

## **EKSAMENSINNLEVERING**

---

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Eksamensdel: 1

Leveringsfrist: 27.04.2017, kl.14.00

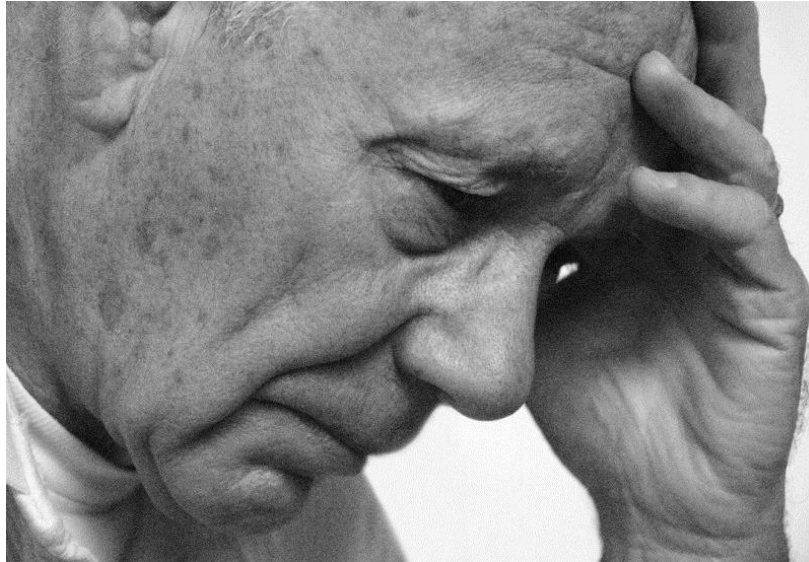
Kandidatnummer/namn: 368

Rettleiar sitt namn: Bente Kvilhaugsvik



# Når ord manglar

- sjukepleie til pasientar med afasi



Kjelde: *Depressed elderly man* [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.  
[http://quest.eb.com/search/132\\_1270365/1/132\\_1270365/cite](http://quest.eb.com/search/132_1270365/1/132_1270365/cite)

Bachelorutdanning i sjukepleie



Avdeling Stord  
Kull 2014

Antal ord: 8 636

Innlevert 27.april 2017

# Samandrag

**Tittel:** Når ord manglar – sjukepleie til pasientar med afasi

**Bakgrunn:** Kvart år vert omlag 15 000 menneske i Noreg råka av hjerneslag. Av desse får om lag 6-7 000 afasi. Risikoen for hjerneslag aukar med alderen, og då andelen av den eldre befolkninga stadig aukar kan me vente å sjå ei auke i antal hjerneslag i åra framover.

**Problemstilling:** Korleis kan sjukepleiar oppnå god kommunikasjon med pasientar med afasi etter hjerneslag medan dei er under rehabilitering?

**Hensikt:** Hensikta med denne bacheloroppgåva er å undersøke tidlegare forskning på teamet nemnt i problemstillinga. Gjennom å undersøke forskning, pensum og anna relevant litteratur skal problemstillinga diskuterast.

**Metode:** Litteraturstudie

**Funn:** I forskinga brukt i oppgåva kjem det fram viktigheita av å trene aktivt på korleis pasienten skal klare aktivitetar i det daglege liv. Dette førebur pasienten på livet som ventar etter rehabiliteringsopphalde. Det kjem også fram viktigheita av å skape ein relasjon, der fokuset bør vere ømheit og omsorg. Sjukepleiar må ha fokus på fleire ting medan pasienten er under rehabilitering, og det pasienten uttrykker som viktig er bevaring av pasientens eigen identitet, motivering til trening, å sjå omsorgsbehova til pasienten og likeverd mellom sjukepleiar og pasient. Dette kan vere med på å auke meistringskjensla og motverke kjensler som isolasjon.

**Konklusjon:** Tolmod, tid og respekt er avgjerande i kommunikasjon med pasientar råka av afasi. Ein må ta tida til hjelp å la ein relasjon utvikle seg, på denne måten legg ein til rette for kommunikasjon. Å ha fokus på kva ytre faktorar som kan påverke kommunikasjonen er viktig, samt kva hjelpemiddel som er tilgjengeleg for å forbetre kommunikasjonen.

