



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgave

Kandidatnr: 323

Leveringsfrist: 26.02.2016 kl.14:00

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Kari Marie Thorkildsen



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Tap av språk – Likevel et helt menneske



(Illustrasjonsfoto: ImageQuest)

Bacheloroppgave i sykepleie

Høgskolen Stord/Haugesund 2016

Kull 2012

Antall ord: 8840

Sammendrag

Tittel: Tap av språk – Likevel et helt menneske

Bakgrunn: Gjennom min sykepleierutdanning har jeg møtt mange afasirammede som synes å ha mistet retten til autonomi gjennom reduserte kommunikasjonsferdigheter. Profesjonelle helsearbeidere opplever ofte å føle seg hjelpeløse i møtet med denne pasientgruppen, så for min egen, pasientenes og sykepleiefagets del, ønsker jeg å få mer kunnskap om dette temaet.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon ivareta autonomi for afasirammede pasienter på sykehus?

Oppgavens hensikt: Hensikten med denne oppgave er å belyse og øke kunnskapsnivået om kommunikasjonens betydning i forhold til autonomi for pasienter som er rammet av afasi.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Det ble funnet fem relevante artikler som drøftes opp mot egne erfaringer, Joy Travelbees kommunikasjonsfilosofi, samt relevant teoretisk materiale.

Resultat: Sykepleiers og pasienters synspunkter blir presentert, og viser at det å fremme autonomi gjennom kommunikasjon er en utfordrende situasjon for begge parter. Kommunikasjon har stor eksistensiell betydning for den som er rammet. Sykepleiere har generelt gode kunnskaper om både nonverbal – og verbal kommunikasjon med afasirammede, men på grunn av usikkerhet rundt hvordan de skal opptre preges samtaler ofte av dette, noe som går ut over pasientens autonomi.

Oppsummering: Grunnleggende faktorer som kommunikasjon, relasjon og la pasientens opplevelser lede sykepleierens fremgangsmåte er viktig for å ivareta autonomi.

Nøkkelord: Afasi, kommunikasjon, autonomi, sykehus.

Abstract

Title: Loss of language – Still a complete human being

Background: Through my nursing education ive met alot of stroke patients who suffered from aphasia, which seems to have lost the right to autonomy through reduced communacations skills. Professional health care workers often feel helpless facing these patients, and therefore i wish, not just personally, but also for the patients and the nursing profession, to gain more knowledge about this subject.

Research question: ”How can a nurse through communication safeguard autonomy for aphasia patients in hospital”?

Aim: The aim of this study is to both indentify and improve knowledge of the communication importance in relation to the autonomy of patients who suffer from aphasia.

Method: This study is a systematic litterature review. Five relevant articles were selected and is discussed up againt own experiences, Joyce Travelbee`s commuicationphilosphys and theory.

Findings: Nurses and patient views are presented, showing that promoting autnomy through communication is a challenging situation for both parties. Communication has a great existential value for the people affected. Nurses generally have good knowledge of both nonverbal –and verbal communication with aphasia patients, but because of uncertainty about how to act, convercations are often characterized of this, which affects the patients’ autnomy.

Conclusion: Basic factors like communication, relation, and letting the patients experiences guide the nurses’ procedures is important to safeguard autonomy.

Key words: Aphasia, Communication, Autonomy, Hospital

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Problemstilling	8
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	9
1.4 Begrepsavklaring	9
2.0 Teori	10
2.1 Joyce Travelbee	10
2.1.2 Travelbee: Å lære den syke å kjenne	10
2.1.3 Travelbee om kommunikasjon	11
2.1.4 Travelbee: Når kommunikasjon bryter sammen	11
2.2 Hjerneslag	12
2.3 Afasi	13
2.4 Afasi og kommunikasjon	13
2.5 Nonverbal og inkongruent kommunikasjon	14
2.6 Pasientens opplevelse av å ha afasi	15
2.7 Sykepleie til afasirammende	16
2.8 Pasientens autonomi	17
3.0 Metode	19
3.1 Hva er metode?	19
3.2 Systematisk litteraturstudie som metode	19
3.3 Fremgangsmåte for artikkelfunn	20
3.4 Forskningsetikk	23
3.5 Kildekritikk	24
4.0 Resultat	25
4.1 Presentasjon av forskningsartikler	25
Hovedfunn i studiene	29
5.0 Drøftning	30
5.1 Opplevelsen: Det at språket svikter	30
5.2 Autonomi i grenseland	32
5.3 ”Jeg skjønner ikke hva du mener”	34
5.4 Å høre og se det som ikke sies	37
6.0 Avslutning	38
Referanseliste	39

VEDLEGG 1– Oversiktstabell over forskningsartikler	43
VEDLEGG 2: Sjekklistor for kritisk vurdering av kvalitative studier	46

1.0 Innledning

Afasi er en språkforstyrrelse som følge av sykdom eller skade i hjernen, som innebærer vansker med både å bruke og å oppfatte språk, vansker med å lese og skrive, altså til problemer med kommunikasjon generelt. Hjerneslag er den hyppigste årsaken til afasi, men også hodeskader, hjernesvulster og andre sykdommer kan føre til afasi (Afasiforbundet, 2007).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av dette temaet er at jeg gjennom mitt sykepleiestudie har vært mye involvert med denne pasientgruppen, blant annet gjennom to praksisperioder på slagavdeling på sykehus. Jeg har også møtt afasirammende så å si alle steder jeg har vært både i praksis og på jobb utenom skolen. Likevel var det en situasjon som fikk meg til å ønske å skrive om dette temaet; En ung kvinnelig pasient jeg møtte på sykehus. Sykepleierne vegret seg for å gå inn til henne, fordi de hadde prøvd ”alt” uten å komme noen vei. Hun ble bekrevet som en ”vanskelig pasient”. Som student i praksis ble jeg ofte sendt inn til henne. Det gav meg mulighet til å tilbringe mye tid i hennes nærvær. Gjennom sang og musikk fikk vi god kontakt og et godt forhold preget av latter og glede. Det var da jeg skjønnte hvor viktig og givende kommunikasjon og samhandling med afasirammende pasienter kan være, og på bakgrunn av dette, ønsker jeg å sette meg inn i, og forhåpentligvis formidle videre viktigheten av kommunikasjon med afasirammende.

1.2 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon ivareta autonomi for afasirammende pasienter på sykehus?”

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Ettersom dette er et omfattende emne har jeg sett meg nødt til å inkludere visse begrensninger for å kontrollere oppgavens omfang. Oppgaven tar utgangspunkt i personer med afasi som er i alderen 45 til 85, basert på at forskningsartiklene funnet til denne oppgaven tar for seg pasienter i denne aldersgruppen. Afasi oppstår på bakgrunn av ulike årsaker men jeg tar i utgangspunkt i at det kommer fra hjerneslag, men er ikke spesifisert i forhold til grad av afasi. Hovedfokus er på pasienter som nylig har fått diagnosen, altså en periode der det er vanskelig å si hvilken grad av fremgang og bedring som kan forekomme. Videre avgrenses det til pasienter som er på sykehus, som skiller ut de slagrammende pasientene som er friske nok til å bo hjemme. Pårørendes rolle når det gjelder kommunikasjon og underbygging av pasientens autonomi er svært viktig, men har blitt ekskludert på bakgrunn av ordbegrensning i oppgaven. Basert på mine egne erfaringer er det viktig for meg at denne oppgaven belyser hvilke stor del kommunikasjon har i å fremme autonomi for pasienter som er rammet av afasi.

1.4 Begrepsavklaring

Afasi:

Ordet afasi kommer fra det greske ordet *aphasia*, som betyr tap av taleevnen (Qvenild, Haukeland, Johansen, Knoph & Lind, 2010, s. 23).

Kommunikasjon:

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (Eide & Eide, 2007, s.117)

Autonomi:

Begrepet autonomi kommer av gresk og består av to ord: *auto*, som betyr selv, og *nomos*, som betyr, lov, styring og regulering. Det vil si autonomi egentlig betyr selvstyring, men brukes også om selvbestemmelse og medbestemmelse (Slettebø & Northvedt, 2006, s. 193).

2.0 Teori

I teriodelen vil jeg innledningsvis presentere det av Joyce Travelbee sine perspektiver, som jeg anser for relevant for tema og problemstilling. Annet vesentlig teoristoff og litteratur er også trukket inn for å gi grunnlag til å belyse problemstillingen.

2.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i USA i 1926 og døde i 1973, bare 47 år gammel. Hun arbeidet som psykiatrisk sykepleier og lærer, og rettet i sin oppmerksomhet mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Hennes tanker har berørt og opplyst sykepleiere, noe som har vært med på å gjøre henne til en sentral og viktig teoretiker innen sykepleiefaget (Kristoffersen, 2011, s.213).

2.1.2 Travelbee: Å lære den syke å kjenne

I følge Travelbee (2001, s.131-132) er det sykepleierens oppgave å forsøke å forstå hva sykdom betyr som menneskelig erfaring. Dette er en ingen enkel oppgave, fordi den det gjelder, ofte har vansker med å kommunisere sin oppfatning om sykdom og lidelse. Det er selvsagt utfordrende å hjelpe en syk person til å mestre sykdom og lidelse, samt finne mening i disse erfaringene, hvis en som sykepleier er helt uvitende om hvordan den syke selv stiller seg til sykdommen eller funksjonssvikten. Sykepleieren kan heller ikke ”sette seg i den sykes sted”, og bør heller prøve å sette seg inn i hvordan pasienten selv oppfatter sin sykdom (Travelbee, 2001, s. 36).

