier in our meeting with the patient? The art of communication; to perceive and interpret the unseen, silent and ambiguous, and to answer with a helping voice. The art of being a nurse.

Innholdsfortegnelse

Dypet	1
Sykepleierens kunst	2
Hva vektlegger en sykepleier i møtet med pasienten?	4
Hva er kommunikasjon?	5
Er vi noen gang tause?	6
Ansikt	8
Blikk	10
Den mektige hvite uniform	12
Kropp	14
Relasjon	16
Å så og la gro	19
Nærhet og ekthet	21
Kjernen i det å være menneske	22
På jakt etter en veiviser i mørket	22
Kompleks eller primitiv?	25
Kommunikasjonens kunst versus det bunnløse gap	27
Lyset skimter gjennom	28
Er ord overflødige?	29
Litteraturliste	31

Dypet

På hjerte- og lungeavdelingen på sykehuset er det fullt kjørt som vanlig. På morgenrapporten blir det fortalt i full fart om alle nattens hendelser; smerter, søvnløshet, søl og gris av en rekke væsketyper som ikke trengs å nevnes i mer detalj. Arbeidsdagen har begynt og planen er klar, målinger av vitale tegn står først på arbeidslisten. Jeg ser på rommet jeg skal til å gå inn på, romnummeret lyser uskyldig mot meg. Døren er slitt og knirker når den åpnes. Så mange mennesker denne døren har sett, så mange mennesker som har travet inn og ut av dette rommet opp gjennom årene.

Jeg husker pasientene godt. I den ene sengen ligger en 70 år gammel mann med langtkommet KOLS og det går ikke så bra. Han sliter med å puste, han har mye smerter og angst. Man ser det på han, at han er redd, kanskje han er redd for å dø, eller redd for å dø alene. For han har ingen ektefelle og ingen barn. Han fremstår helt alene i denne verden. Han har enda ikke hatt besøk siden han kom til avdelingen for en uke siden. Han har ikke lang tid igjen på denne jord. Jeg tenker at han er lei seg, men han har aldri sagt det. Han smiler alltid bredt når jeg kommer inn, men øynene ser triste og slitne ut.

I den andre sengen ligger en ung mann, ikke mer enn 20 år gammel. Han har alvorlige problemer med hjertet, noe han har hatt siden barndommen, men legene klarer ikke helt å finne ut av det. Han ser aldri på meg når jeg hilser, løfter ikke blikket fra mobilen og hilser ikke tilbake. Han vil hjem, han prøver alltid å dra hjem. Han har diskutert det med legen flere ganger nå. Selv om legen fraråder han å dra hver eneste gang, har han skrevet seg ut på eget ansvar før. Han hater helsevesenet hørte jeg han si engang, tror ikke han vet at jeg hørte det. Jeg kan ikke huske å ha sett han smile.

To senger på ett rom, skilt kun ved en falmende gardin. De to pasientene, så forskjellige, men tross alt mer lik enn man skulle tro, for ordene de strekker ikke til og de når ikke frem.

Mitt mål er det samme, jeg har tross alt en jobb å gjøre og en arbeidsliste å følge. Samtidig ønsker jeg at pasientene skal føle seg trygge og godt ivaretatt. Men hvordan får jeg dette til underer jeg meg, det er tross alt to motsetninger på hver sin side av en falmende gardin.

Har du noen gang stirret utover havet og undret deg hvilken verden du går glipp av? Hva som egentlig befinner seg under overflaten. Hvilke merkelige vesener som her herjer, jakter på hverandre eller ligger i skjul? På en skyfri sommerdag kan havets overflate se stillestående ut og refleksjoner av sol kan blende. Det kan fremstå idyllisk stille og komplett, men havet er alltid i bevegelse og i dypet forsvinner lyset fort. Her i dypet er det lett å svømme seg bort.

Dette essayet vil utforske den komplekse verden, Dypet, som er nonverbal kommunikasjon. Med sykepleieren selv i fokus vil vi utforske hvordan en sykepleier kan uttrykke trygghet til sin pasient gjennom sitt nonverbale språk. Ingen pasient er lik, alle befinner seg på forskjellige stadier i livet, men felles er at de har et behov for trygghet. Være seg den yngre pasienten eller den eldre, pasienten som setter ut på livets reise eller han som er ved dens ende. Historier som disse er ikke sjeldne, hver enkelt pasient er unik og former sin egen unike historie som vil sette spor. Historier beskrevet i dette essayet er basert på virkelige pasienter og hendelser, men de er anonymisert og tatt ut av kontekst slik at en leser ikke vil kjenne de igjen. På samme måte som ingen pasient er lik, så er ingen sykepleier lik. Vi er alle forskjellige i måten vi uttrykker oss på. Sykepleiere kan dra nytte av kunnskap og bevisstgjøring av sitt nonverbale språk og hvordan det påvirker møtet med pasienten.

Sykepleierens kunst

Hva er en god sykepleier? I de yrkesetiske retningslinjene som sykepleiere skal følge, blir det sagt at, "Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert" (NSF, 2007). Omsorg står sentralt i

utøvelsen av god sykepleie og mye kommer til uttrykk gjennom kommunikasjonen i samhandlingen med pasienten. Professorer i etikk og kommunikasjon Eide og Eide (2018, s. 17) beskriver kommunikasjon som en forbindelse man har med en annen og det å gjøre noe felles. Kan kommunikasjon i seg selv være en relasjon?

Kommunikasjon kan være så mangt, alt fra samtale ansikt til ansikt, til massemedia med stemmer fra alle verdensdeler. De fleste av oss har en viss forståelse av hva kommunikasjon er, og vi hevder selv å behersker det noenlunde bra. Som regel gjør vi oss selv forstått og forstår den andre rimelig bra. Hvordan vet vi at vi blir forstått, og hvordan kan vi vite at vi forstår den andre riktig? Kommunikasjon er et svært vidt begrep, et begrep som både kan tolkes og mistolkes på flere nivåer. Eide og Eide (2017, s. 16) hevder at god profesjonell kommunikasjon på helse- og sosialfeltet har et naturlig grunnlag i det rasjonelle, men er også alltid noe mer. Hva er så dette "mer"?

I pasient- og brukerrettighetsloven står det svart på hvitt at formålet er "å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, og å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §1-1).

Sykepleiere møter mye forskjellig i sin arbeidsdag som kan påvirke holdninger og væremåte og vi har både retningslinjer og lover vi skal følge. Det er en kunst å kunne holde seg både profesjonell og samtidig uttrykke trygghet og vise omsorg, en kunst mange ikke tenker over i en travel arbeidsdag.

En sykepleier kan være den skarpeste, mest kunnskapsrike og mester over alle prosedyrer, men hvem er sykepleieren uten den gode relasjonen til pasienten? Hva om pasienten ikke

stoler på deg og ikke føler seg trygg? Hvordan uttrykker en sykepleier trygghet? I pasientens nærvær er man bevisst på ordvalg, men mange glemmer ofte sitt nonverbale språk. Som Eide og Eide (2017, s. 135) påpeker så avslører nonverbale uttrykksformer ofte ens spontane reaksjoner, også reaksjoner som kan være ubevisste for en selv. Et lite smil eller en rynket panne kan si mer enn ord alene og være mer direkte. Om en sykepleier ikke er bevisst sitt nonverbale språk overfor en pasient kan dette motvirke den gode relasjonen man prøver å oppnå. Dette er en kunst sykepleiere må bli bevisst over og strekke seg for å mestre.

Hva vektlegger en sykepleier i møtet med pasienten?

Dette essayet vil rette fokus mot å øke bevisstheten om ens nonverbale språk og bruken av det, både for meg selv som fremtidig sykepleier og sykepleiere generelt. For er dette virkelig noe en sykepleier vektlegger i møtet med pasienten? Hva er det en sykepleier retter sitt fokus mot? Det verbale eller det nonverbale, eller kanskje begge? I følge psykologen Stern (1985) og hans intersubjektivitetsteori er det nonverbale språket og vår evne til affektiv inntonning og avstemming helt avgjørende for utviklingen av kontakt og trygghet i relasjoner.

Verbal kommunikasjon påvirkes av nonverbale forhold. Det å være bevisst over ens eget nonverbale språk kan medvirke til å skape en bedre relasjon med pasienten, men også skape bedre relasjoner med arbeidskollegaer, noe som påvirker arbeidsmiljøet positivt.

Bevisstgjøring åpner opp for refleksjon og forbedring av en selv og hvordan man bruker sitt nonverbale språk i ulike situasjoner.