**Nøkkelord:** Afasi – hjerneslag – rehabilitering - kommunikasjon

# **Abstract**

**Title:** When words are missing – nursing care for patients with aphasia

**Background:** Each year about 15 000 people in Norway get a stroke, from these about 6-7000 later suffer from aphasia. The risk of getting a stroke increases with age, and with the elderly population living longer than before we can expect to see an increase in the incidents of stroke in the years to come.

**Research question:** How can nurses achieve good communication with patients suffering with aphasia while they are under rehabilitation?

**Aim:** The purpose of this bachelor study is to investigate already existing research done on the topic. By examining this research, curriculum and other relevant literature the research question at hand will be discussed.

**Method:** Literature study

**Findings:** The research used for this bachelor thesis reveals the importance of focusing on normal everyday tasks during the rehabilitation period. This prepares the patient for the life that awaits them when they come home. In one study the patient expresses the importance that the nurse should strive to preserve the identity of the patient. It is also expressed the wish for the nurse to motivate the patient for rehabilitation, and that she has the ability to see the individual needs. Equality between the nurse and the patient is of utmost importance.

**Conclusion:** Patient, time and respect are all important keywords in communicating with patients suffering with aphasia. One must take time to let a relationship develop, this will facilitate communication. Having focus on which factors in the environment can help the communication process is important, knowledge about which other aids can be useful in the rehabilitation process, as well as in the daily life when the patient is released from hospital need consideration.

**Keywords:** Aphasia – stroke – rehabilitation - communication



# Forord

I løpet av tida mi som sjukepleiarstudent har eg jobba ved rehabiliteringsavdeling innan spesialisthelsetenesta. Erfaringane og lærdommane eg har fått har gjort store inntrykk, og samstundes vekka ei interesse for slagpasientar med afasi.

Eg vonar denne bacheloroppgåva kan verta eit hjelpemiddel i sjukepleiar si samhandling med pasientar som er råka av afasi. Eg håpar at oppgåva kan gi svar på korleis ein kan oppnå god kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient.





## Innhald

1	Innleiing .....	1
1.2	Problemstilling .....	2
1.3	Grunngjeving for val av tema .....	2
1.3.1	Avgrensing og presisering .....	2
1.4	Hensikt .....	2
1.5	Definisjon av omgrep .....	3
2	Teori .....	4
2.2	Joyce Travelbee sin sjukepleieteori .....	4
2.3	Hjerneslag og afasi .....	5
2.4	Meistring .....	6
2.5	Kommunikasjon .....	6
2.6	Sjukepleierolla i det tverrprofesjonelle rehabiliteringsteam .....	7
3	Metode .....	9
3.1	Kva er ein metode .....	9
3.1.1	Kvalitativ metode .....	9
3.1.2	Kvantitativ metode .....	9
3.1.3	Litteraturstudie som metode .....	10
3.2	Metodekritikk .....	10
3.3	Framgangsmåte .....	11
3.3.1	Søk i SveMed+ .....	12
3.3.2	Søk i CINAHL .....	12
3.3.3	Søk i CINAHL .....	13
3.3.4	Søk i CINAHL .....	13
4	Resultat .....	14
4.1	Samandrag av artiklar .....	14
4.1.1	A new life with aphasia: everyday activities and social support. ....	14
4.1.2	Supporting communication for people with aphasia in stroke rehabilitation: transfer of training in a multidisciplinary stroke team. ....	15
4.1.3	Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives. ....	16
4.1.4	Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues. ....	18
5	Drøfting .....	19
5.1	Å skape ein relasjon basert på likeverd .....	19
5.2	Ytre rammer for kommunikasjon .....	21
5.3	Kommunikasjon – ulike formar og hjelpemiddel .....	23
6	Avslutning .....	26

7	Referansar .....	27
8	Vedlegg.....	30
	Vedlegg 1 – Resultattabell.....	30

## 1 Innleiing

Kvart år vert omlag 15 000 menneske i Noreg råka av hjerneslag (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2010, s.261). Av desse får om lag 6-7 000 afasi i ein eller annan grad i etterkant. Risikoen for hjerneslag aukar med alderen, og då andelen av den eldre befolkninga stadig aukar kan me vente å sjå ei auke i tilfelle hjerneslag i åra framover, dermed truleg også ein auke i tilfelle av afasi (Bertelsen, 2014, s. 318).