Travelbee skildrer likevel det å være syk som å være ensom og ute av stand til å gjøre noe med det, eller å få fortalt andre hvor ensom man er innerst inne. Det blir som å prøve å nå fram til andre uten å lykkes. Pasienten forsøker å kommunisere ”hvordan det er” eller ”hvordan man har det”, og innser samtidig hvor lite andre forstår, og hvor utilstrekkelig ordene kan være. Å uttrykke fullt ut til andre hvordan det oppleves å være syk kan for mange være umulig, fordi det vanskelig kan oppfattes av utenforstående. Dette kan skape frykt for at ens egen utilstrekkelighet og mangel på mot skal avsløres for andre (Travelbee, 2001, s.127).

2.1.3 Travelbee om kommunikasjon

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere et menneske-til-menneske forhold til pasienten. Men selv om alle sykepleiere kommuniserer, er ikke alle bevisste på hva de kommuniserer (Travelbee, 2001, s. 149). Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre, og når mennesker møtes, utspiller det seg en kontinuerlig kommunikasjon. Å bli kjent med pasienten som person, er en viktig forutsetning for å identifisere hans særegne behov og for å kunne planlegge og utføre en sykepleie som er i samsvar med hans ønsker, poengterer Travelbee (Kristoffersen, 2011, s. 221).

2.1.4 Travelbee: Når kommunikasjon bryter sammen

Basert på Travelbees (2001, s.158) teori, forutsetter kommunikasjon en avsender og en mottaker, og at budskapet blir forstått av alle involverte parter. Når kommunikasjonen bryter sammen, betyr det derimot at budskapet ikke blir mottatt, feiloppfattes, eller misforstås. Det kan være flere grunner til at kommunikasjonen svikter; dersom sykepleieren ukritisk godtar den sykes utsagn uten å tenke nærmere over det, eller svarer på et spørsmål for raskt uten å undersøke nærmere hva den syke egentlig mener. At en av partene ikke mottar budskapet som overføres, er også en form for brudd i kommunikasjonen. En av de vanligste årsakene til dette, kan være at en lar være å lytte til den andre.

Dersom sykepleieren ikke lytter aktivt, oppfatter den syke det ofte som at sykepleieren ikke er interessert i han som individ. For å lytte må man gi den syke full oppmerksomhet og være tilstede både fysisk og psykisk. Men noen ganger er sykepleieren kanskje ikke villig til å investere den nødvendige energien som behøves; hun kan være trett, opptatt av noe annet, kjede seg eller mangle interesse. Kanskje lytter hun ikke på grunn av den sykes måte å snakke på, hvis han mumler, snakker

lavt og monotont, eller han andre talevaner som virker negativt på sykepleierens vilje til å høre etter. Enkelte ganger forstår sykepleieren rett og slett ikke helt hva den syke snakker om. Et styrende prinsipp for slike situasjoner er at sykepleieren bør ta opp og få avklart med den syke alle utsagn som hun ikke forstår, poengterer Travelbee (2001, s. 166).

2.2 Hjerneslag

Hjerneslag, også kalt slag eller stroke, defineres av Helsedirektoratet som en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død (sitert i Almås, Stubberud, Grønseth, 2010, s. 261). Hjerneslag deles i to kategorier ut fra hva slags skade det dreier seg om: cerebrale infarkter og cerebrale blødninger (Mikkelsen, 2001, s. 944). Utfallet er avhengig av hvor i hjernen skaden er lokalisert, og hvilke vevsødeleggelse det er snakk om. Klinisk vil en som oftest se kombinasjoner av både fysisk og kognitiv karakter som: Pareser, sensibilitetsutfall, synsproblemer, dysfasi (reduert taleevne), dysatri (dårlig uttale), dysfagi (svelge vansker), samt lammelser i ansikt, munn og svelg. Pasienten kan få også få afasi som er manglende taleevne (Mikkelsen, 2001, s. 945).

Når en person får hjerneslag, er det avgjørende med umiddelbar innleggelse på sykehus med slagenhet for optimal behandling. Det er flere faggrupper som inngår i arbeidet med en person som har fått hjerneslag, men logopeden vil være den som arbeider med kommunikasjonen. Logopedens tilnærming til afasipasienter dreier seg om og så raskt som mulig kunne avdekke språklig svikt og hvilke språklige funksjoner som er bevart, samt hindre at ineffektiv eller uhensiktsmessige kompensatorisk atferd etableres (Stoller, 2010, s.136). Selv om en logoped tar seg av språktreningen for afasirammede pasienter, trenger pasienten språklig stimulering også resten av døgnet. Det her sykepleieren kommer inn; der det viktigste bidraget er å snakke med pasienten og følge opp språktreningen (Wergeland, Ryen & Ødegard-Olsen, 2010, s.282).

2.3 Afasi

I følge Eide og Eide (2007, s.384-385) er afasi en diagnose, en fellesbetegnelse for redusert evne til å forstå språk og til å bruke språket til å uttrykke seg. Afasi forårsakes av en skade i hjernen i det senteret som bearbeider språklige symboler og/eller det som knytter sammen tanker og ord. Det vil ikke si at man har mistet språket, men den som har fått afasi, har ikke lenger like god tilgang til språket sitt. Og fordi vi bruker språket for å kommunisere med hverandre, vil afasi være en alvorlig funksjonshemming for den som rammes. 6-700 mennesker får afasi i Norge hvert år, som vil si at 17-18 nordmenn rammes hver eneste dag. (Corneliussen, Johansen, Knoph & Qvenild, 2006, s. 13). Man skiller mellom tre hovedgrupper afasi:

Sensorisk afasi: Manglende evne til å uttrykke seg forståelig. Talen kan være flytende, men meningen er borte (Mikkelsen, 2001, s. 947).

Motorisk afasi: Består av artikulasjonsproblemer på grunn av mangel på motorisk kontroll. Her har pasienten problemer med å formidle det han ønsker, selv om han forstår (Mikkelsen, 2001, s. 947).

Global afasi: Kombinasjon av flere former for afasi. Denne typen fører til de vanskeligste situasjoner både for pasienten og for de pårørende og er en stor utfordring (Mikkelsen, 2001, s. 947).

2.4 Afasi og kommunikasjon

Det å snakke har tradisjonelt vært oppfattet som et avgjørende skritt i retning av adskillelse og selvstendighet. Gjennom ord og språk befester man at man er en del av et fellesskap, samfunn og kultur. I følge Stern utgjør språket en måte å forholde seg til andre på fordi man gjennom språket kan dele sin personlige viten om seg selv og verden med andre (Eide & Eide, 2007, s.158). Likevel er det ikke alltid enkelt å kommunisere når språket ikke fungerer som middel til å skape kontakt og mening i tilværelsen. En hyppig feil man kan gjøre i møte med afasirammede, er og ikke inkludere dem i samtale. For når man mister uttrykksevnen, vil man fort føle seg ensom (Eide & Eide, 2007, s.389). Afasirammede har, på samme måte som andre,

behov for å bli snakket med, bli tatt med i samtaler, og føle seg inkludert. Men ofte kan de bli møtt med taushet av folk som haster forbi og ikke tar seg den lille ekstra tiden som skal til for å skape god kontakt.

For å kommunisere godt med afasirammede kreves det både kunnskap om pasients lidelse, evne til å leve seg inn i pasientens situasjon og beherske et mangfoldig register av kommunikasjonsmetoder. Man trenger også tålmodighet, evne og vilje til å vise interesse, lytte og forsøke å forstå slik at den andre får anledning til å respondere på sin måte, med de signaler han har til rådighet (Eide & Eide, s. 384). Man må ta en ting om gangen, og deretter lytte og observere hva pasienten svarer på dette (Eide & Eide, 2007, s.389). I forhold til pasienter med afasi er det viktig først å etablere en god kontakt, og så ved kommunikasjonshandlinger som den andre kan forstå, formidle det man skal gjøre. Når man ikke kan nå den andre via verbalt språk, vil nonverbal kommunikasjon bli enda viktigere enn den er i andre situasjoner (Eide & Eide, 2007, s.386).

2.5 Nonverbal og inkongruent kommunikasjon

Non-verbal kommunikasjon betegner overføring av budskap uten bruk av ord; Altså man kommuniserer non-verbalt med gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser og berøring. Andre eksempler på non-verbal kommunikasjon er overføring ved hjelp av tegn, symboler, bilder, musikk, dans og mime (Travelbee, 2001, s. 138). Vi bruker ansiktsuttrykk og kroppsspråk både når vi skal fortelle eller spørre om noe, og når vi skal forsøke å forstå hva andre i samtalen mener. Alle disse ikke-språklige signalene er viktige i kommunikasjonen vår, spesielt når den verbale kommunikasjonen er begrenset (Corneliussen et al, 2006, s. 28).

Et viktig fokusområde i det å kommunisere med afasipasienter er å kommunisere nonverbalt bekreftende. Inkongruent kommunikasjon er at det vi formidler verbalt og nonverbalt ikke stemmer over ens. Det er et språk mellom det vi sier og det vi uttrykker nonverbalt; om man verbalt uttrykker vilje til å hjelpe, vil man nonverbalt

komme til å uttrykke et ønske om å holde avstand. Inkongruens kan skyldes mange ting, men er ofte en splittelse mellom rolleforventninger og følelser. En hjelper vil forvente av seg selv å skulle være til hjelp og bidra til det beste for pasienten. Men står man ovenfor personer man f.eks er engstelig for, ikke liker eller ikke tror man kan hjelpe, vil ens nonverbale respons lett kunne gjenspeile noe av den engstelsen, antipatien eller resignasjonen man føler (Eide & Eide, 2007, s. 200).

Inkongruent kommunikasjon fra hjelperens side vil lett kunne skape utrygghet, kanskje også mistillit hos den andre, og svekker tilliten. Det er derfor viktig som pleier, å bli oppmerksom på inkongruens i egen kommunikasjon, og kjenne etter hva som fremkaller spriket. Å observere, gjenkjenne og gjøre noe med inkongruent kommunikasjon hos seg selv er et viktig skritt på veien til å øke tryggheten, skape tillit og legge til rette for en god relasjon med pasienten (Eide & Eide, 2007, s. 200).