Mangelfull kunnskap om dette tema kan vanskeliggjøre møtet med pasienten, skape kommunikasjonsbarrierer, dyrke mistillit og utrygghet hos pasienten. Han som allerede befinner seg i en utrygg, stressende situasjon. Dette essayet vil ha et sykepleiefaglig fokus, men dette er et tema som er relevant for alle typer helsepersonell og yrkesgrupper som har pasientkontakt.

Hva er kommunikasjon?

Kommunikasjon er enkelt, tenker de fleste. Det er noe vi alle gjør hver eneste dag og behersker relativt bra. Den amerikanske sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (2001, s. 137) beskrev kommunikasjon så enkelt som at det må foreligge en avsender og en mottaker, og et budskap som skal forstås av alle involverte parter. Denne beskrivelsen viser fint hvor enkel kommunikasjon kan være, men dykker man dypere, så vil man oppdage at det skjuler seg overveldende mye bak hver enkelt komponent. Vi tar mye for gitt og mye kommer av seg selv når vi kommuniserer, men skal man være profesjonell og samtidig uttrykke trygghet og omsorg til en pasient, er det gunstig å dykke i Dypet og utforske hva og hvordan vi virkelig kommuniserer.

Hvordan kan man beherske, men samtidig ikke beherske? Eide og Eide (2017, s. 22) mener at kommunikasjonens kunst består i å lytte aktivt og oppfatte det komplekse samspillet mellom det verbale og det nonverbale, slik at man oppfatter det som er viktig for den andre. Det er som om det verbale og nonverbale danser tett om hverandre. Ord kan sies på mange måter, med mange ulike tonefall; de kan være varme, betryggende, engasjerte, skarpe, fiendtlige, triste, krenkende, ja listen er uendelig lang. Sammen med nonverbale signaler kan møtet med den andre oppleves på like mange ulike måter. Ofte er det det nonverbale følget som avgjør om møtet oppleves som behagelig eller ubehagelig. Hva om jeg samtidig sier "nei" men hodet nikker? Hvordan tolkes dette? Hva om jeg gråter samtidig som jeg sier "jeg er glad"? Nonverbale signaler kan gi ord betydning og skaper rom for tolkning, kanskje oftere rom for feiltolkning. Forståelse, det er det vi alle er ute etter, hva så om denne feiltolkes. "Vår fortolkning skaper grunnlag for nærhet og avstand, tillit og mistillit, forståelse og misforståelse, samarbeid og konflikt." (Eide og Eide, 2017, s. 31-32).

Tenker sykepleiere alltid over hvordan deres nonverbale signaler farger deres budskap til pasienten, og tenker de over hvordan dette oppfattes av pasienten? Eller er det slik at sykepleiere tar for gitt at pasienten har tillit til dem? Blender den hvite uniformen, den som

signaliserer støtte, trygghet og hjelp? Blender den for sykepleierens personlige nonverbale signaler? Flere sykepleieteoretikere har gjennom tiden forsøkt å skape forståelse av kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Travelbee (2001) og hennes mentor Ida Orlando (1961) er kun to av mange som har hatt store røster og ytret meninger på dette emnet. Hvordan har det seg at et fenomen som så mange hevder å beherske, har vekket så mange røster?

En sykepleier har mange verktøy i sin verktøykasse, alt fra den varme morgenkaffen til den spisse nålen, men det viktigste verktøyet må vel være kommunikasjonen. Travelbee (2001), påpeker at personer ikke deler noe meningsfullt med andre, før man er sikker på deres gode hensikter og at ens budskap vil bli tatt godt imot, og ikke ignorert eller latterliggjort. For vi kommuniserer hele tiden, både bevisst og ubevisst, både når vi samtaler og når vi er tause. Vi vil aldri komme utenom kommunikasjonen og derfor er det helt essensielt at denne er god. Dersom den ikke er det risikerer vi å skyve pasienten bort.

Er vi noen gang tause?

Hvordan kan vi samtale når vi er tause? Hvordan kan man samtale uten å være seg bevisst? Kommunikasjon er ikke kun det verbale, i Dypet dukker det opp flere dimensjoner av det som er kommunikasjon og hvordan vi kommuniserer til andre. Den norske psykologen Holte (2000, s. 224) påpeker at vi bruker ikke-verbal kommunikasjon til å skape kontakt, uttrykke følelser og markere forholdet til andre, og at med 700.000 fysiske tegn tilgjengelig gjennom kroppsbevegelser og evne til å oppfatte bevegelser ned til 1/48 sekund er det nærmest umulig å formidle omsorg, varme, emosjonell forståelse, genuinitet og respekt uten å benytte ikke-verbal kommunikasjon. Man kommer rett og slett ikke utenom det nonverbale språket. Det vil alltid være tilstede, alltid forfølge oss og aldri være "stille". Som Travelbee (2001) sier så er nonverbal kommunikasjon en kontinuerlig prosess i alle dagliglivets møter og ledsager alltid den verbale kommunikasjonen.

Vi har alle en skygge, en skygge som fotfølger hvor enn vi går. Vi tenker sjelden over den, men den vil alltid være der. Hvordan vet vi hva som her gjemmer seg, når vi ikke engang tenker over dens eksistens? Kanskje har mange selv gjemt kunnskapen om det nonverbale i mørket? Kan det være at de frykter den? Hvorfor velger vi å gjemme noe bort, og hva er det som skaper frykt? Er det kanskje mangelen på kunnskap?

For mange vil non-verbal kommunikasjon være enstydig med kroppsspråk. Men det er så mye mer enn måten vi står på, eller hvordan vi plasserer våre armer og bein. Nonverbal kommunikasjon kommer til uttrykk gjennom utallige tegn og signaler som formidles på utallige måter. Holte (2000, s. 231) påpeker at det mest grunnleggende ved all kommunikasjon er ikke kun å overføre informasjon, men også å skape mening, og her spiller nonverbale signaler en sentral rolle både når vi former budskap, formidler og forstår dem. Vi er i stand til å fortelle hverandre hva vi oppfatter, og signalisere tanker og holdning til den andre, helt uten ord. Vi gjør det når vi er tause.

I sin teori påpeker Travelbee (2001) at sykepleierens empati og sympati blir synlig gjennom nonverbal kommunikasjon og at selvinnsikt derfor er viktig for å kunne påvirke positivt og hjelpe pasienten til å mestre den situasjonen han befinner seg i. Det er sykepleierens atferd, og dermed nonverbal kommunikasjon, som påvirker møtet med pasienten og avgjør dens skjebne. Sykepleiere trenger selvinnsikt for å se hva man gjør med møtet. Vi må se våre egne nonverbale signaler og se om de er hensiktsmessige eller uhensiktsmessige.

Tenker jeg over hvilke signaler jeg viser til den unge pasienten med hjertefeil? Blir jeg selv utrygg når han avviser min hjelp? Er dette tydelig for han? Hva med den eldre pasienten? Jeg har antatt at han er ensom, og vist empati ut i fra denne antagelsen, en antagelse som kan være feil. Jeg har ikke spurt han. Er mine antagelser tydelige for han? Noen ganger kan man nesten tro at pasienter er tankelesere. Overtroen er høy innenfor helsevesenet. Spesielt har

jeg registrert en ekstrem frykt for å ytre håp om en rolig vakt, men sjelden strekker den seg så langt som å tro at pasienter utvikler overnaturlige krefter, som å lese tanker. Sykepleiere avslører mye ubevisst gjennom sitt nonverbale språk som pasienter lett fanger opp. Med et helt ekstremt antall fysiske tegn tilgjengelig gjennom kroppsbevegelser, er det noen områder som avslører oss mer enn andre.

Ansikt

Ansiktsuttrykk kan avsløre mer enn man ønsker å fortelle, men det er ikke alltid at følelsene man tolker fra en annen persons ansiktsuttrykk behøver å være ekte. Ansiktsuttrykk kan være tvetydige. Hva er det som definerer at et smil er ekte eller falskt, og hva er det som skiller trette øyner fra uinteresserte øyner?

Ansiktsuttrykk kan avsløre trettheten eller frustrasjonen, men hvordan tolkes dette av pasienten? Er det trettheten eller frustrasjon han ser? Er vi selv klar over hva vi uttrykker med våre ansikter til enhver tid? Eide og Eide (2004, s. 160) hevder at man i kommunikasjon med andre spontant søker etter tegn på bekreftelse eller avvisning. Og videre at mange pasienter har en tillært forventning om at det er avvisning de vil bli møtt med, da det er dette de er vant med. Slike pasienter vil ubevisst lete etter tegn på avvisning for å få bekreftet sin forventning.