Denne oppgåva skal belyse korleis sjukepleiar kan oppnå god kommunikasjon med pasientar som er råka av afasi etter hjerneslag, og slik hjelpe pasienten i deira rehabilitering av språket. Afasirehabilitering er noko som går over ein lengre tidsperiode og eit viktig moment i prosessen er å lære nye måtar å kommunisere og å takle kvardagen på (Corneliusen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2014, s.13). Bredland, Linge og Vik (2011) definerer rehabilitering på følgande måte:

...tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet (Bredland, Linge og Vik, 2011, s.32).

Eg har erfart at mangelen på logopedar i spesialisthelsetenesta er stor og at mykje av kvardagstreninga vert gjort av sjukepleiarar, helsefagarbeidarar og studentar. Ein får moglegheit til å observere pasienten dagleg, gjer vurderingar om framgang og generelt ver talerøyret til pasienten. Sjukepleiar får ofte ei koordinerande rolle i forhold til det tverrprofesjonelle teamet. Dette gjeld koordinering i eiga avdeling i spesialisthelsetenesta, samt oppretting av kontakt med kommunehelsetenesta. Det er viktig å opprette kontakt med kommunen på eit tidleg tidspunkt då rehabiliteringa går over lengre tid, men også for å sikre kontinuitet i rehabiliteringa. God kontinuitet i rehabiliteringa kan ha ein motiverande effekt på pasienten, noko som igjen er ein viktig faktor for resultatane ein oppnår. Det er pasienten sjølv som set måla og han som må gjer mykje av jobben sjølv. Teamet si rolle er å rettleia og å utrusta vedkommande for best mogleg måloppnåing.

## 1.2 Problemstilling

### ***Korleis kan sjukepleiar oppnå god kommunikasjon med pasientar med afasi etter hjerneslag medan dei er under rehabilitering?***

## 1.3 Grunngeving for val av tema

I løpet av studietida har eg fått kjenne på kroppen kor hjelpelaus ein kan føle seg i samhandling med pasientar med afasi, og kor fortvilande det kan vera for pasienten. Gjennom arbeidet med denne oppgåva ynskjer eg å fordjupe meg i dette temaet, slik at eg i framtida kan yte betre sjukepleie for denne pasientgruppa. Eg vil diskutere korleis ein som sjukepleiar gjennom samtaleteknikkar, ulike kommunikasjonsformer og andre ytre faktorar kan oppnå god kommunikasjon med pasienten. Gjennom god kommunikasjon kan ein påverke pasientens motivasjon for trening og håp for framtida. Eg ønsker i denne oppgåva også å sjå nærare på sjukepleiar si rolle i det tverrprofesjonelle teamet når pasienten har afasi.

### 1.3.1 Avgrensing og presisering

Hovudfokuset vil ver afasi og dei utfordringane dette førar med seg. Det vil ikkje leggjast vekt på andre eventuelle fysiske og psykiske konsekvensar ein kan få etter eit hjerneslag. Oppgåva handlar om rehabilitering i spesialisthelsetenesta, men det er også eit fokus på samhandlinga i forbindelse med utskriving til kommunen. Det vil ikkje bli gjort avgrensing i forhold til kjønn, men det vil bli gjort ei avgrensing i forhold til alder då dei fleste som får hjerneslag er over 65år (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2010, s. 261). Denne oppgåva tek føre seg pasientar mellom 65-80år.

## 1.4 Hensikt

Hensikta med oppgåva er å samle og samanfatte informasjon frå ei rekkje ulike kjelder, for slik å kunne konkludere med kva som er den beste praksis i samhandling med pasientar råka av afasi etter hjerneslag. Metoden som blir brukt er litteraturstudie. Hensikta med ei slik studie er å systematisk innhente tidlegare forsikring, litteratur og anna relevant materiale for å avdekke kva som er gjort og undersøkt på temaet. Dette materialet vert brukt til å diskutere den gjeldande problemstillinga (Støren, 2013, s.17).