2.6 Pasientens opplevelse av å ha afasi

Sykdom innebærer ofte å miste noe av det vi tidligere kunne ta for gitt, som sunnhet, bevegelighet eller ens utseende, og sammen med det kanskje også selvstendighet, posisjon og selvfølelse. Selv om det ofte er midlertidig, henger ikke verden sammen slik den gjorde og ting som før var selvfølgelige, er ikke lengre det. Slik er det ofte for de afasirammede (Eide & Eide, 2007, s. 180-181). Deres opplevelse av seg selv vil ofte endres, vanligvis i en negativ retning. Redusert selvbilde vil ha innvirkning på velvære og livskvalitet, og mange gir uttrykk for at de føler seg mer utrygge og deprimerte enn før de ble syke (Corneliussen et.al, 2006,s. 18).

Afasirammede opplever også ofte at andre snakker på deres vegne, og de kan oppleve å bli snakket til som om de skulle være barn, som om de skulle være tunghørte, eller som om de skulle være mindre intelligente (Corneliussen et. al, 2006, s. 38). I følge Kirkevold (2007, s. 185) står afasirammede i stor fare for å bli isolert, både fordi de

selv holder seg borte fra sosiale sammenhenger grunnet kommunikasjonsvanskene, men også fordi andre mennesker opplever det vanskelig og ikke kunne kommunisere uhemmet med afasirammede. Også profesjonelle helsearbeidere, som sykepleiere og hjelpepleiere, føler seg ofte utilstrekkelig i møte med denne pasientgruppen.

2.7 Sykepleie til afasirammede

I samtale med afasirammede, er det viktig å huske at det er en voksen person med massevis av kunnskap, intresser, ønsker og meninger vi snakker med. Så hvis pasienten ikke forstår hva du mener, hjelper det ikke nødvendigvis å gjenta den samme setningen en gang til, bare høyere og litt saktere. I stedet må du ofte prøve å si det du ønsker å si, på en annen måte. Vi skal behandle den afasirammede som en likeverdig samtalepartner med respekt, tillit og åpenhet, men samtidig skal vi huske at vi har et spesielt ansvar for å få samtalen til å gli når den vi snakker med, har en språkvanske (Corneliussen et al, 2006, s. 27).

For å holde samtalen på gli er det flere tiltak en sykepleier kan gjøre, der noe av grunnarbeidet er å legge til rette for hensiktsmessige samtaleomgivelser. Når vi snakker med en som har afasi, er det derfor ekstra viktig å passe på at alle samtaledeltakerne kan se og høre hverandre godt og legge til rette for så rolige omgivelser som mulig. Ofte kan det være en god idet å skru av radioen eller fjernesynet, og begrense antall personer involvert i samtalen. Men selv omgivelsen rundt er tilrettelagt, kreves det likevel at to avgjørende faktorer er på plass; nemlig åpenhet og tid (Corneliussen et. al, 2006, s. 28-31).

Det vil nesten alltid være vanskelig å snakke sammen når den ene har afasi. Begge parter, både den afasirammede og samtalepartneren, kan ofte føle seg hjelpløse i situasjonen. Det er viktig at man ikke legger skjul på disse vanskene, og er åpne om hvordan situasjonen oppleves. I tillegg til åpenhet må man alltid regne med å bruke mer tid enn vanlig i samtale med afasirammede. Og vi bør være åpne om det i samtalen. Vi kan gjerne si at vi har god tid. På den måten bidrar man til at stopp i

samtalen ikke oppleves som pinlige pauser som forstyrrer eller ødelegger samtalen og bidrar til å skape trygghet og tillit (Corneliussen et.al, 2006, s. 28-31).

2.8 Pasientens autonomi

I følge Brinchmann (2012, s. 85) betyr autonomi plikten til å respektere autonome personers beslutninger. Autonomi er nødvendig for å oppleve seg selv som et enstående enkeltindivid og stå frem i forhold til andre som en egen person (Lorentzen, 2007, s. 96). Ut fra de verdiene som legges til grunn av samfunnet, er pasientenes posisjon preget av autonomi (Molven, 2012, s. 19). På lik linje med samfunnet, stilles det også store krav til sykepleiere om å respektere og være lydhør for pasientens egne ønsker. Å respektere pasientens autonome valg innebærer å respektere pasientens eget perspektiv på og opplevelse av sin sykdom. Sykdom og lidelse vil aldri kunne angå sykepleieren på samme måte som det gjør for pasienten. Vi kan aldri fullt ut forstå eller sette oss inn i et annet menneske sin opplevelse av sin sykdom. Vi kan håpe at vi forstår, og anstrenge oss mest mulig for å sette oss inn i den sykes situasjon, men lenger kommer vi ikke (Kristoffersen & Northvedt, 2011, s. 103).

Pasientens rett til autonomi vektlegges også yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Her går det klart frem at sykepleieren har ansvar for å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjon er forstått. Sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg, som også innebærer å ta pasienten med på råd, å respektere pasientens opplevelse av hva som er viktig og å la pasienten beholde ansvaret for å bidra med sitt for å nå målene- i den grad det er mulig og naturlig (Eide & Eide, 2007, s. 45).

Dersom situasjonen ikke lengre er forutsigbar, og følelsesverdenen er kaotisk og overveldende, er det sentrale målet for mestring å gjenopprette opplevelsen av forutsigbarhet og egen evne til å påvirke sin egen situasjon, skriver Eide og Eide (2007, s. 180-181). For at pasienten skal kunne bidra og ta valg angående sin egen helsesituasjon, kreves det at han er godt informert. Det er meningsløst å snakke om

pasientautonomi hvis pasienten ikke er tilstrekkelig informert, har bearbeidet og forstått den informasjonen han har fått. Informasjon er derfor en rettighet som er nedfelt i pasientrettighetsloven § 3, men som samtidig medfører en tilsvarende forpliktelse for helsearbeideren om å gi en tilpasset og god informasjon. Informasjon reiser særlige utfordringer til kommunikasjon og pasientmedvirkning, og krever erfaring, god faglig innsikt, kommunikative og empatiske egenskaper (Nordtvedt, 2012, s.136).

”En hver innleggelse på sykehus eller annen institusjon fører til en mer eller mindre sterk integritetskrenking og oppgivelse av egen autonomi ”, skriver Johan Cullberg (sitert i Eide og Eide, 2007, s.180). Personers rett til å bestemme selv har vært og er spesielt sårbar og utsatt, når vedkommende trenger eller er avhengig av helseomsorgstjenester, bekrefter Ellingsen (2005, s.47). Verdigheten til pasienten kan derimot bli krenket dersom fagpersonen forventer selvbestemmelse og autonomi i en situasjon der brukeren ikke har ressurser og mulighet til å velge eller ta vare på seg selv. Pasienten kan også bli krenket ved å bli umyndiggjort, det vil si at sykepleien overtar kontrollen helt (Bollingmo, Johnsen & Høium, 2004, s.30).

3.0 Metode

I oppgavens metodiske del vil jeg presentere og utdype fremgangsmåten for arbeidet som har blitt gjort i forhold til innhenting av informasjon, samt kritisk og etisk vurdering av funnene.

3.1 Hva er metode?

Metode er redskapet vårt i møte med noe vi skal undersøke og hjelper oss med å samle inn data, altså den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland , 2012 , s.111-112). Man skiller hovedsakelig mellom to typer metoder: Kvalitative og kvantitative metoder. De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter, som gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner som gjennomsnitt og prosent. De kvalitative metodene tar derimot sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012, s.112). Begrunnelsen for å velge en metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. I følge høgskolens retningslinjer er bacheloroppgavene pålagt å bruke systematisk litteraturstudie som metode.

3.2 Systematisk litteraturstudie som metode

Molrow og Oxman definerer en systematisk litteraturstudie som ”en studie som utgår fra et tydelig formulert spørsmål, som besvares systematisk gjennom og indentifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning” (Forsberg & Wengström, 2013, s.27). Det systematiske litteraturstudiet bør fokusere på aktuell forskning innen det valgte området, og forutsetter at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan danne grunnlag for vurderinger og konklusjoner (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26).

3.3 Fremgangsmåte for artikkelfunn

Når man ønsker å sette seg inn i hvordan et menneske oppfatter sitt eget liv, er det beste å spørre dem, og som skrevet over er det nettopp dette de kvalitative metodene sikte på å fange opp. På bakgrunn av dette er alle de valgte studiene i denne oppgaven kvalitative artikler. For å best mulig belyse problemstillingen var det ønskelig å finne studier som retter oppmerksomhet, særlig mot pasientens opplevelse, men også pleierens. At problemstillingen skal belyses fra ulike vinkler, men også at det skal finnes generelle fellestrekk mellom studiene var et viktig grunnlag for valg av artiklene.

I forhold til artikkelsøk kom jeg med utgangspunkt i problemstillingen frem til følgende søkeord for å innhente relevante data; ”Communication”, ”Nonverbal communication”, ”Aphasia”, ”Patient satisfaction”, ”Stroke”, ”Nursing”, ”Health care”, ”Autonomy” og ”User involvement”. For å finne forskningsartikler til denne oppgaven brukte jeg høgskolens biblioteks forskningsdatabaser, der Cinahl og Pubmed utmerket seg som særlig oversiktlige og enkle i bruk. Gjennom å kombinere de forskjellige søkeordene, samt bruk av full text, ble antallet artikler avgrenset til en mer oversiktlig mengde. Det ble funnet fem relevante forskningsartikler fra 2002-2013, der tre var fra Sverige, en fra Australia og en fra England. Søkeprosessen blir fremstilt i følgende tabeller:

Artikkel 1: Søk i databasen Cinahl 23.09.2015			
Nummer	Søkeord	Avgrensning (Limits)	Resultat (Antall)
S1	Aphasia		4111
S2	Patient satisfaction		40437
S3	Stroke		54216
S4	Health care		388780
S5	S1 AND S2		37
S6	S1 AND S2 AND S3		24

S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Full text	8
----	----------------------------	-----------	---

Artikkel nummer 1 ble valgt: ”*What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction*”(Tomkins, Siyambalapitiya & Worrall, 2013). Denne artikkelen var ikke tilgjengelig på nett og måtte bestilles på høgskolens bibliotek.