Kanskje dette er roten til mistilliten som den unge pasienten med hjertefeil viser. Kan det være at han har blitt møtt med avvisning før, og igjen har en forventning om å bli avvist? Tolker han mine signaler på en negativ måte, selv om mine hensikter er gode? Når helsepersonellets ansiktsuttrykk med positiv interesse blir tolket negativt av pasienten, kan det være nødvendig å tydeliggjøre budskapet verbalt for unngå mistro.

Orlando (1961), mentor til Travelbee, beskrev "sykepleieprosessen" som en reflekterende dialog med pasienten, en interaksjon mellom tre grunnleggende elementer, "pasientens

utsagn", "sykepleierens reaksjon" og "sykepleierens handlinger til beste til pasienten". Hun så et behov for både bevisstgjøring av og refleksjon over sykepleiers kommunikasjon med pasienten. Et behov som ble røstet i 1961, er dette et behov som nå, snart 60 år senere, fortsatt står åpent? Er sykepleiere virkelig bevisst sin kommunikasjon og reflekterer de over den, både nonverbal og verbal? Har vi en tendens til å skyve unna dette behovet? Kanskje det ikke gjelder alle sykepleiere. Hvorfor mestrer noen dette og andre ikke? Ser ikke alle nødvendigheten av å dekke dette behovet? Kanskje noen ikke ser behovet i det hele tatt? Hva er det som gjør at noen sykepleiere overser et så fundamentalt behov som bevisstgjøring og refleksjon av en selv? Kommunikasjonens formål var for Orlando (1961) at sykepleieren skal bli bedre kjent med pasienten, og at dette oppnås ved å utforske om ens observasjoner stemmer ved å dele dem med pasienten, slik får pasienten anledning til å bekrefte eller avkrefte. Sykepleieren må vise oppmerksomhet og genuin interesse, og trygghet må uttrykkes både verbalt og nonverbalt.

Er antagelse min riktig? At den eldre pasienten som fremstår så alene, trist og redd, faktisk er det? Det er slik jeg oppfatter han, tross i det store smilet som har møtt meg flere dager denne uken. Er antagelsen riktig, og er det riktig å ha den? Har denne antagelsen farget måten jeg ser på pasienten, og dermed også mine nonverbale signaler til han? Det er nå Orlando ville dukket opp fra bak den falmede gardinen, satt seg ned ved siden av pasienten, lagt en hånd over hans og sagt "jeg ser at du smiler, men jeg tolker allikevel at du er trist, kan dette stemme?". Hun ville ha delt sine observasjoner med pasienten, og gitt han anledning til å bekrefte eller avkrefte om observasjonene er riktige. Hennes nonverbale språk ville ost av trygghet og omsorg .

Hvorfor kommer det meg ikke naturlig å dele mine observasjoner på denne måten? Er det tidspresset, eller frykten for svaret og min manglende evne til å følge dette opp? Jeg er usikker. Å møte en pasient på denne måten krever at man viser omsorg og trygghet, men da må jeg selv også føle meg trygg i situasjonen. Det nonverbale aspektet av samtalen er helt avgjørende for om pasienten vil være åpen og ærlig. Min egen utrygghet kan lekke gjennom nonverbale smutthull. Men er dette virkelig så dumt? Er det virkelig noe å frykte? Jeg er

ingen psykolog, ingen lege, jeg er snart sykepleier, og kanskje er dette nok? Å bli sett kan være en god følelse i seg selv. Er det dette den eldre pasienten trenger?

Vi bruker vårt nonverbale språk, og spesielt ansiktet til uttrykke følelser. Ved å stramme muskler kan vi smile, rynke pannen eller nesen. Dette er noe vi som oftest gjør helt ubevisst. Vi kan gjerne rynke på nesen om vi lukter noe vondt, men hvordan vil pasienten oppleve dette? Noen følelser og holdninger er det best sykepleiere ikke viser til pasienten, de kan feiltolkes. Ved å kjenne etter når, hvordan og hvor ofte man strammer musklene i ansiktet, kan man bli mer bevisst over ens egne ansiktsuttrykk og hvordan disse påvirker relasjonen til pasienten.

Våre følelser påvirker de nonverbale signalene vi sender ut, men kan egne nonverbale signaler igjen påvirke en selv og personlige følelser? I en studie gjennomført av Ekman og Davidson (1993) ble hjerneaktivitet målt når testpersoner smilte, både ekte smil og viljestyrte smil ved bruk av elektroencefalografi. Resultatene viste samme hjerneaktivitet når testpersonene smilte bredt av glede, som ved viljestyrte smil. Så kanskje om man velger å smile, vil man føle en form for glede, og om man rynker pannen blir ens holdning preget negativt? Pasienten blir påvirket av sykepleierens nonverbale språk, men kanskje sykepleieren til en viss grad også påvirker seg selv ubevisst med sitt eget nonverbale språk?

Blikk

Det sies at et blikk kan si mer enn tusen ord. Øynene, sjelens speil, er mystiske. Et iskaldt blikk, et varmt blikk, et forelsket blikk, det finnes mange typer blikk. Mange følelser oppfattes gjennom blikk vi sender til hverandre, men mye er i samspill med ansiktsuttrykk, spesielt muskler rundt øynene. Hall og Knapp (2013) poengterer at øynene er et vindu til både sosial og emosjonell persepsjon og ekspresjon. Gjennom blikket uttrykker vi personlig informasjon om relasjoner og kvaliteter, og vi kan lese informasjon fra andre på samme måte.

Det er ikke kun følelser vi sender gjennom blikket som er av betydning, men hvilken retning vi retter blikket, og om vi skaper og holder øyekontakt er også av relevans. Det finnes mange former for øyekontakt; direkte, stirrende, unngående, flakkende, felles er at de vekker følelser og reaksjoner hos den andre. En sykepleier kan signalisere interesse overfor pasienten med øyekontakt. Dersom denne er fraværende kan pasienten oppleve å bli oversett. For pasienter som befinner seg i en stressende og usikker situasjon, kan en for intens øyekontakt oppleves negativt og pasienten kan oppleve mer usikkerhet. Holte (2000, s. 227) beskriver en studie, der resultater viser at pasienter oppfatter leger som mer forståelsesfulle når de virkelig ser pasientene, men relasjonen bedres ytterligere dersom legen unngår direkte øyekontakt over lengre tid. Dette kan oppleves som dominerende, og ved å variere bruken av blikket kan legen redusere slike signaler overfor pasienten. Her snakker man om følelser vi vekker hos pasienten. Skal man ta med seg noe fra denne studien, må det vel være at pasienten ønsker å bli sett, men ikke observert. Sykepleieren må finne en balanse som oppleves som naturlig henvendt øyekontakt.

Blikk vekker ikke bare følelser hos pasienten, men hos sykepleieren også. Den unge pasienten, han vil ikke møte mitt blikk, hvilke følelser vekker det i meg? Usikkerhet? Påvirker dette mine nonverbale signaler til han? Øker dette avstanden mellom oss? Merker han min usikkerhet? Kroppsspråk og ansiktsuttrykk er avgjørende for i hvilken grad man opplever blikk som vennlig eller fiendtlig. Alt påvirker alt når det gjelder kommunikasjon, ikke bare påvirker det verbale og det nonverbale hverandre, men ulike typer nonverbale komponenter påvirker igjen hverandre. Det er lett å svømme seg vill i Dypet, som er nonverbal-kommunikasjon. Sykepleiere skal stråle ut "varme", men i Dypet kan det være kaldt og er vi uforsiktige så kan kulden sluke oss. For om kulden sluker oss, hvordan oppfattes vi da av vår pasient?

Den mektige hvite uniform

Makt; et begrep vi gjerne prøver å unngå i helsevesenet. Et begrep knyttet til negative og kalde fornemmelser. Sykepleiere, leger, assistenter, vi ser alle på oss selv som hjelpende personer. Det er det vi er. Vi er hjelpen, vi gir omsorgen og skaper tryggheten som pasienten har søkt. Selv den unge pasienten som hater helsevesenet har søkt oss, søkt vår hjelp. Men det faktum at vi har makt over pasienten, det snakkes lite om.

Rollene definerer oss, de gir oss makten. Den eldre pasienten på slutten av livet, mye eldre enn meg, men det er jeg som besitter makten. Jeg bærer den hvite uniformen. Den norske sosiologen Greta Skau (2013, s. 31) beskriver at, maktaspektet er tilstede i alle relasjoner mellom klient og hjelper, men tilsløres ofte, blir usynlig og at det allerede i begreper som "behandling", "omsorg" og "hjelpemiddel" ligger en slik tilsløring.