## 1.5 Definisjon av omgrep

Ordet afasi kjem av det greske ordet «*aphasia*» som tyder tap av taleevne. Det vert definert som språkvanskar som følgje av ein erverva skade i hjernen. Skaden oppstår som ei følgje av sjukdom eller ytre skadar på hovudet. Afasi kan ramma brått og trenge ikkje å ha samanheng med den intellektuelle kapasiteten til eit menneske (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010, s.23-24).

Travelbee forklarar omgrepet kommunikasjon i sjukepleie som ein prosess som gjer ein i stand til å danna eit menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Slik kan ein oppfylle hensikta og målet med sjukepleia: «å hjelpe enkeltindivider og familien med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s.135).

## 2 Teori

### 2.2 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori

Joyce Travelbee sin teori fokuserer på at sjukepleiar skal sjå det unike mennesket, og at ønske om å hjelpe menneske ikkje kjem av at pasienten er sjuk og er pleietrengande, men på grunn av at personen er seg sjølv og heilt unik. I helsevesenet er det eit faktum at mange pasientar aldri verta frisk, kurering er ikkje ein realitet. Travelbee meiner at ein då bør fokusere på å hjelpe desse pasientane å oppleve meistring i deira sjukdom og lidning. For at sjukepleiar skal kunne gjere dette i praksis er det heilt naudsynt å sjå det unike menneske, at ein ser sjukdommen og lidinga frå pasienten sitt subjektive perspektiv og at nettopp dette blir utgangspunktet for sjukepleia som vert gitt (Travelbee, 1999, s.35-36).

Travelbee hevdar at ein kan klare å meistre sjukdom og lidning dersom ein forsøker å finne ei mening i det ein opplever. Dette handlar ikkje om å sjå det positive med å vere sjuk, men heller at pasienten kan forsøke å sjå sjukdommen frå ulike perspektiv og oppleve det Travelbee kallar for ein «sjølvaktualiserande betydning» for pasienten. Dette er ei vanskeleg oppgåve for den profesjonelle sjukepleiar, og oppgåva kan verka umogleg dersom sjukepleiar sjølv ikkje meine det er mogleg å finne mening i ein slike situasjon. Sjølv om pasienten er så sjuk at det ikkje er håp for fullstendig kurering, finst det alltid noko ein kan gjer for pasienten, ingen pasient er håplaus (Travelbee, 1999, s.37-38).

Når to eller fleire menneske samhandlar med kvarandre så skjer kommunikasjon.

Kommunikasjon er til stades uansett om det er dialog eller om begge partar er stille.

Travelbee skriv at det er fullt mogleg å kommunisere med pasienten utan at ein oppnår eit menneske-til-menneske-forhold (1999, s. 136). For at eit slikt forhold skal kunne utviklast så må det skje bevisst frå sjukepleiar si side. Kommunikasjon er ein tovegs-prosess. Sjukepleiar brukar prosessen til å undersøke og til å formidle informasjon til pasienten. Pasienten brukar prosessen til å be om hjelp. Kommunikasjon nyttast også til å formidle omsorg, trygghet og til å bygge ein relasjon (Travelbee, 1999, s.135-137). Det ligg ei kraft i kommunikasjon som er viktig å ver merksam på. Kommunikasjon kan brukas til å trekke folk nærare seg, til å skape ein relasjon eller til å hjelpe. Men den kan og brukas til å skubbe folk vekk eller til å såre nokon. Kva sjukepleiar sine grunnleggjande intensjonar er i forhold til pasienten og situasjonen, vert alltid kommunisert i sjukepleiesituasjonen (Travelbee, 1999, s.137).

### 2.3 Hjerneslag og afasi

Hjerneslag, også kalla *apoplexia cerebri*, er ein samle tyding på plutsleg skade på hjernevevet. Desse skadane kjem som ei følgje av at blodtilførselen til eit område i hjernen vert stoppa enten på grunn av bløding eller blodpropp (Bertelsen, 2014, s. 318).