Artikkel 2: Søk i Cinahl database 24.09.2015			
Nummer	Søkeord	Avgrensning (Limits)	Resultat (Antall)
S1	Stroke		54216
S2	Communication		91279
S3	Aphasia		4119
S4	Nursing		489593
S5	S1 AND S2		1209
S6	S1 AND S2 AND S3		337
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Full text	15

Artikkel nummer nummer 2 ble valgt: *The use of coversation analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke*” (Gordon, Hill & Ashburn, 2009).

Artikkel 3: Søk i databasen PubMed 29.09.2015			
Nummer	Søkeord	Avgrensning (Limits)	Resultat (antall)
1	Communication		561657
2	Stroke		238712
3	Aphasia		14643
4	Nursing		6191580
5	#1 and #2 and #3 and #4		36
6	#1 and #2 and #3 and #4	Full text	29

På grunn av svært høye antall treff på søkene valgte jeg å kombinere alle fire søkeord med en gang. Artikkel nummer 23 ble valgt: *”Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry”* (Sundin, Jansson & Norberg, 2002).

Artikkel 4: Søk i databasen PubMed. 29.09.2015			
Nummer	Søkeord	Avgrensning (limits)	Resultat (antall)
1	Aphasia		14699
2	Professional		247657
3	Care		1877710
4	Communication		570512
5	#1 and #2		135
6	#1 and #2 and #3		45
7	#1 and #2 and #3 #4	Full text	26

Artikkel nummer 17 ble valgt: *”Professional aphasia care trusting the patients competence while facing existensial issues”* (Nyström, 2009).

Artikkel 5: Søk i databasen Cinahl 07.01.2016			
Nummer	Søkeord	Avgrensning (Limist)	Resultat (antall)
S1	Aphasia		4119
S2	Communication		90549
S3	Nonverbal communication		1974
S4	S1 AND S2 AND S3		99
S5	S1 AND S2 AND S3	Full text	45

Artikkel nummer 28 ble valgt: ”*Understanding and being understood as a creative caring phenomenon-in care of patients with stroke and aphasia*” (Sundin & Jansson, 2003).

3.4 Forskningsetikk

Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultater. Målet om å vinne ny kunnskap og innsikt skal ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2012, s. 96).

I fire av de fem artiklene kommer det tydelig frem at de etiske aspektene er godt ivaretatt og de har blitt godkjent av etiske komitéer . Det er også forklart hvordan deltakerne sine rettigheter har vært besørget. I studien til Tomkins et al. (2013) finner jeg ikke dokumentasjon på at artikkelen er godkjent av etiske komité, ei er det ingen punkt som heter ”Ethical considerations”, slik som i de andre artiklene. Men det er tydeliggjort i studien at de anonymiserer sine kilder. Dette er en svært innholdsrik og sentral studie for oppgavens tema, og jeg valgte derfor å inkludere studien på tross av manglende belysning av etiske forhold.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikken skal vise at man er i stand til å forholde seg til kritisk til det kildematerialet man benytter, og hvilke kriterier man har hatt fokus på under utvelgelsen. Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er benyttet (Dalland, 2012, s. 72). Dette gjelder også andre kilder i oppgaven. Hensikten er at du som leser skal få ta del i de refleksjonene jeg som skribent har gjort meg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen.

Alt teoretisk og litterært stoff er fra 2000-tallet, der eldste kilde er fra 2001, og strekker seg opp til 2015. At år 2001 begynner å bli en stund siden kan man ikke benekte, men basert på stoffets relevante innhold, samt mine egne vurderinger har jeg ingenting å utsette på at noe av materiale skulle være foreldet eller utgått. Alle studier anvendt i denne oppgaven er originalt engelske og er oversatt av skribent, og på tross av at jeg med største intensjon har jobbet for å gjenspeile studiene på en mest mulig korrekt måte, må enkelte ordforandringer og omstrukturerede setninger derfor påregnes.

De fem studiene har alle blitt individuelt kritisk vurdert og fremstilles i VEDLEGG 2.

4.0 Resultat

I resultatdelen av oppgaven legges det frem sammendrag av de utvalgte studiene. For detaljert oversiktstabell se VEDLEGG 1.

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

Artikkel 1 – ”What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction” (Tomkins et al., 2013).

Målet med denne australske kvalitativt beskrivende studien var å utforske faktorer som påvirket om deltakerne var fornøyd eller misfornøyd med helsehjelpen de hadde fått. Til sammen femti afasirammede personer med en gjennomsnittsalder på 63,9 år deltok i studien. Følelsen av å være fornøyd eller misfornøyd ble påvirket både av konkrete faktorer, men også personlige verdier. Informasjon, kommunikasjon og kunnskap var ifølge deltakerne de viktigste områdene innen helsehjelpen de hadde fått. Kommunikasjon ble sterkt knyttet identitet og personlighet, og språkproblemene førte til at deltakerne følte seg hjelpeløse, hadde mangel på kontroll og selvstendighet. De ønsket å bli behandlet som en autonom og intelligent person på tross av språkproblemene. Gjennom å bli inkludert i samtaler, være delaktig i å ta avgjørelser, få tilstrekkelig informasjon og ha frihet til å ta egne valg, følte pasientene at de fikk tilbake kontrollen i sitt eget liv. Selv om pasientene stolte på helsepersonellets beslutninger var gode, ønsket de likevel å kunne delta og få si sine meninger. Oppmerksomhet og anseelse av pasienten som person, individuell pleie og tiltak basert på pasientens tilbakemeldinger var viktig. Enkelte pasienter foretrakk derimot at helsepersonellet tok avgjørelser for dem.

Artikkel 2: "The use of conversation analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke" (Gordon et al., 2008).

Denne britiske artikkelen er en rapport av en studie som utforsker nærmere hvordan sykepleiere og pasienter med afasi kommuniserer med hverandre i naturlige interaksjoner på en slagavdeling. Til sammen 14 sykepleiere og 5 afasirammede pasienter deltok. Det blir fremhevet at god kommunikasjon er essensielt for pasientenes rehabilitering, der særlig dagligdagse samtaler og tema har en rehabiliterende funksjon. Likevel er hovedtemaet som kommer frem i studien når det gjaldt kommunikasjon, at samtalene ofte ble styrt av sykepleieren og var rettet mot oppgaver sykepleieren skulle utføre. Pasienter uten afasi kunne enkelt skifte tema over til andre ting de ønsker å snakke om, og sykepleieren må innrette seg deretter. For pasientene med afasi var ikke dette mulig, noe som førte til forskjellsbehandling. Sykepleiere opplevde det som ubehagelig å kommunisere med pasienter som de følte ikke klarte å snakke for seg, og fokuserte mer på den fysiske pleien, mens interaksjon og kommunikasjon ble mer overfladisk. Pasientene hadde begrenset mulighet til deltakelse i samtalene, på grunn av lite tenketid og lukkede spørsmål.

Artikkel 3: "Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry" (Sundin et al., 2002).

Denne svenske studien ser nærmere på forståelsen i kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med afasi på en medisinsk rehabiliterings avdeling. 5 pleiere og 3 pasienter deltok i studien. I artikkelen kommer det frem at mennesker alltid kommuniserer, både bevisst og ubevisst. Uansett om man er aktiv eller passiv, bruker ord eller stillhet, har det alltid en mening, og i den sammenheng fremheves nonverbal kommunikasjon som er viktig punkt. Sykepleierne var flinke til å bruke nonverbal kommunikasjon, spesielt ved bruk av bilder og tekst. Å legge til rette for at pasienten skal kunne delta, samt la hans følelser og reaksjoner lede samtalen, ble understreket som viktig.

Noen ganger måtte sykepleieren gjette og prøve seg frem under samtalene. Usikkerheten kom ofte av mangel på kunnskap om hva pasienten klarer og ikke klarer. Andre ganger kunne kommunikasjonen med pasienten være vanskelig fordi sykepleieren fikk lite eller ingen respons, som førte redusert motivasjon og at de følte seg utenfor. De opplever også at pasienten føler det samme i slike situasjoner. Noen ganger ble de frustrerte over situasjonen fordi de ikke klarte å nå målene de hadde håpt på, men mente dette var en naturlig del av å være tett på et annet menneske i en vanskelig situasjon. Sykepleierne opplevde også dilemma mellom å kommunisere for mye eller for lite med pasienten, og var redde for at stort press på å snakke kan føre til ubehag for pasienten. På tross av afasien, mener sykepleierne det likevel er viktig å prøve så godt det lar seg gjøre å kommunisere, for å forebygge at pasienten føler seg forlatt, isolert og utenfor. Det var viktig å være klar over pasientens tap og lidelse, men heller fokusere på mulighetene for fremtiden.

Artikkel 4: "Professional aphasia care trusting the patients competence while facing existential issues" (Nyström, 2009).

Målet med denne svenske fenomenologiske studien var å finne ny komplementerende informasjon til språk-terapi ved å få temaet belyst av pasienter som hadde gått igjennom denne prosessen. Til sammen 4 kvinner og 5 menn i alderen 45-72 deltok i undersøkelsen. Deltakernes hovedoppgave var å reflektere over sine egne erfaringer og opplevelser på sykehuset i forbindelse med slagbehandlingen de fikk.