Mange nonverbale signaler kan oppfattes som maktmisbruk av pasienten. Det stirrende blikket for eksempel, men makt trenger ikke nødvendigvis være noe negativt. For hvem er vi "hjelpere" uten makt? Vi skal ikke være avmektige og hjelpeløse, samtidig skal vi ikke ty til maktmisbruk. Det avgjørende er hvordan vi bruker vår makt, på hvilke måter den kommer til uttrykk og hvordan det påvirker pasienten og sykepleieren selv.

Travelbee (2001) var sterkt kritisk til betegnelsene "pasient" og "sykepleier", hun mente disse stimulerer til stereotype rolleoppfatninger og tilslører det unike i det enkelte individet. I likhet med Orlando (1961) ble den mellommenneskelige prosess vektlagt, men ved å forkaste rollene og heller forholde seg til mennesker som enkeltindivider, vil de personlige trekkene til den enkelte skinne frem og åpne for en mer personlig kommunikasjon. Ved å forkaste rollene, vil man da forkaste makten, makten til å hjelpe? Er denne makten tilslørt bak vår tittel eller uniform? Hva skjer dersom rollene forsvinner, står vi helt nakne?

Som yrkesutøver og helsepersonell kommuniserer man annerledes enn som privatperson. Eide og Eide (2017, s. 32) påstår at profesjonell kommunikasjon er kommunikasjon som hører ens yrke til, og rollen som helsepersonell innebærer å skulle fylle en hjelpende og motiverende funksjon for andre i kraft av faglig kompetanse og rolle. Profesjonell kommunikasjon skal dermed ha et helsefaglig formål. I motsetning til Travelbee (2001) som hevder at den profesjonelle sykepleierens oppgave er å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og først da kan en reell kontakt oppstå. Vi må møte pasienten med blanke ark, sette til side alle forutforståelser før møtet. Kan dette beskrives som ekte og reelt? Er dette i det hele tatt realistisk for en sykepleier? Vi vet mye om vår pasient, vi har tilgang til de mest hemmelige dokumenter, informasjon som ikke skal deles. Jeg vet hvem som befinner seg bak knirkende dører og falmende gardiner lenge før jeg har hilst på dem. Det er min jobb å være forberedt og vite hva og hvem jeg går til. Jeg kan ikke møte med blanke ark.

Den eldre pasienten ved livets ende har kanskje et behov for mer personlig kommunikasjon og trenger å bli sett. Sett som det mennesket han er og ikke diagnosen KOLS, som drar han med seg inn i en smertefull død. Men samtidig undrer jeg meg om en sykepleier er den rette til å ta på seg dette ansvaret. Pasienten har mye smerte og angst, og vansker med å puste. Enhver bevegelse og anstrengelse øker plagene. Har han kanskje et like stort behov for å bli tatt vare på gjennom den kunnskap og kompetanse kun en sykepleier har? Kunnskap om sykdom. Gir dette pasienten like mye følelse av trygghet?

Har den unge pasienten kanskje også et behov for mer personlig kommunikasjon? Hva er det han "hater" ved helsevesenet? Er det språket vi bruker eller uniformen vi bærer? Signaliserer vi det som er negativt for han? Er dette et hinder for den reelle kontakten, slik som Travelbee (2001) påstår?

Hva blir vi dersom vi forkaster rollene? Hvem blir vi som står i hvitt, med måleapparater i en hånd og vaskefatet i den andre? Hvilken makt har vi da til å hjelpe? Jeg undrer meg hvorfor den eldre pasienten smiler hver morgen? Han er skjør, sliten og har lite energi, men møter tross i dette alltid våken med et smil. Og hvorfor kommer den unge pasienten tilbake etter å ha skrevet seg ut på eget ansvar? Noe er blitt gjort riktig. Vi må vite vår oppgave, hvem vi er og hvilke signaler vi utstråler i møtet med pasienten. Hvem er vi, om vi ikke vet det selv? Hva er vår oppgave, om vi ikke vet det selv? Er vi trygghet, makt, en uniform, en hjelper eller en venn? Vårt nonverbale språk vil avsløre oss og blikket sier mer enn tusen ord.

Kropp

Har du noen gang tenkt over hvordan du står? Er ryggen bøyd, henger hodet, er armene i kryss, lener du deg mot veggen eller står du stiv som en stokk? Begynner du først å tenke over dette, kan du bli helt fiksert. Ikke minst når du tenker over hva din kropp signaliserer til den du står over for. Eide og Eide (2004) utarbeidet fire aspekter ved kroppsspråket en sykepleier skal være seg bevisst; å være henvendt, å være kongruent, å bruke hånd- og hodebevegelser til å stimulere den andre til å snakke videre og å være naturlig avslappet med rolig pust. For at en sykepleier skal kunne vise åpenhet for kontakt overfor en pasient ved bruk av sitt kroppsspråk, skal man sitte eller stå vendt mot den andre. Knær peker i retning av pasienten og interesse vises ved å bøye seg mot pasienten. Ansiktsuttrykk og små bevegelser med hendene og nikk med hodet signaliserer at man ønsker å få pasienten til å snakke eller at man hører etter og viser forståelse.

Sykepleiestudiet byr på utallige inntrykk. Spesielt ett har satt dype spor, som måneder senere fortsatt vekker følelser. Meldingen kom inn; jente, oppdaget av nabo, hysterisk, drukket ukjent enheter alkohol, kjent psykoseproblematikk. Oransje respons. Vi tar oppdraget og ambulansen setter kurs mot oppgitt destinasjon. Vi kommer inn i en liten leilighet, lukten av røyk slår mot oss, veggene er gule, det ligger ting og klær overalt og det er matrester på spisebordet. I stuen står en falmet skinnssofa med rifter i. Oppi den ligger en

skapning krøllet sammen, en jente, hun er tynn med lite klær på, hun er sminket og håret er pent. Hun hyl griner.

Ett av ambulansepersonellet, en sykepleier, setter seg ved siden av jenten og snakker inn i øret hennes, slik at kun hun skal få høre, men hun hører ikke etter. Jenten skriker og vifter med armene. Sykepleieren forholder seg rolig, puster dypt, legger en hånd på den tynne skulderen hennes, og stryker lett og forsiktig. Blikket og fokus er rettet kun mot jenten. De sitter slik lenge. Jeg ser meg rundt, ser på naboene, som nå har samlet seg. Først ser jeg bekymring i deres ansikter, så får jeg følelsen av forakt. Det andre ambulansepersonellet viser dem ut. Jeg snur meg tilbake til jenten, hun har satt seg opp og fått et pledd over fanget. Hun sitter i armkroken til sykepleieren og gråter litt mindre nå. Sykepleieren holder lett rundt henne med den ene armen. Jenten snakker helt uforklarlig med en gråtkvalt stemme. Det er så tydelig at hun har det vondt, men det er ikke det som preger stemningen i rommet. Det er trygghet som henger over oss. De har fått en forståelse, jenten stoler på min kollega. Midt i rotet, på en falleferdig sofa, sitter to personer, to fremmede, og deler på en følelse, en relasjon. Trygghet har oppstått uten bruk av ord, som ut av ingenting.

Hver gang jeg ser tilbake kjenner jeg fortsatt på den samme tryggheten. Da oppdraget var avsluttet sa sykepleieren, som hadde satt seg ved siden av jenten, til meg, "jeg var så usikker på om jeg gjorde det riktige, jeg kunne bare håpe". For i virkeligheten er det slik. Når vi står i situasjonen, hvordan vet vi at vi gjør det riktige? Vi kan ikke alltid følge prosedyren, og kanskje når det gjelder kommunikasjon så kan det ikke eksistere noen prosedyre. Er det ikke rart, det universelle som vi alle behersker, det som så mange røster har ytret sterke meninger om, kan det kanskje ikke fanges?

Vi må ta sjanser. Det er først etterpå at vi må vurdere oss selv og lære av det. Vi har kanskje ingen sjekkliste å følge når vi står i møtet med pasienten, men en ting skal man alltid ha med seg. Det er roen. Over hyl grining og gråtkvalt stemme i den rotete leiligheten, var det en ro

å kjenne på. Den kom fra sykepleieren og la seg som et slør over det hele. Igjen var det ikke overnaturlige krefter som herjet over oss, det var menneskelige evner. For dersom en sykepleier forholder seg selv rolig kan dette overføres på pasienten og skape ro og trygghet i relasjonen. Som Eide og Eide (2004, s. 167) poengterer, så avspeiler vår sinnstilstand seg ofte i pusten.