Funksjonar som tale, språk, setningar og ord sit i hovudsak i venstre hjernehalvdel. Då kommunikasjon er eit komplekst område som omhandlar fleire ulike delar av hjernen, vert det også diskutert korleis ein deler inn dei ulike formene for afasi (Labreche, Szilva & Plotkin, 2016). Det er tre hovudgrupper av afasi. *Motorisk afasi*, også kalla ekspressiv afasi, omfattar skadar som gjer at pasienten forstår det som blir kommunisert til han, men han har problem med å finne, samt uttale ord og setningar sjølv (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2010, s. 267). Denne forma for afasi vert også kalla *Brocas afasi* fordi skaden sit i brocas området i hjernen (Labreche, Szilva & Plotkin, 2016). Nokre pasientar med skader i denne delen av hjernen kan oppleve å få eit snevrare ordforråd, med såkalla «telegramstil», korte ord, lite funksjonsord og ingen grammatiske bøyningar (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010, s.28).

*Sensorisk afasi*, også kalla impressiv afasi, går på at språkforståinga er redusert (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2010, s. 267). Desse pasientane har ofte ikkje problem med sjølv talem, men det som kjem ut er ofte vanskeleg å forstå for andre. Det gir ofte ikkje mening i forhold til kva ord som er valt og rekkjefølga dei kjem i (Labreche, Szilva & Plotkin, 2016). Pasienten sjølv opplever at han snakkar på korrekt måte, men for omverden vert det ein «ordsalat» (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2010, s. 267). Denne forma for afasi vert også kalla *Wernicks afasi*, då skadane sitt i Wernicks område i hjernen.

Den siste inndelinga av afasi vert kalla *global afasi*. Dette er ein av dei mest alvorlege formene, og den omfattar alle språklege funksjonar (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2010, s. 267). Denne kan førekomme når det er alvorlege og omfattande hjerneskaradar etter eit hjerneinfarkt (Labreche, Szilva & Plotkin, 2016).

## 2.4 Meistring

Lazarus og Folkman (Renolen, 2015, s.169) snakkar om to ulike meistringsstrategiar: problemfokusert meistring der ein prøver å fokusere på tiltak som kan løyse sjølv problemet og emosjonsfokusert meistring der fokuset er på korleis ein kan endre kjenslereaksjonar som kjem som ei følgje av stress (Renolen, 2015, 169-170). Vidare har Folkman og Greer lagt til ein siste meistringsstrategi som dei kallar for meiningsfokusert meistring. Denne går ut på at menneske prøver å finne mening i situasjonen dei er oppi. Å sjå mogleikar i ein situasjonen fører gjerne til at ein kjem i kontakt med ei anna side av seg sjølv, ein revurderer sine eigne verdiar og oppdagar gjerne noko nytt i prosessen (Renolen, 2015, s.171).

## 2.5 Kommunikasjon

I sjukepleiefaget ligg mykje av sjølv arbeidet i korleis ein kommuniserer med pasientar, pårørande, kollegaer og andre profesjonar. Denne forma for kommunikasjon er noko annleis enn den ein bruke i privatlivet. Kommunikasjonen som nyttast på arbeid vert kalla profesjonell kommunikasjon (Eide & Eide, 2007, s. 18). Det som gjer denne forma for kommunikasjon unik, er at den som me ønsker å kommuniserer med kjem til oss fordi han enten søker eller er vist til vår hjelp. Dette kan ver enten pasientane, deira pårørande eller andre yrkesgrupper som ein må jobbe saman med (Eide & Eide, 2007, s. 18).

Eide og Eide nyttar omgrepet *hjelpande kommunikasjon* når personell i helsesektoren har som mål å samhandle anerkjennande med pasientar, skapa tillit og samstundes formidla informasjon. Slik kommunikasjon skal verka stimulerande på pasienten, den skal hjelpe pasienten i å løyse problema som han står ovanfor. Med andre ord skal kommunikasjonen hjelpe pasienten å meistre sjølv situasjonen han er opp i (Eide & Eide, 2007, s. 20).