Afasi kan i følge pasientene føre til dyp angst for en egen kognitive funksjon, og tvil om hvem man er som person. Man blir redd for å føle seg dum, og ofte kunne det føre til at pasienten ikke turte snakke. Den ene pasienten beskriver det slik; "Det verste var ikke afasien i seg selv, men følelsen av å bli tilsidesatt". Pasientene husker de var svært sinte da de husket pleiere som ignorerte dem når de prøvde å kommunisere. Noen pleiere snakket det vekk, og anbefalte å heller hvile og ta det med ro, og forlot dem for å øve på ord og kommunikasjon på egenhånd. Mens en pleier som var åpen og ærlig, og oppmuntret til samtaler på tross av lite svar og tilbakemelding, gav stor motivasjon til pasientene.

Artikkel 5: "Understanding and being understood as a creative caring phenomenon-in care of patients with stroke and aphasia" (Sundin og Jansson, 2003).

En fenomenologisk hermeneutisk metode ble brukt i den svenske studien. Fem sykepleier og tre pasienter i alderen 62-80 deltok i undersøkelsen. Hensikten med studien var å belyse sykepleiers opplevelse av å forstå og bli forstått i pleie og omsorg til pasienter med afasi etter hjerneslag. I denne studien kommer det frem at kommunikasjon mellom pleieren og pasienten hovedsakelig skjer gjennom berøring og bruk av non-verbal kommunikasjon.

Sykepleierne opplever at nærhet skaper tillit hos pasientene, og gir dem mot til å prøve å kommunisere og be om hjelp. Videre er forståelsen lettere gjennom non-verbal kommunikasjon og berøring, fordi meningen overføres fysisk fra den ene til den andre. Ikke være redd for å berøre pasienten, men det er viktig å være oppmerksom på pasienten som ikke vil bli tatt på, og dette merker man umiddelbart. Atmosfæren var en viktig faktor for å tilrettelegge for god kommunikasjon og samhandling, og pleierne var bevisste på å gjøre miljøet så koselig og avslappende som mulig.

At sykepleieren satte seg ned sammen med pasienten var viktig, for når hun ble stående å snakke med han kunne dette oppfattes som at sykepleieren er overlegen i forhold til pasienten. Det er ingen krav til at sykepleieren og pasienten skal klare å forstå hverandre med en gang. Det viktigste er å tørre å prøve å ta opp igjen kommunikasjonen på nytt. Sykepleieren ønsker at pasienten skal ta styringen, og tar bare kontrollen selv når pasienten selv ikke vil eller klarer å gjøre det.

Hovedfunn i studiene

Artiklene presenterer i korte trekk opplevelser og erfaringer til både sykepleiere og asafirammede pasienter i forhold til kommunikasjon og forståelse. Selv om kommunikasjon er det store temaet innen alle studiene, blir også non-verbal kommunikasjon, informasjon, verdighet og respekt blir trukket frem som viktig. Hvordan evne til - og mangel på kommunikasjon påvirker pasienten, men også sykepleieren blir også diskutert. Det er en vanskelig og utfordrende situasjon for begge parter. Særlig sykepleieren fremhever hvor vanskelig kommunikasjonen til tider kan være, noen ganger på en nokså overfladisk måte. Pasientene virker derimot til å slite på et dypere, og mer eksistensielt plan.

5.0 Drøftning

I denne avsluttende delen av oppgaven vil teorien, samt aktuell forskning og Joyce Travelbees sykepleierteori bli drøftet opp mot hverandre for å best mulig besvare oppgavens problemstilling. Jeg har gjennom mine erfaringer og observasjoner bygd meg opp et grunnlag for å forstå afasirammede bedre. På bakgrunn av dette vil jeg også trekke inn og til en viss grad vektlegge dette.

5.1 Opplevelsen: Det at språket svikter

Hvordan pasienters opplevelse er av å bli språklig redusert etter et hjerneslag, danner grunnlaget for hvordan man som sykepleier skal opptre i samhandling med dem. Å bli syk innebærer ofte å miste noe vi tidligere har tatt for gitt, og sammen med det kanskje også selvstendighet, posisjon og selvfølelse. Ting som før var selvfølgelige, er ikke lengre det. Slik er det ofte for de afasirammede som har mistet et så fundamentalt verktøy som språk. Ikke nok med at pasientene merker dette godt selv, men reaksjonene til andre rundt dem forsterker følelsen av tapet. I følge Corneliussen et. al (2006, s.38) opplever afasirammede blant annet å bli oppfattet som både dumme, annerledes, at andre snakker på deres vegne, blir snakket til som barn, som tunghørte, eller som om de skulle være mindre intelligente.

Når man møtes med en slik holdning understreker Nyström (2009), at det ikke er overraskende at afasirammede opplever tvil om hvem de er som person, samt en dyp angst for ens egen kognitive funksjon. Mine egne erfaringer med disse pasientene sammenfaller i stor grad med de observasjoner Corneliussen og Nyström har beskrevet, for eksempel tårer som renner og aggressive uttrykksmåter som utløses som en reaksjon på frustrasjonen. Gjennom å være tålmodig og relasjonsskapende i vår kommunikasjon med pasienten, kan vi prøve å hjelpe ham til å forstå at hans identitet og personlighet fremdeles er den samme, det er bare situasjonen som er forandret.

Mange av oss har nok selv vært i en situasjon eller diskusjon der vi brenner etter å få sagt noe som vi har på hjertet. Man vrir seg i avmakt av og ikke komme til ordet og blir sittende igjen med en noe oppgitt, frustrert og håpløs følelse. Afasipasienter blir utsatt for disse opplevelsene hele tiden, dag ut og dag inn. I lengden blir dette svært tungt og slitsomt, og det er ingen tvil om at en slik situasjon med kamuflerte funksjonsvansker som afasi, i lengden kan føre til stor psykisk påkjenning. Når man prøver å nå frem til andre uten å lykkes og samtidig innser hvor lite andre forstår og hvor utilstrekkelige ordene egentlig er, vil man også snart begynne å føle seg ensom (Eide og Eide 2007, s.389). Og klarer man heller ikke å formidle hvor ensom man virkelig er, kan man også begynne å føle seg isolert. Noen ganger kan det rett og slett være at pasienten holder tilbake under samtaler, nettopp av den grunn, at man som sier, er redd for at ens egen utilstrekkelighet skal avsløres for andre. Sykepleierens oppgave blir da å vise utholdenhet, toleranse og forståelse gjennom ord og handling (Travelbee (2001, 127)

Følelsen av å være ensom og isolert kan også ha bakgrunn i manglende forståelse som kan komme til uttrykk gjennom holdning overfor denne pasientgruppen. Som sykepleier kan man hente erfaring fra tidligere opplevde pasientsituasjoner. Slik erfaringsbakgrunn kan være til god hjelp når en møter pasientens eventuelle følelse av å være den første eller eneste som opplever denne situasjonen. Selv om pasienten ikke er den første som gjennomgår dette, er det likevel første gang for han. Likevel må man være bevisst på ikke å sammenligne pasienters opplevelse da dette er individuelt og varierer fra person til person.

Å vise pasienten respekt er viktig uttaler Sundin og Jansson (2003) og fortsetter med at dette kan blant annet gjøres ved at sykepleieren setter seg ned sammen med pasienten; når man blir stående og samtaler kan dette oppfattes som at sykepleieren er overlegen i forhold til pasienten. Ut i fra mine egne erfaringer peker Sundin på et viktig punkt. På mange måter kommer sykepleieren i en maktposisjon i forhold til pasienten. Likevel må man ta med i betraktningen at kunnskapene en sykepleier får gjennom sin utdanning, er en avgjørende ressurs. I praktisk yrkesutøvelse møter man

en rekke problem-kategorier hvor egen vurdering og erfaring må legges til grunn for hvordan denne kunnskapen skal omsettes i praksis. Dette består i å kunne identifisere problem, analysere, evaluere og sette i verk nødvendige tiltak.

En slik fremgangsmåte er hva vi er opplært til og som vi skal anvende i vårt yrke som sykepleiere. Ved å rette vårt fokus på emosjonell tilknytning og å være til stede der og da, kan vi gå fra å inneha kunnskaper, til å ha forståelse for pasienten. Gjennom denne tilnærming kan man rette fokus mot pasienten og ut fra en profesjonell holdning gjøre gi pasienten et positivt og realistisk syn på hans situasjon. Afasipasienter ønsker å bli behandlet som en autonom og intelligent person på tross av språkproblemene (Tomkins et al., 2013) noe vi som sykepleiere etter beste evne skal legge til rette for.

5.2 Autonomi i grenseland

Autonomi er et stadig viktigere tema innen helsevesenet, da det er en verdi som samfunnet er opptatt av og krever at pasientene har rett på. For personer med afasi, oppleves dette nødvendigvis ikke lengre som en selvfølge når kommunikasjonsevnen ikke er som den var. Eide og Eide (2007, s.158) påpeker at gjennom ord og språk befester man at man er en større del av et fellesskap, samfunn og kultur. Som afasipasient mangler man nødvendigvis ikke ord og språk, men klarer ikke uttrykke seg, som kan føre til en opplevelse av ikke å være inkludert. For når man ikke lengre har verktøyene som blir sett på som nødvendige for å fremstå som en autonom og selvstendig person, er man ikke lengre "som alle andre" og mister måten for å fremme seg selv som person. I studien til Tomkins et al. (2013) kommer det frem hvordan kommunikasjon ble sterkt knyttet til identitet og personlighet, og problemer med å uttrykke seg førte til at de følte seg hjelpeløse, hadde mangel på kontroll og selvstendighet. Alle disse punktene beskrevet av pasienter i studien, er viktige for at ens autonomi skal være tilstede, og mangel på disse, fører gjerne til det motsatte.