Vi har alle sett en person som er nervøs, pusten raser, stemmen dirrer, armene og benene er urolige. Uten å merke det kjenner du plutselig selv på et ubehag. Hvem sitt ubehag er det du kjenner på? Er det ens eget, eller er det ubehaget til den nervøse som smitter over? "Jeg var ikke nervøs, men nå er jeg plutselig nervøs på hans vegne", kan man tenke seg.

Sinnstilstander smitter, være seg stress, nervøsitet, kontroll eller ro. Vi må bare velge hvilken vi skal representere. Ved å puste rolig, kontrollert og dypt, vil kroppen og sinnet bli mer avslappet og sykepleieren får økt kontroll over situasjonen. Ro har alltid sin plass i enhver situasjon, den skal legges seg som et slør over oss. Den eldre pasienten trenger ro, for han er utslitt og trøtt. Den unge pasienten trenger ro, ro fra negativitet og kranling med leger. Den tynne jenta trenger ro, ro fra det vonde. Og til slutt trenger vi selv ro, ro til å evne å se oss selv i kaoset.

Relasjon

Hva er en sykepleier uten en god relasjon til pasienten? Hva er det som gjør at en pasient stoler på oss, deler tanker og følelser og opplever seg trygg i våre hender? Eide og Eide (2017, s. 57) hevder at mennesker har et behov for kontakt med andre mennesker og vi trenger gode relasjoner til andre, dette behovet er tilknytning. For å øke ens forståelse av andre personer sine behov i en kommunikasjonssituasjon, er det en fordel å ha kunnskap om tilknytningsteorier, et hovedtema i det psykodynamiske perspektivet i psykologien som har fokus på følelser og spesielt de ubevisste (Renolen, 2015, s.20). Også her har kjent navn, bl. a. Harry Harlow (1959), amerikansk psykolog kjent for sine apestudier, og John Bowlby (1997) britisk psykoanalytiker og barnepsykiater og kjent for sin teori om følelsesmessig tilknytning, ytret sterke meninger.

Hvordan skal vi forstå behovet for å ha en relasjon til en annen? Kan opplevelsen av varme og omsorg fra en annen erstatte behovet for mat og drikke, vårt drivstoff? Det kan det. Harlow (1959) undersøkte om makake-aper i bur, skilt fra biologiske mor rett etter fødsel, ville velge en surrogatmor laget av ståltråd med en flaske melk, eller en laget av et mykt stoff med varmelampe bak, men uten mat. Studien ønsket å finne ut hvilke av surrogatmødrene apebarna brukte mest tid sammen med og dermed ble knyttet til. Dette var en tilknytningsstudie med banebrytende resultater, studien viste tydelig at apebarna foretrakk den myke, varme moren, fremfor den kalde stålmoren med mat.

Selv om menneskebarn og apebarn er av forskjellig art og ulike på mange områder, er de grunnleggende behovene og reaksjonsmønstrene sammenlignbare, og resultatene fra apestudien er overførbare til mennesker. De grunnleggende behovene er ikke kun gjeldene i barndommen, men gjennom hele livet. Hele livet vil vi søke trygge relasjoner, og spesielt for pasienter som befinner seg i en stressende og utrygg situasjon må dette behovet dekkes. Det de trenger er varme og omsorg.

Bowlby (1997) hevdet at når en person, være det seg barn eller voksen, har en tilknytning til en annen person, vil personen være svært tilbøyelig for å søke nærhet og kontakt med denne andre, spesielt når man trenger støtte, hjelp eller beskyttelse. Er det ikke dette vi ønsker å gi våre pasienter? Støtte, hjelp og beskyttelse. Tar noen sykepleiere denne tilknytningen for gitt? Majoriteten av pasienter har selv oppsøkt helsehjelp og i den forstand søkt kontakt. Tar vi for gitt at pasienten derfor vil stole på oss? Glemmer vi rett og slett den mest grunnleggende byggesteinen, nemlig tilknytningen? Gjennom tilknytning oppstår nærhet til en person man føler man kan stole på, og man opplever en følelse av beskyttelse. Hva skjer med pasientens følelse av nærheten og trygghet dersom sykepleier overser denne grunnleggende byggesteinen i relasjonen?

Bowlby (2005) hevdet at faktiske barndomserfaring og relasjoner i en tidlig livsfase påvirker barnets utvikling og at tilknytningsmønstre vil vedvare, trygge barn vil utvikle positive og konstruktive relasjoner, mens utrygge barn utvikler mer uhensiktsmessig atferd, og tilknytningsmønstre vil bli en del av ens personlighet og bli med inn i nye relasjoner. Har sykepleieren i det hele tatt noen sjanse om slike ringvirkninger påvirker pasienten i så stor grad og i noen tilfeller hemmer nye positive relasjoner? Kan slike tilknytningsmønstre påvirkes eller endres?

Empati, ubetinget respekt, varme og genuinitet, dette er de fire betingelser i relasjonen, hvor empati er den mest avgjørende, hevdet den amerikanske psykologen Rogers (1965), en grunnlegger av den humanistiske tilnærmingen. Mennesker skaper relasjoner hele tiden, noen av større betydning og noen mer langvarige. Uansett relasjon, er hver enkelt en investering av nettopp empati, respekt, varme og genuinitet. Klarer vi sykepleiere bare å signalisere dette til vår pasient, for disse fire betingelsene kan ikke sies med ord. Tenk over det, hvordan har du tenkt å forklare med kun ord at du er genuin eller empatisk?

Kanskje pasienten med uhensiktsmessige tilknytningsmønstre vil kreve litt ekstra av oss, at han har et større behov for relasjonens fire betingelser, sammenlignet med pasienten med positive tilknytningsmønstre. Dersom vi er forberedt på hva pasienten krever av oss og hva vi må investere, så er vi kanskje mer villig til å gi av oss selv? Pasienten kommer ikke til å fortelle oss hva han ønsker eller trenger. Så kanskje ved å vise pasienten at vi ser han, selv om han selv kanskje ikke ønsker å bli sett, er vår første oppgave i det å bygge en relasjon? Er dette den unge pasienten med hjertefeil? Gir jeg for lite? Kanskje han trenger mer?

Kan det være tilknytning som er roten til at pasienten i 20-årene uttrykker så sterk mistillit til helsesystemet og misnøye med å være på sykehuset? Pasienten er innelukket, sier lite og har svært avvisende nonverbale signaler. Han unngår blikkontakt, ligger som en ball i sengen og snur seg vekk. Tross i alvorlig sykdom, ønsker han ikke å være på sykehuset. Er det fordi

han kjenner på utrygghet eller mistillit til helsepersonellet? Kan det være tidligere dårlige relasjoner, tilknytninger eller hendelser som farger hans syn ved denne innleggelsen? Har han forventinger om å gjenoppleve tidligere erfaringer? Det er vanskelig å vite, pasienten vil jo ikke åpne opp for samtale, han sier ikke en gang "god morgen".

Det faktum at tilknytningsmønstre dras med inn i nye relasjoner og at utrygge tilknytningsmønstre lett blir aktualisert i vanskelige situasjoner, gjelder for alle mennesker, og ikke bare pasienter. Sykepleiere er ikke overnaturlige vesener, selv om vi ofte ønsker det, men mennesker de også. Sykepleieren må utvikle en personlig trygghet og utforske egne tilknytningsmønstre, slik at man står trygt og stabilt i rollen som helsepersonell. Hvis ikke vil ens utrygghet lekke gjennom nonverbale signaler og påvirke relasjonen med pasienten. Vi må altså vite hvem vi selv er. Hvem gir oss rett til å prøve å forstå pasienten, om vi ikke engang forstår oss selv?

Å så og la gro

Hva skal så en sykepleier gjøre? Bowlby (2005) beskrev fem oppgaver for helsepersonell i møtet med pasienter; å skape en trygg base, å støtte utforskning, å undersøke relasjonen til helsepersonell, å utforske forholdet mellom nåtid og fortid og å hjelpe til å endre selvoppfatning. Hvordan skaper man en "trygg base" til en som er avvisende på en så ekstrem måte som den unge pasienten med hjertefeil? Relasjoner er investeringer, de tar tid å bygge opp.

Tid, det er noe man har lite av i helsevesenet. Som Bowlby (2005) påpeker, så er sykepleiers oppgave å skape et trygt og stabilt miljø for pasienten og å vise anerkjennelse, men kanskje i tilfellet med den unge pasienten må dette oppnås på andre måter enn gjennom de fem oppgavene beskrevet i hans teori. Disse oppgaven innebærer at pasienten åpner seg opp for sykepleieren og opplever gamle, vonde følelser. Dette vil kreve enorm tillit og en sterk og trygg relasjon. Med denne pasienten vil slik relasjon ta lang tid å bygge opp, om det i det

hele tatt er mulig. Kanskje, dersom jeg viser at jeg faktisk er en empatisk, forståelsesfull og rolig person, og ikke kun en hvit uniform med tidspress, så er det en god start.

Hvordan vet vi om vi gjør det riktige? Er det utfallet som avgjør, det at pasient nærmer seg eller trekker seg unna? Alle er forskjellige, sykepleier og pasient, og det er ingen riktig måte å gjøre ting på, det eksisterer ingen gylden vei. Sykepleieren må evne til å vite når man er på feil sti, når handlinger har en uønsket effekt, når språket både med ordene og med kroppen skaper avstand og ikke nærhet. Vi må forstå hva vi gjør, vi må evaluere det og vurdere om dette er den riktige sti å fortsette på. Med den unge pasienten er dette essensielt. Vi kan ikke følge Bowlbys oppskrift (2005) slavisk, i hvert fall ikke uten å se oss tilbake og evaluere. For det er mennesker vi har med å gjøre, ingen pasient er lik og ingen sykepleier er lik. Ingen mennesker er like. Vi er rett og slett forskjellige og meget komplekse.

Det er så mange forskjellige pasienter vi ønsker å ha en god relasjon til, og så mange møter og situasjoner vi befinner oss i. Hva er fellesfaktoren? Det er sykepleieren selv. Travelbee (2001) hevdet at for å etablere et menneske-til-menneske-forhold så må sykepleier og pasient gjennomgå flere faser, som til sammen skaper gjensidig forståelse og kontakt. En prosess der sykepleieren har hovedansvar for å ta initiativ og å vedlikeholde prosessen. Dersom prosessen hindres vil forholdet ikke oppnå sin fulle styrke og det blir sykepleiers ansvar å finne årsak og iverksette tiltak for å få prosessen i gang igjen.

Et slikt forhold tar lang tid å bygge opp, og sykepleierens atferd og kommunikasjon er avgjørende. Travelbee (2001) synliggjør at en sykepleier må være bevisst egen atferd og bruke seg selv terapeutisk for å oppnå en positiv endring hos pasienten, som reduserer hans plager. Denne tankegang er god å ha i bakhodet i møtet med de to pasientene på samme rom, skilt kun av en falmende gardin. Når alt kommer til alt så snakker vi om å bygge en relasjon, denne byggeprosessen er helt avhengig av at en sykepleier er bevisst over hele seg og ikke kun ordene som sies.

Førsteintrykket er viktig i møtet med pasienten. Her sår man enten tillit eller mistillit, trygghet eller utrygghet, nærhet eller avstand. Eide og Eide (2017) mener at felles for alle samtaler, selv om de har ulike formål, er at begynnelsen skal etablere relasjonen, skape tillit og trygghet, og at positive resultater innebærer forandring, forandring forutsetter motivasjon, og motivasjon henger sammen med trygghet, sosial bekreftelse og stimulans. Derfor er førsteintrykket avgjørende for resultatene av behandlingen. Sykepleieren må vite hvordan pasienten tolker og tar til seg nonverbale signaler, vi må vite hva det er vi sår. Relasjonen må gjødsles med empati, respekt, varme og genuinitet, og ikke minst må vi ta oss tid til å la relasjonen gro. Sykepleieren må beherske kommunikasjonens kunst om relasjonen skal blomstre.

Nærhet og ekthet

Er det en kunst å kommunisere på et slikt nivå at det oppleves naturlig og ekte? Man skulle tro at det naturlige kommer av seg selv? Dansk sykehusprest og psykoterapeut Bent Falk (1999, s. 11) beskriver at samtaleteknikkens kunst er å skape kontakt gjennom oppmerksomhet og autentisk (ekte) nærvær, dette er en kunst man kun kan lære ved å praktisere. Oppmerksomhet og nærvær viser vi nonverbalt, det er noe vi uttrykker, ikke noe vi sier. Falk (1999) påpeker at det eneste gale man kan gjøre, er å alltid være innstilt på å si "det riktige", da får man ikke fram det ekte, og et fasitsvar for ekte samtale kan derfor ikke eksistere.

Lever vi i en verden som er så oppslukt av å gjøre det riktige og å være perfekt hele tiden? Glemmer vi av og til å være ekte? Pasienten må oppleve sykepleieren som ekte, skal han kunne stole på tryggheten. Det er dette som skaper byggesteiner for en god relasjon. I følge Holte (2000, s. 227) foreligger det forskningsfunn på at pasienter oppfatter leger som mer forståelsesfulle og varmere når de står eller sitter nær pasienten, at de har en direkte "ansikt-til-ansikt" posisjon, lener seg fremover, nikker ofte, tar på pasienten, lar hender hvile i fanget, benytter gester, og bruker en varm, vennlig, ikke-dominerende, men bekymret

stemme. Opplevelsen av nærhet er essensiell for at pasienten føler seg ivaretatt og. Nærhet, hva er det egentlig? En følelse som er ubeskrivelig med ord, men som kan uttrykkes helt tydelig på et nonverbalt nivå. Var det nærhet og ekthet den unge, tynne jenten i den rotete leiligheten trengte, og også fikk?

Kjernen i det å være menneske

Mennesker er sosiale vesener, selv Aristoteles 300 fvt. påpekte at mennesker er sosiale dyr. I følge Fosshem (2018), vektla Aristoteles etisk utvikling, at en slik utvikling oppstår ved aktiv sosialisering og det er denne som bestemmer hva slags menneske man kan bli, i tillegg til vennskapet som et sentralt gode i livet, som ingen ville velge å leve uten. Vi oppsøker varme, relasjoner til andre, goder som man ikke ville valgt å leve uten. Hvorfor? Hva er kjernen i det å være menneske og hva er det vi leter etter i tilknytningen til andre? Er det trygghet?

Trygghet, et universelt behov uansett hvilket land og kultur man er en del av, hevder Læringsmiljøsentret (2017). Enda en følelse ubeskrivelig med ord, men som kan uttrykkes tydelig på et nonverbalt nivå. Som sykepleiere skal vi dekke pasientens grunnleggende behov, men får vi dette alltid til? Den eldre pasienten, er det følelsen av trygghet som gir han energi til å smile bredt hver morgen? Og den yngre pasienten, er det følelsen av utrygghet som gjør at han skyver oss bort? Har vi sykepleiere skapt denne følelsen av trygghet og utrygghet?

På jakt etter en veiviser i mørket

I det mørke Dypet av et så kompleks tema er det vanskelig å skimte en gylden vei. I dykket ned mot Dypet møter vi mange røster, noen nærmest skriker mens andre hvisker, nesten som fisker som tilsynelatende svømmer målrettet i sin vei, noen store og noen små. Blant røstene finner man også mange forskere som har tatt dykket i temaet "nonverbal kommunikasjon", hvorav noen har funnet interessante funn.

Kan forskning være en god veiviser for sykepleiere i det mørke Dypet? Hva har forskning å stille opp med mot store røster som er sykepleieteoretikere og psykologer? Søk i en rekke databaser, bl. a. CINAHL, viser en overveldende interesse for temaet kommunikasjon. Resultatet speiler virkeligheten, da det er få som retter deres lyskaster på skyggesiden, på det nonverbale og seg selv. Mye forskning setter pasienten i fokus, det er sykepleiere som retter lyskasteren og med sitt forstørrelsesglass ønsker de å utforske pasientens kommunikasjon. Pasientgrupper som barn, pasienter uten språk og sykdomstilstander som påvirker en eller flere sanser lyser frem som interessante for sykepleierne å utforske.

Har vi funnet årsaken til et behov som står åpent i nærmere 60 år? Behovet for bevisstgjøring av og refleksjon over sykepleiers kommunikasjon med pasienten. Kanskje frykter sykepleiere dette behovet, først definert av Orlando (1961). Gjemmer vi oss bak lyskasteren? Glemmer vi å snu den mot oss selv? Dette er ikke gjeldende for all forskning. Noen forskere har hoppet i det mørke Dypet, de har snudd lyskasteren på det som gjemmer seg i skyggen og jakter på det.

Nonverbal kommunikasjon er et kompleks tema på flere nivåer med mange faktorer som spiller inn på situasjonen. Dette gjør det svært vanskelig å forske på. Henry, Fuhrel-Forbis, Rogers og Eggly (2012) hevder at tidligere forskning på temaet har hatt for strenge og kontrollerte rammer med uekte pasientsituasjoner. Funn i slike studier har generelt vist at nonverbal kommunikasjon spiller en sentral rolle ved overbringelse av emosjonell- og relasjonsinformasjon.