Men hvordan påvirkes egentlig autonomien ved å være innlagt på sykehus og ikke make å gjøre rede for hva du ønsker? I følge Johan Cullberg (sitert i Eide og Eide, 2007, s.180) kan en hver innleggelse på sykehus eller annen institusjon fører til en mer eller mindre sterk integritetskrenking og oppgivelse av egen autonomi. Grunnen til dette er at pasienten havner i en uforutsigbar situasjon, der egen følelse av å kunne påvirke situasjonen er minimal. Personers rett til å bestemme selv har vært og er spesielt sårbar og utsatt, når vedkommende trenger eller er avhengig av helsehjelp, poengterer også Ellingsen (2005, s.47). Når man som pasienten blir innlagt på sykehus må man tilpasse seg til de rutiner og regler som gjelder. Å være omgitt av mennesker man kjenner fra før har sine fordeler og kan selvfølgelig ikke sammenlignes med det forholdet man får med personalet på en institusjon. Det er en del sykepleierens oppgave å bli kjent med pasientens vaner og ønsker for å kunne gjenkjenne både de negative og positive følelsene han har under innleggelsen. På den måten kan man lettere møte situasjonen og finne løsninger som gir pasienten følelse medbestemmelse.

I dagens sykepleie stilles det store krav til å respektere og være lydhøre for pasientens egne ønsker, noe som er vel og bra (Molven, 2012, s.19). Likevel blir det nevnt å både teori og studier at man samtidig må være oppmerksom på at et slikt press om autonomi kanskje ikke alltid er til det beste for pasienten. Verdigheten kan bli krenket dersom fagpersonen forventer selvbestemmelse og autonomi i en situasjon der pasienten selv ikke har ressurser og mulighet til å velge selv eller ta vare på seg selv, Bollingmo (2004, s.30). Også i artikkelen til Sundin og Jansson (2003) kommer det frem at sykepleierne ønsker at pasienten skal ta styringen, og bare ta kontrollen når pasienten selv ikke vil eller klarer å gjøre det. Som sykepleier må man på mange måter kompensere for pasientens tap av ressurser, men dette må gjøres på en individuell måte og skje på pasientens premisser. Man skal ikke ta valg for pasienten, men rettlede og informere. Som sykepleier kan vi være pasientens stemme og fremme hans sak, dersom han ikke klarer det selv.

For at pasientene skal kunne ta hensiktsmessige og autonome valg i behandlingen, trenger de et godt grunnlag med informasjon i bunnen. Sykepleierne må tilpasse informasjonen etter pasientens behov, og selvfølgelig i henhold til pasientens tilstand. For lite eller for mye informasjon kan oppleves skremmende og pasienten kan føle seg hjelpeløse. Men at pasienten bestemmer at sykepleieren skal ta beslutninger for ham, er også en autonom beslutning som han når som han helst kan trekke tilbake. I slike situasjoner har pasienten tillit til at sykepleieren gjennom sine helbredende og lindrende ressurser, skal ta gode valg for ham. Likevel kan tiltak sykepleieren mener er til det beste for pasienten, fra hans perspektiv, øke lidelsen fremfor å redusere den.

Selv om informasjon er en rettighet nedfelt i pasientrettighetsloven, er det likevel meningsløst å snakke om pasientautonomi hvis pasienten ikke er tilstrekkelig informert, har bearbeidet og forstått den informasjonen han har fått. Denne utfordringen medfører både ansvar og forpliktelse for sykepleieren, poengteres det i yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2007, punkt 1.2). Som jeg gjennom mitt sykepleiestudium ofte har fått innprentet, er ikke tabletten gitt før den er tatt. På samme måte er det også med informasjon; den er ikke gitt før den er forstått.

5.3 ”Jeg skjønner ikke hva du mener”

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere et forhold til pasienten, men selv for en sykepleier er ikke alltid kommunikasjon like lett (Kristoffersen, 2011, s.221). Det er tungt å oppleve og ikke nå frem med det man ønsker å formidle, uteblivende respons fra pasienten og å kjenne på håpløsheten til pasienten man prøver å kommunisere med. Noen ganger ble sykepleierne frustrerte over slike situasjoner, men mente det var naturlig reaksjon ved å jobbe med et annet menneske i så vanskelige omstendigheter (Sundin et al., 2002). For å fremme konstruktiv retning i samtale er det viktig å kunne gå videre, og heller fokusere på positive responser fra pasienten. Gjennom å vise medfølelse og å prøve å sette seg inn i situasjonen til hver enkelt pasient, kan man lettere føre en samtale uten

å bli frustrert. Sykepleieren kan ikke bare bruke sine kommunikasjonferdigheter, men må også ha innsikt i hvordan man kan forstå og samhandle med et annet menneske.

Dette bekrefter også Travelbee (2001, s.131-132) som sier: ”Som sykepleier skal man alltid prøve sitt beste for å sette seg inn i pasientens situasjon”. Dette er ingen enkel oppgave fordi pasienten ofte kan ha vansker med å kommunisere sin oppfatning av sykdom og samtalene krever derfor mer enn ellers. Dårlig tid, stort press på arbeidsplassen og mange arbeidsoppgaver som skal utføres, er klassiske eksempler som kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å ta den tiden som er nødvendig for å oppnå en god kommunikasjon. Ut fra egne erfaringer fremstår dette av og til bare som en dårlig unnskyldning. Å sette av tid til en samtale er ikke umulig. Gjennom prioritering og planlegging, og lar det seg ofte gjennomføre dersom man bestemmer seg for det. Man må være effektiv og bruke den begrensede tiden man har og gjøre sitt beste. Å kunne strekke seg litt ekstra, vise genuin interesse for at pasienten skal oppleve at han har betydning og at sykepleieren faktisk bryr seg er avgjørende. Det er vesentlig i vårt arbeid som sykepleiere å ha etisk grunnlag for våre handlinger og tenkemåter. Man må ha vilje og mot til å gi pasienten hovedfokus.

I en travel hverdag finnes det selvfølgelig grenser for hvor mye tid en kan bruke på en pasient som ikke kommer med tilbakemeldinger. Enkelte ganger kan det være at sykepleieren allerede har mistet viljen og har gitt opp før hun går inn til pasienten. Hun orker ikke investere den nødvendige energien som kreves. Kanskje er hun ikke villig til å lytte fordi måten pasienten med talevansker snakker på, oppfattes negativt for sykepleieren (Travelbee, 2001, s. 158). Manglende taleevne som hindrer den naturlige verbale dialog, er ikke nødvendigvis alltid negativt selv om det ofte kan oppleves slik for sykepleieren. Dersom sykepleieren ikke forstår det som pasienten formidler, er det viktig å være ærlig og åpen om hvordan man opplever situasjonen. Noen ganger kan man prøve seg frem ved å gjette eller prøve på en annen måte, erfarer sykepleierne i studien til Sundin et al. (2002). Har man likevel kommet opp i en situasjon der man ikke forstår hva pasienten sier, er det ingen annen utvei enn å være sannferdig. Å prøve å redde seg ut av situasjonen på andre måter, vil oppleves nedverdiggende for pasienten og er et tillitsbrudd som alltid vil bli avslørt.

En annen løsning kan, selv om det på flere måter er et urealistisk tiltak, være at man prøver å legge opp til at hver enkelt pasient får det man kan kalle en primærsykepleier. Dersom en slik pasient skal møte en ny sykepleier hver dag, fører til en veldig ugunstig situasjon i forhold til å skape en god relasjon. Å bli kjent med vedkommendes individuelle kommunikasjonsregister krever nemlig at man som sykepleier tilbringer en del tid med han. Man må sette seg inn i pasientens personlige og eksistensielle behov, ved å spørre og bli kjent med dem. Samtaleemner som hobbyer og interesser kan bidra til å øke pasientens motivasjon, samt skaper en lettere stemning enn gjennom en mer pedagogisk rettet språktrening. For å kunne gjøre dette må man enten på egen hånd, eller gjennom andre kilder finne ut hvem pasienten var og er person.

Studien til Gordon et. al (2008) viser til at samtaler oftest ble styrt av sykepleieren. Trolig på grunn av at sykepleieren er usikker, redd og derfor ønsker gjerne å gjenvinne kontrollen. Fokuset for samtaler er ofte rettet mot oppgaver sykepleieren skal utføre, antakelig fordi det setter sykepleieren i en posisjon til å kunne styre samtalen. En nokså primitiv løsning som kan påvirke relasjonen mellom pleier og pasient i stor grad. Relasjonen må ikke være preget av samtale til pasienten, men med pasienten. Ved bare å snakke til pasienten, blir han en passiv mottaker, noe som gir lite lyst til å anstrenge seg. Det er derfor viktig å fremme dialog og oppmuntre pasienten til å dele sine tanker. Pasienter uten afasi kan enkelt skifte tema fra sykepleieoppgaver over til andre ting de ønsker å snakke om, og sykepleieren må innrette seg deretter, men dette er vanskelig for pasienter med afasi (Gordon et al., 2008).

5.4 Å høre og se det som ikke sies

I følge Travelbee (2001, s.138) er non-verbal kommunikasjon overføring av budskap uten bruk av ord; altså ansiktsuttrykk, gester, kroppsbevegelser, mimikk og berøring. Sykepleierne opplever at nærhet skaper tillit hos pasientene, og gir dem mot til å prøve å kommunisere og be om hjelp, noe som i følge studien til Sudin (et.al, 2003) hovedsakelig skjer gjennom berøring og bruk av non-verbal kommunikasjon. Som sykepleier er vi kanskje ikke alltid bevisst på vår fremtoning, og kan ofte være preget av hvilket humør man er i. Kroppsspråk kommer ofte ubevisst, men når man har med afasipasienter å gjøre er det viktig å være bevisst og tydelig fordi non-verbal kommunikasjon med denne pasientgruppen ofte kan være betydningsfullt som det verbale. Særlig må man være bevisst på inkongruent kommunikasjon, som betyr at det vi formidler verbalt og nonverbalt ikke stemmer over ens. Dette kan skape utrygghet, mistillit og svekke tilliten hos pasienten. For å være nonverbalt bekreftende må sykepleieren gjenspeile trygghet, ro og komfort gjennom sin fremtoning. Jeg kan likevel ikke unngå å understreke at verbalt språk ikke kan erstattes av nonverbal kommunikasjon, og kan aldri kompensere for det å snakke verbalt.