En systematisk oversikt og meta-analyse av Henry, et al. (2012) viser at det eksisterer en direkte assosiasjon mellom nonverbal kommunikasjon og pasienttilfredshet. Økt oppmerksomhet på pasienten, mer koordinerte bevegelser og utstråling av "varme" øker pasienttilfredsheten. Studien (2012) viser også at negativitet fra leger ikke påvirker

pasienten spesielt, men at negativitet fra sykepleiere har en tydelig negativ effekt på pasienttilfredsheten. "Negativitet" utdypes ikke i mer detalj, men er ikke dette interessant? Pasienters forventninger om hvordan en lege og en sykepleier skal forholde seg, vil påvirke deres relasjonsbygging og terskel for "negativitet" i selve relasjonen.

Stereotypi styrer mye av våre holdninger og forventninger til andre. Er det slik at en pasient stoler mer på en sykepleier og lar sykepleier komme nærmere inn på seg enn legen? Opplevs negativitet fra en sykepleier som et stort svik av den grunn? To yrkesgrupper som jobber tett og har vansker med å eksistere uten hverandre. Den ene mannsdominert, den andre kvinnedominert. Leger og sykepleiere. Våre holdninger og dermed relasjoner styres ikke kun av stereotypi. Kjønsroller ser også ut til å påvirke.

En studie av Mast & Kadji (2018) viser at kvinnelige og mannlige leger får ulik respons fra pasienter, selv om begge grupper utøver kjønnsnøytral og lik atferd. I studien henvises det til tidligere forskning, som viser at pasienter foretrekker pasient-sentrert kommunikasjon, og at kvinnelige leger utøver dette oftest og best. Studien viser at dette har liten innvirkning på pasienttilfredsheten, og at andre faktorer enn bruk av pasient-sentrert kommunikasjon spiller inn når en pasient vurderer tilfredshet hos lege. Tilfredsheten av kvinnelige leger øker når legen tilpasser sin atferd mot behovene og forventningene til pasienten, spesielt på et nonverbalt nivå, mens tilfredsheten av mannlige leger øker når pasientens forventninger overgås, for eksempel viser pasient-sentrert atferd.

Funnene til Mast og Kadji (2018) viser at kvinnelige leger ikke blir evaluert mer negativt enn mannlige leger, men at samme atferd vurderes ulikt. For å øke sine pasienters tilfredshet så må ulike områder finpusses, avhengig om legen er kvinne eller mann. Videre peker resultater på at mannlige leger virker til å ha større frihet til å vise negativ atferd enn kvinnelige leger, og at kvinnelige leger har et større fokus på deres nonverbale atferd og kommunikasjon i en pasientsituasjon enn mannlige. Om dette også er gjeldende for sykepleiere, og om pasienten

har ulike forventninger til kvinnelige og mannlige sykepleier er uvisst, men det kan godt tenkes.

Den unge pasienten med hjerteproblemer er i samme aldersgruppe som meg selv. Påvirker dette vårt møte? Forventer han noen eldre? På skiltet står det "sykepleierstudent". Forventer han noe annet? Stoler han ikke på meg på grunn av dette, er jeg ikke god nok hjelp for han? Forventninger styrer mye av våre holdninger i møtet med andre, det er ikke bare pasientens forventninger til sykepleieren, men også motsatt. Vi som sykepleiere må ha evne til å forkaste egne forventninger og holdninger til de ulike pasientgruppene, men allikevel holde på makten til å hjelpe. Samtidig må vi ha kunnskap om ulike pasientgruppers forventninger til oss, slik at vi best mulig kan unngå å bekrefte negative forventninger.

Vi lever i en verden der likestilling er ett hett og svært viktig tema, men studier som over viser at visse forventninger til ulike yrkesgrupper og kjønn fortsatt styrer oss i en viss grad. Travelbee (2001) ønsket å forkaste rollene, men er det i det hele tatt mulig? Lurer vi oss selv til å tro, at vi vet hva vi selv tenker og forventer, at vi kan styre og kontrollere det. At vi ikke styres av stereotypi og roller?

I søket etter forskning som veiviser ble oppmerksomheten rettet mot forskningsmateriale som ikke bare begrenser seg til sykepleiere, men all helsepersonell som bygger relasjoner til pasienter, bl. a. leger, med antakelsen om at samme prinsipper vil være gjeldende for alle. Dette fordi de bygger alle opp en relasjon med pasienten. En antakelse som forskningen selv henter til å være misledende og uriktig.

Kompleks eller primitiv?

Det eksisterer ingen fasit. Ja, ideen om en gylden middelvei er for lengst forkastet i dette essayet. Årsaken er at dette temaet har så mange faktorer som spiller inn og som påvirker

hverandre, ulike typer kommunikasjon, verbal og nonverbal og deres samspill, ulik form for nonverbal kommunikasjon, kjønn, alder, fordommer og holdninger, humør, livssituasjon, listen er endeløs. Mennesker er rett og slett svært komplekse vesener. Tross i kunnskap om at mennesker er komplekse, har man likevel en tendens til å kategorisere og forenkle. Kanskje er dette også gjeldende når det kommer til kommunikasjon?

Kommunikasjon er et verdensomspennende fenomen, alt og alle kommuniserer. Dyr, planter og mennesker, men vi gjør det på hver vår måte. Har det nonverbale språket så gamle røtter i oss, er det så automatisert og primitivt, at de er gjeldende for alle mennesker på tvers av kulturer? I den verbale dimensjonen har vi forskjellige språk som kan skape kommunikasjonsbarrierer, men er det barrierer i den nonverbale dimensjonen også? Er nonverbal kommunikasjon kulturavhengig?

Den berømte britiske naturforskeren Charles Darwin (1872) beskrev ansiktsuttrykk som universelle følelser gjeldende for alle mennesker, basert på sin evolusjonsteori hevdet han at dette er atferd for å uttrykke emosjoner utviklet gjennom evolusjon. Nesten 100 år senere gjennomførte den amerikanske psykologen Ekman (1969) en studie med hensikt å finne ut om ansiktsuttrykk og emosjoner virkelig er universelle; ved å vise bilder av ansiktsuttrykk til forskjellige folkegrupper, fra høyt utdannede amerikanere til medlemmer av primitive stammer i Papua Ny-Guinea, kartla han seks universelle ansiktsuttrykk, emosjoner, som var felles for alle. Dette var glede, overraskelse, sinne, frykt, sorg og avsky. En systematisk oversikt av Lorié, Reiner, Phillips, Zhang & Riess (2017) støtter de seks universelle emosjonene, men viser at nonverbale signaler for uttrykkelse av empati varierer på tvers av kulturelle grupper og påvirker kvaliteten av kommunikasjon og omsorg.

Er det slik at det primitive sitter støpt i oss på tvers av kulturer, men det som gjør oss menneskelig, det som skiller oss fra dyrene, empatien, den varierer? Gir det mening? Det menneskelige, det som Travelbee (2001) jaktet på, vet vi egentlig hva det er? Jakter vi på det

samme, eller har vi en ulik oppfatning avhengig av hvem vi er og hvor vi kommer fra? Hva om den eldre pasienten med KOLS var fra en annen kultur, ville vi da ha bygget opp den samme relasjonen som jeg oppfatter vi har hatt. Ville han smilt like bredt hver morgen? Hva med den unge jenten, ville hun latt sykepleieren sitte så tett og holde rundt henne?

Kan det være at kulturavhengige normer påvirker vår forventning til nonverbale signaler, må vi som sykepleiere være mer kritiske til empatisk tverrkulturell kommunikasjon? I et stadig hurtigvoksende, flerkulturelt samfunn, så må vi kanskje det. Vi må vite hvem pasienten vår er, og det er kanskje ikke lenger så lett. Ja, for kan man i det hele tatt vite hvem den andre er, kulturforskjeller eller ei?

Kommunikasjonens kunst versus det bunnløse gap

Vi liker å tro, at vi vet og forstår hva den andre føler, men stemmer dette? Er dette en pretensiøs tankegang? Anser vi oss selv som overlegne i den grad, eller har ønsket etter overnaturlige krefter igjen farget våre tanker? Kommunikasjonens kunst; å oppfatte og tolke det usagte, det stille og flertydige, og å svare med en hjelpende stemme. Kan vi noensinne fullt ut vite hva en annen person mener, føler og tenker? Forveksler vi dette med det å respektere og anerkjenne en annen? Eide og Eide (2017, s. 24) påpeker at vi kan bruke vår mellommenneskelige intuisjon og empati, men det vil alltid være en rest av noe ubestemt ved den andre, vi kan forsøke å forstå, men vi vil aldri *være den andre*, og at det i enhver kommunikasjonssituasjon vil være noe grunnleggende ubestemt og usagt i samspeillet.