Tross alt hører non-verbal og verbal kommunikasjon sammen. Berøring blir ofte sett på som viktig måte å kommunisere på både for pleieren og pasienten, men det er viktig å være oppmerksom på pasienter som ikke vil bli tatt på, noe man som oftest merker umiddelbart (Sundin & Jansson, 2003). Jeg har selv opplevd at berøring har gitt positive responser fra pasienter, med det gjelder ikke hos alle. Hver pasient kan ha sin egen reaksjon på berøring, som gjør det nødvendig å vurdere hver enkelt situasjon individuelt og oppfatte pasientens signaler gjennom kroppsspråk og øyekontakt og ta hensyn til disse. For å bedre kunne observere og tolke pasientens uttrykk, er det viktig å legge til rette for det man kan kalle et terapeutisk miljø, gjerne uten radio, tv og andre forstyrrende elementer. Det må likevel nevnes at enkelte pasienter gjerne har godt utbytte av og se på tv eller høre på radio, så en nulltoleranse er ikke å anbefale. Kanskje var dette noe som betød mye for dem tidligere og fremdeles gjør det.

Sykepleiere er flinke til å bruke bilder og tekst i samtale med pasientene fastslår Sundin et al. (2002). Nonverbal kommunikasjon kan bidra til at budskapet sykepleieren ønsker å gi, kan oppfattes og tolkes bedre av pasienten, men kan også være en måte for sykepleieren å kunne unngå å havne i vanskelige kommunikasjonmessige situasjoner. Det tenkes at sykepleiere oftere velger nonverbal kommunikasjon fremfor verbal kommunikasjon i situasjoner der de er usikre på hva de skal si. Basert på egne erfaringer har jeg opplevd at bruk av bilde og tekst er til god hjelp og et virkningsfullt middel til å kommunisere med afasirammede pasienter. Man kommer raskere i kontakt med pasienten og kan dermed også spare tid. Ellers er kreativitet en viktig bidragsyter for å kunne løse vanskelige etiske situasjoner. Kommunikasjon med afasirammede krever på mange måter stor oppfinnsomhet i å utvikle andre kommunikasjonsmetoder, men samtidig må vi huske på at det også innebærer at den f. eks 57 år gamle pasienten også må klare å utvikle seg på samme måten, noe som ikke alltid er mulig.

6.0 Avslutning

Det kan være vanskelig å svare på hvordan sykepleieren gjennom kommunikasjon kan iverta autonomien til afasirammede pasienter. Den beste måten å besvare denne problemstillingen på er å ta utgangspunkt i pasientens opplevelser, for det er han som sier noe om sykepleieren har lyktes i sitt arbeid eller ikke. Selv om både lovverk og etiske retningslinjer gir klart uttrykk for å fremme kommunikasjon og informasjon til pasientene, gir ikke verken teoretisk materiale eller utvalgte studier inntrykk av at det blir tilstrekkelig utført. Det blir påpekt at det er viktig å sørge for utdanning og opplæring som støtter opp under å kunne gi effektiv og tilgjengelig kommunikasjon til pasienter som er rammet av afasi. Jeg tror derimot det ville være mer hensiktsmessig å følge opp hvilke spesifikke utviklingsmuligheter som kan gjøres i forhold til sykepleieres holdning til denne pasientgruppen. Helsepersonells kunnskap om kommunikasjon er ofte ikke mangelfull, men kommer heller av manglende etisk innsikt i situasjonen. Vi som sykepleiere må ikke glemme vår viktigste oppgave; å ha pasientens beste i sentrum, noe som bare kan gjøres gjennom å skape relasjon og bli kjent med pasienten som person.

Referanseliste

- Afasiforbundet. (2007, 15. Mars). *Om afasi*. Hentet 01. januar 2016 fra <http://www.afasi.no/Om-afasi/Om-afasi>
- Almås, H. S., Stubberud, D.G., Grønseth, R. (2010). *Klinisk sykepleie 2* (4 utg., s.261-281). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bollingmo, L., Høium, K., & Johnsen, B. E. (2004). Brukermedvirkning, kunnskap og handling. I L. Bollingmo, K. Høium & B.E. Johnsen (Red.), *Det er mitt liv- Brukermedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk; velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk I sykepleien* (3 utg., s.81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Corneliussen, M., Johansen, L.H., Knoph, M.I.K., Lind, M., & Qvenild, E. (2006). *Afasi og samtale—gode råd og kommunikasjon*. Oslo: Novus Forlag.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, T., & Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner—samhandling, konflikter, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ellingsen, K.E. (2005). Selvbestemmelse og brukermedvirkning. I A. Selboe, L. Bollingmo & K.E. Ellingsen (Red.), *Selvbestemmelse for tjenestenytere* (1 utgave., s.40-69). Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Fremsidefoto hentet fra Imagequest: http://ezproxy.hsh.no:2474/search/nursing-home/3/158_2445853/Older-People

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*, 65(3), 544-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x

Kirekevold, M. (2007). Hjerneslag-” blålys-sykdom” med langsiktige implikasjoner. I E. Gjengedal, & B.R.Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring* . Oslo: J.W Cappelens Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2 utg., bind 1. s.207-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N.J & Northvedt, P. (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2 utg., bind 1.s. 83-134). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Lorentzen, P. (2007). Selvbestemmelse i et psykologisk perspektiv. I K.E. Ellingsen (Red.), *Selvbestemmelse- Egne og andres valg og verdier*. Oslo: Universitetforlaget AS.
- Mikkelsen, E.F. (2001). Sykepleie til pasienter med hjerneslag. I E. Gjengedal & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie- praksis og utvikling:3*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nyström, M. (2009). Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues, *Journal Of Clinical Nursing*, 18(17), 2503-2510. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02825.x
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015, 24.November). Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. Hentet 12.januar 2016 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Nortvedt, P. (2012). Omtanke: *En inføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L.,Knoph, M.I.K. & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I M. Lind, L.Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph & E. Qvenild (Red.), *Afasi– et praksisrettet perpektiv*. Oslo: Novus Forlag.

- Slettebø, Å. & Northvedt, P. (2006). Autonomi som utfordring. I Å, Slettebø & P, Northvedt (Red.), *Etikk for helsefagene* (1.utg.,s.193-212). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Stoller, S. (2010). En kasusstudie av afasi i tidlig fase. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph & E. Qvenild (Red.), *Afasi– Et praksisrettet perspektiv*. Oslo: Novus Forlag.
- Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2002). Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry, *Nursing Inquiry*, 9(2), 93-103.
- Sundin, K., & Jansson, L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon- in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical nursing*,12(1), 107-116. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x
- Tomkins, B., Siyambalapitya, 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: 10.1080/02687038.2012.811211
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

VEDLEGG 1– Oversiktstabell over forskningsartikler

Artikkel	“What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction” (Tomkins, Siyambalapitiya & Worrall, 2013).
Hensikt	Å utforske faktorer som påvirket om deltakerne med afasi var fornøyd eller misfornøyd med helsehjelpen det hadde fått.
Metode	En kvalitativ, beskrivende fenomenologisk forskningstilnærming
Utvalg	50 slagrammede deltakere som hadde fått afasi, med en gjennomsnittsalder på 63.9 år. 24 menn og 26 kvinner. Intervju ble utført av en logoped i deltakernes egne hjem.
Resultat	Denne studien har identifisert spesifikke faktorer og verdier som bidrar til trivsel og misnøye av mennesker med afasi. Funnene kan gjøre det mulig for helsepersonell og forstå bedre behovene til mennesker med afasi og å iverksette hensiktsmessige forbedringer i helsevesenet.

Artikkel	”The use of conversation analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke” (Gordon, Ellis-Hill & Ashburn, 2008).
Hensikt	Å utforske nærmere hvordan sykepleiere og pasienter med afasi eller dysartri kommuniserte med hverandre i naturlige interaksjoner på en avdeling som spesialiserer seg på slagpasienter.
Metode	En kvalitativ metode, observasjonsstudier med videoopptak.
Utvalg	Til sammen 14 sykepleiere og 5 afasirammede pasienter deltok i studien.
Resultat	Resultatene avslører at samtalene ble styrt av sykepleiere, med liten mulighet for pasienten å bidra eller påvirke situasjonen. Sykepleierne rettet fokus på egne arbeidsoppgaver. Dette kan skyldes at pleiepersonalet ikke følte seg trygge på sine ferdigheter med mennesker med kommunikasjonsproblemer etter hjerneslag. Sykepleiere trenger mer kompetanse og opplæring i kommunikasjon med afasirammede.

Artikkel	”Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry” (Sundin, Jansson & Norberg, 2002).
Hensikt	Å se nærmere på forståelsen i kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med afasi.
Metode	Kvalitativ metode. Videopptak av samtaler om bilder mellom sykepleier og pasient.
Utvalg	5 pleiere og 3 pasienter, med alder på 62-80 år deltok i studien, som foregikk på en medisinsk rehabiliterings avdeling.
Resultat	Studien har hovedvekt på sykepleierens perspektiv. Sykepleierne følte ofte at det var vanskelig å kommunisere med pasienten, fordi de fikk lite eller ingen respons. Dette førte til at sykepleieren mistet motivasjonen og følte seg utenfor. De opplever også at pasienten føler det samme slike situasjoner. Sykepleierne opplevde dilemma mellom å kommunisere enten for mye eller for lite med pasienten. De var redde for at for mye press på å snakke kan føre til ubehag for pasienten. Dette kom av mangel på kunnskap om hva pasienten klarer og ikke klarer.

Artikkel	”Professional aphasia care trusting the patients competence while facing existential issues” (Nystrom, 2009).
Hensikt	Å finne ny komplementerende informasjon til språk-terapi ved å få temaet belyst av pasienter som hadde gått igjennom denne prosessen.
Metode	En fenomenologisk metode ble brukt. Består av åtte dybdeintervjuer, fire oppfølgingsintervjuer, to notater fra dagbøker og to biografier.
Utvalg	Til sammen 4 kvinner og 5 menn i alderen 45-72 deltok i undersøkelsen.
Resultat	Resultatene viste at hvis sykepleieren er ukomfortabel og redd, påvirker dette pasienten i stor grad. Sykepleiere som derimot oppmuntrer til samtaler, gir stor motivasjon til pasientene. Ærlighet fra sykepleieren sin side var viktig for pasienten. Pleiere som snakket med hverandre over hodet på pasienten fikk de til å føle seg ekskludert og nedverdiget.

Artikkel	”Understanding and being understood as a creative caring phenomenon-in care of patients with stroke and aphasia” (Sundin & Jansson, 2003).
Hensikt	Å belyse sykepleieres opplevelse av å forstå og bli forstått under kommunikasjon med afasirammede pasienter.
Metode	Kvalitativ studie, med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.
Utvalg	5 sykepleier og 3 pasienter i alderen 62-80 deltok i undersøkelsen. Pleieren ble filmet sammen med pasienten.
Resultat	Berøring gav anledning til nærhet og en følelse av tilhørighet mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren leste pasientenes kroppsspråk, med særlig fokus på ansiktsuttrykk og blikkontakt, og viste sine følelser med sitt eget kroppsspråk. Pleieren skapte en koselig og avslappende miljø som førte til at pasienten også følte seg avslappende og ønsket å si noe. I denne studien har sykepleierne en kommunikativ holdning der de prøver å forstå pasienten som person.

VEDLEGG 2: Sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitative studier

Artikkel 1: What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction (Tomkins et.al, 2013)

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er formålet med studien klart formulert?	✓			Formålet er tydelig formulert i studien, både i overskriften og i sammendraget.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	✓			Artikkelen spør etter hvordan afasirammede opplevde helsehjelpen de fikk, og for å få svar på dette er et kvalitativt studiedesign hensiktsmessig.
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	✓			Studiedesignet er hensiktsmessig og har fokus på dybdeintervju med pasientene. Etersom intervjuene i studien blir utført i pasientens egne hjem, er den ikke direkte knyttet opp mot oppgavens problemstilling
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	✓			Til sammen 50 slagrammede personer med afasi deltok i studien. 24 menn og 26 kvinner. Dette er et veldig godt utvalg, jevnt fordelt med kvinner og menn.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	✓			Data ble samlet via intervju, som gir utfyllende informasjon til å besvare problemstillingen
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av	✓			Alle intervju ble filmet og brukt under analyseringen som foregikk manuelt på Word-program på data

data forståelig, tydelig og rimelig?				
7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	✓			Som det påpekes i studien har det gått en periode siden den deltakerne var innlagt på sykehus, som kan være begrensende alt etter hvor mye pasienten husker fra den tiden.
8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	✓			Tydelig at funnene underbygges i drøftningsdelen, der det trekkes inn mye teoretisk materiale.
9. Er etiske forhold vurdert?			✗	Ingen dokumentasjon på etisk godkjenning. Likevel tydelig at de har anonymisert sine deltakere.
10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	✓			Informasjon, kommunikasjon, verdighet, respekt og kontroll var de viktigste temaene i studien.
11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	✓			Svært omfattende studie som gir dypt innblikk i afasirammedes opplevelser i møte med helsevesenet og er nyttig for alle som jobber med denne pasientgruppen.

Artikkel 2: The use of conversation analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke (Gordon et.al, 2009)

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er formålet med studien klart formulert?	✓			Formål tydelig formulert i tittel og sammendrag på fremsiden av studien.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	✓			Et kvalitativt studiedesign er hensiktsmessig for å få innblikk i interaksjon mellom sykepleier og pasient.
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	✓			Observasjonsstudie der det ble tatt film av samtaler mellom sykepleiere og pasienter.
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	✓			14 sykepleiere og 5 afasirammede deltok i studien. Kunne gjerne vært flere pasienter med i studien.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	✓			Samtaler mellom sykepleier og pasient ble filmet, samt det ble tatt notater.
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	✓			Filmpoptakene ble sammen med notatene analyserert, for å finne mønstre og gjentakelser. Også spesielle situasjoner ble trukket frem.
7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	✓			I studien varierer pasientenes kommunikasjonsproblemer i stor grad, da utvalget var fra både akutt og rehabiliterende avdeling. Det ble ikke utført observasjoner under stellesituasjoner, noe som kan ha påvirket datakolleksjonen, ettersom den kan være mer personlig og affektiv under stell.

8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	✓			I drøftningsdelen av studien blir det trukket inn litt teori, samt andre studier for å underbygge funnene.
9. Er etiske forhold vurdert?	✓			Etiske forhold er vurdert og blitt godkjent av en etisk komité.
10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	✓			Hovedfunn kommer tydelig frem. Sykepleiere tar kontrollen over de fleste samtaler og situasjoner, som fører til asymmetri i samtaler med pasientene.
11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	✓			Gir god innsikt hva sykepleiere bør tenke over i møtet med afasirammede.

Artikkel 3: Understanding between cares providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry (Sundin et.al, 2002)





Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er formålet med studien klart formulert?	✓			Tydelig formulert overskrift og formål. Et mer oversiktlig sammendrag på fremsiden hadde gjort det mer oversiktlig.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	✓			Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å belyse forståelsen mellom sykepleier og pasient.
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	✓			En fenomenologisk hermeneutisk metode ble brukt.

4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	✓			5 sykepleier og 3 pasienter deltok i studien. Kunne gjerne vært flere for å få et større grunnlag i studien.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	✓			Det ble tatt film av situasjon mellom sykepleier og pasient, etterfulgt av intervju der man gjennomgikk opptakene.
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	✓			Alle resultatene ble delt i kategorier og temaer.
7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	✓			I studien ble intervjuene og observasjonene utført mens deltakerne så på og snakket om bilder. Dette kan ha redusert pasientenes aktivitet og spontanitet i samtalen, da en slik setting blir mer kunstig.
8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	✓			I studiens drøftningsdel blir det trukket inn teoretisk materiale som

				underbygger funnene.
9. Er etiske forhold vurdert?	✓			Alle deltakere fikk skriftlig og muntlig informasjon på forhånd. Har også blitt godkjent av etisk komité.
10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	✓			For å oppnå forståelse mellom pasient og sykepleier, må pasientens følelser og reaksjoner lede situasjonen.
11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	✓			Studien gir innblikk i både sykepleiers og pasienters opplevelser, og kan være nyttig for klinisk praksis.

Artikkel 4: Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues (Nyström, 2009)

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er formålet med studien klart formulert?	✓			Formålet var å få et større innblikk av hvordan profesjonell pleie til afasirammede ble oppfattet av pasientene. Oversiktlig sammendrag på studien fremside.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	✓			Siden studien tar sikte på å finne pasienters opplevelse, er kvalitativ metode hensiktsmessig.
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	✓			En fenomenologisk tilnærming ble brukt i design av studien. En veldig oversiktig og enkelt lesbar studie.
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	✓			Til sammen 9 pasienter deltok i studien, der 4 var kvinner og 5 menn. Kunne med fordel vært flere deltakere.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	✓			Dataene ble samlet inn gjennom dybdeintervju, der deltakerne reflekterte over sine opplevelser. Det ble også brukt dagbøker

				og andre notater.
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?				Informasjonen fra intervju, notat og dagbøker ble sammenfattet og delt inn i hovedkategorier.
7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?				I denne studien blir det verken omtalt kildekritikk eller svake og sterke sider. Studien er likevel publisert i Journal of Clinical nursing, og skrevet av Nyström som er professor på Univerisetet i Borås, Sverige.
8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?				Drøftingsdelen i studien er ikke spesielt omfattende men trekker likevel inn noe teoretisk materiale, samt henviser til andre studier.
9. Er etiske forhold vurdert?				Alle deltakere fikk informasjon om studiet, og kunne når som helst trekke seg. Pasientene ble

				forsikret om at all informasjon ble behandlet konfidensielt.
10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	✓			Hovedfunn i studien er punktvis og oversiktig fremstilt.
11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	✓			De kliniske implikasjonene kommer tydelig frem i oppgaven. Funnene gir nyttig kunnskap til helsearbeidere som jobber med denne pasientgruppen.

Artikkel 5: Understanding and being understood as a creative caring phenomenon—in care of patients with stroke and aphasia (Sundin & Jansson, 2003)

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er formålet med studien klart formulert?	✓			Studiens overskrift formulerer tydelig tema for hva leseren kan forvente. Sammendraget på artikkelens fremside kunne derimot vært mer oversiktig og presist.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	✓			For å innsikt i forståelsen og samspillet mellom sykepleier og pasient er en kvalitativ metode hensiktsmessig.
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	✓			En fenomenologisk hermeneutisk metode ble brukt.
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	✓			5 sykepleiere og 3 afasirammede pasienter deltok i studien. Kunne med fordel ha vært flere deltakere.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	✓			Datakolleksjonen ble gjennomført med videoopptak, etterfulgt av refleksjoner og spørsmål.
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	✓			Funnene ble kategorisert etter temaer basert på studiens mål.
7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?			✗	Det blir ikke nevnt kildekritikk i studien, men det kan tenkes at interaksjonen og kommunikasjonen ble noe påvirket av at det

				stod en forsker og filmet under stellsituasjoner.
8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	✓			Funnene blir underbygget i studiens drøftningsdel, der det blir trukket inn teoretisk materiale, samt studier.
9. Er etiske forhold vurdert?	✓			Alle pasienter fikk skriftlig og muntlig informasjon. Studien ble også tildelt godkjenning fra etisk komité.
10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	✓			Hovedfunn blir omstendelig greid ut, men kunne vært mer oversiktlig fremstilt.
11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	✓			Kan med fordel leses av helsearbeidere som arbeider med pasienter med språkvansker.