På samme måte kan man aldri fullt forstå hvordan ens egen kommunikasjon oppfattes, tolkes og virker inn på den andre. For sykepleiere skaper dette et etisk dilemma. Vi skal kommunisere på best mulig måte for den andre, men samtidig vil vi aldri fullt forstå hvordan dette oppfattes av den andre. Det er mye ved en pasient og dens historie som vil være uvisst for en sykepleier, som ved begge pasienten på hjerte- og lungeavdelingen, skaper det avstand. Ensomhet, tristhet, avvisning, det er et bunnløst gap og nærmest et mørkt hull

mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren vil aldri få full innsikt i den andre, det bunnløse gapet kan ikke utforskes, men kanskje man ikke må vite alt om den andre. Det er ikke alltid nødvendig å utforske gapets bunn og å gå seg vill på en umulig oppgave. Noen ganger er man på god vei ved å prøve bygge en bro over. Brobygging, er det ikke det vi gjør når vi bygger en relasjon og der redskapene er våre nonverbale signaler?

Lyset skimter gjennom

Så hva skal en sykepleier gjøre? Et tema, så dypt og mørkt, som lever i skyggen. Et tema mange har jaktet, prøvd å kaste lys på og fange. Sin stemme har de kastet som ett nett på overflaten i håp om å fange det som lever under. Svaret ligger foran oss. Stråler av lys har skimtet ned i Dyppet gjennom hele essayet, som små glimt. Selvinnsikt og selvrefleksjon.

Alle mennesker er forskjellige, til og med pasienter og sykepleiere, og det kan være umulig å slå fast faste prosedyrer i samhandling med pasienter. Tross i dette vektlegger Travelbee (2001) at en sykepleier må utvikle ferdigheter og evner til kommunikasjon. Ved å aktivt ta i bruk sin nonverbale kommunikasjon kan man overbringe sitt budskap på flere dimensjoner. Noen ganger er ord overflødige og stillheten sier mer enn ord. En sykepleier må vite hva som ligger i stillheten, og når og hvordan den kan tas i bruk. Det nonverbale kan være mer effektivt enn det verbale til å virke betryggende og oppmuntrende, og å få en pasient til å åpne seg opp.

Som ved alt så må vi øve, feile og lære. Selvinnsikt og selvrefleksjon er krevende og kommer ikke av seg selv. Sykepleiere må jobbe aktivt skal man videreutvikle sin evne til å møte pasienter bak falmede gardiner, enten de er imøtekommende eller avvisende. Det krever tid og ro til refleksjon over egen forståelse. Professorer i sykepleiefaget Giske og Cone forsker på hvordan sykepleiere og pasienter erfarer helhetlig sykepleie, og i boken "Å ta vare på heile mennesket - handbok i åndeleg omsorg» (2019) forklarer de hvordan sykepleiere kan reflektere over egne erfaringer i pasientmøtet. De viser til presteutdanningen hvor prester,

som får veiledning i kommunikasjon, skriver ned situasjoner de vil reflektere over i et skjema, der ord og handlinger blir skrevet i venstre kolonne, og indre refleksjoner og dialoger skrives i en høyre kolonne. Er dette en øvelse også sykepleiere bør ta i bruk? Bevisstgjøring om en systematisk gjennomgang for å få oversikt over følelser og valg man har tatt underveis i en pasientsituasjon, for å veksle perspektivet mellom å være i situasjonen og etterpå tenke over det som skjedde.

Kommunikasjonsferdigheter er noe som læres over lang tid. De vil aldri være ferdig innlært, for det vil alltid gjenstå mer å tilegne seg, hevdet Travelbee (2001). Grunnleggende verdier i faget sykepleie, beskrevet allerede på 1800-tallet av britiske sykepleier Florence Nightingale (1997), grunnleggeren av moderne sykepleie, beskriver et fokus på pasienten og hans opplevelse, og det faktum at sykepleierens kunnskap skal stamme fra pasientsituasjonen. For hvem er vår sensor, vår strengeste dommer? Det er personen som søker vår hjelp, vår pasient. Det er pasienten som avgjør om vi beveger oss på riktig sti, så vi må høre etter og se hvordan vi påvirker vår pasient. Vi må lære av han. Vi må se oss selv utenfra og reflektere over det vi ser.

Kjernen i dette essayet, om det eksistere en, må være å ha evnen til å sette noen andre enn seg selv i fokus, men samtidig ha innsikt i en selv, i ens egne kommunikasjonsmønstre og teknikker, spesielt de nonverbale. Å prøve å identifisere svake og sterke punkter ved en selv er en vanskelig oppgave når mye lever i skyggen.

Er ord overflødige?

Verbal og nonverbal, man har sjeldent det ene uten det andre. De er tvunnet sammen og danser om hverandre. Uten hverandre er de fortapt. Hva er ord uten nonverbale inntrykk og signaler, og hvor er vi uten ord? Personlige observasjoner peker mot at sykepleiere retter deres fokus mer mot det verbale enn det nonverbale. Ja, det kan kanskje virke slik ikke bare blant sykepleiere men generelt også. Lyskasteren kaster lys, men den kaster også en skygge.

Hvor ofte tenker man på hvordan armene henger, hvordan man sitter i forhold til den andre, på hvilken måte musklene i ansiktet trekker seg sammen, sammenlignet med hva man bør og ikke bør si. I stedet for å fokusere på den ene ovenfor det andre, burde sykepleiere fokusere på samspillet. Noen ganger er ord overflødige, og noen ganger skaper det nonverbale mer mistro enn ønsket, men det ene kan ikke eksistere uten det andre. Så hvorfor se på det som to forskjellige fenomener, når de er tvunnet sammen.

Litteraturliste

- Bowlby, J. (2005). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1997). *Attachment and loss: vol. 1: Attachment*. London: Pimlico
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London: John Murray.
- Eide, H. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, T. (2004). *Kommunikasjon i praksis : relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekman, P., & Davidson, R. J. (1993). Voluntary Smiling Changes Regional Brain Activity. *Psychological Science*, 4(5), 342-345. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1993.tb00576.x>
- Ekman, P., Sorenson, E. R., & Friesen, W. V. (1969). Pan-Cultural Elements in Facial Displays of Emotion. *Science*, 164(3875), 86-88. <https://doi.org/10.1126/science.164.3875.86>
- Falk, B. (1999). *Å være der du er: samtaler med kriserammede*. Bergen: Fagbokforl.
- Fossheim, H. (2018) Aristoteles. I *Store norske leksikon*. Hentet 7. Januar 2019 fra <https://snl.no/Aristoteles>
- Giske, T. & Cone, P. H. (2019). *Å ta vare på heile mennesket : handbok i åndeleg omsorg*. Oslo: Samlaget.
- Hall, J. A., & Knapp, M. L. (2013). *Nonverbal communication*(Vol. v. 2).
- Harlow, H. F., & Zimmermann, R. R. (1959). Affectional Responses in the Infant Monkey. *Science*, 130(3373), 421-432. <https://doi.org/10.1126/science.130.3373.421>
- Henry, S. G., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M., & Eggly, S. (2012). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ. Couns.*, 86(3), 297-315. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.006>
- Holte, A. (2000). Basal kommunikasjonsteori : har psykoterapeuter noe å lære? In (pp. 224-253). Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.

- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lorié, Á., Reineró, D. A., Phillips, M., Zhang, L., & Riess, H. (2017). Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 411-424. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.018>
- Læringsmiljøsentret. (2017, 23. Oktober). Trygghet – en forutsetning for livsmestring og utvikling. Hentet fra <https://laringsmiljosenteret.uis.no/barnehage/omsorg-lek-og-laring/de-yngste-barna/trygghet-en-forutsetning-for-livsmestring-og-utvikling-article120762-22555.html>
- Mast, M. S., & Kadji, K. K. (2018). How female and male physicians' communication is perceived differently. *Patient Education and Counseling*, 101(9), 1697-1701. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.003>
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie* (Revidert med tillegg, samlede utgaver. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- NSF (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Orlando, I. J. (1961) *The dynamic nurse-patient relationship. Function, process and principles*. New York: Putnam
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker : innføring i psykologi for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Rogers, C. R. (1965). *Client-centered therapy : its current practice, implications, and theory*. New York: Houghton Mifflin.
- Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp : om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology* (illustrated edition ed.): United Kingdom: Karnac Books.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.