For å skape eit miljø som fremjar tillit og stimulerer pasienten, er det avgjerande at ein klare å skape ein form for relasjon til pasienten. Ordet relasjon kjem frå det latinske ordet *relatio* som tyder at noko står i samband med noko anna (Eide & Eide, 2007, s. 18). Ein kan dermed sei at ein relasjon er ein samanheng mellom to eller fleire personar, ein samanheng der ein vert påverka av kvarandre. Ein påverkar kvarandre på det fysiske planet, men også på det emosjonelle planet. Korleis ein som sjukepleiar relaterer seg til pasienten, har mykje å sei for korleis ein opplever og oppfattar pasientens situasjon, livskvalitet og oppleving av meistring



(Kristoffersen og Nortvedt, 2012, s.84). Pasient og pårørende syner stor tillit til profesjonelle grunna deira fagkunnskapar. Den profesjonelle si omsorg og måten ho ter seg på ovanfor andre menneske har også mykje å seie. Det er dette me kallar empati, og dette kan definerast som den evna ein har til å forstå andre menneske sine situasjonar og erfaringar (Kristoffersen og Nortvedt, 2012, s.84).

## 2.6 Sjukepleierolla i det tverrprofesjonelle rehabiliteringsteam

Tverrprofesjonell samarbeid er i nyare tid blitt satt meir på dagsorden etter at Samhandlingsreforma (St.meld. nr. 47 (2008-2009) vart iverksett i 2012. Dette stilte krav til meir effektiv samarbeid mellom dei ulike behandlingnivåa i helsetenesta, men og til samarbeid mellom ulike profesjonar (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2016, s. 17-18). I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012) står det nedfelt i §10 at det regionale helseføretaket skal sørge for at menneske som har fast bustad eller opphaldsstad i regionen, skal få tilbod om og få naudsynt habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetenesta, både i og utanfor institusjon. Det står vidare i §11 at spesialisthelsetenesta skal ha koordinator som har ansvar for å den generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Dette for å sikre at pasientar får eit heilskapleg tilbod med tanke på sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

I §18 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012), kjem det fram at både kommunen si helse- og omsorgsteneste og helseføretaka har eit ansvar. Helseføretaka har eit ansvar med å melde frå til kommunen så snart dei ser at behovet for individuell plan er til stades. Dette meldast til kommunens si koordinerande eining for habilitering og rehabilitering, som har det overordna ansvaret for utarbeidinga av individuell plan, og eventuell tildeling av personleg koordinator.

Pasientar med behov for langvarige, koordinerte helse- og omsorgstenester har krav på å få utarbeida ein individuell plan. Dei har også krav på å få medverka i utforminga av tilbodet, dette er nedfelt i Sosialtenestelova (2010). I §28 står det tydeleg at den individuelle planen skal utformast saman med tenestemottakaren. Omgrepet brukarmedverknad ligg det stor politisk, moralsk og etisk betydning i. Den politikken som er styrande i Noreg i dag legg stor

vekt på at brukaren skal verta høyrte og aktivt medverke i utforming av sitt eige tilbod. I praksis kan dette av og til bli utfordrande for dei profesjonane som skal utforme tilbodet, sjølv om rammene og retningslinjene er på plass (Willumsen, 2016, s.36-37).

For pasientar med afasi er det essensielt at dei har eit team rundt seg for å støtte, hjelpe og rehabilitering. Det er dokumentert at dess raskare ein kjem i gong med rehabilitering og språktrening etter eit slag, jo betre er utsiktene for framtida. Det tverrprofesjonelle teamet står sentralt i denne opptreninga (Bertelsen, 2014, s. 320). Tverrprofesjonelt samarbeid kan definerast som fleire ulike profesjonar som jobbar saman om eit felles mål eller eit felles prosjekt. Ein jobbar som regel i team der ein drar nytte av kvarandre sine kunnskapar og dugleikar. Innad i dette teamet skapar ein på mange måtar ny kunnskap og nye løysningar som profesjonane åleine ikkje hadde klart å oppnå (Willumsen, 2016, s.39). Det tverrprofesjonelle teamet spelar ei sentral rolle både i spesialisthelsetenesta og i kommunen når pasienten kjem heim.

Sjuepleiar er ein viktig del av det tverrprofesjonelle teamet, og har ei rekkje viktige roller i forhold til pasienten. Det er sjuepleiar som er tettast på pasienten, og som dermed har gode mogleikar for kommunikasjon og samhandling med både pasient og pårørande. I samhandlingsprosessen mellom pasient og teamet får sjuepleiaren i mange tilfelle ein fortolkande, støttande, integrerande og bevarande funksjon (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2010, s.262).

Innan afasirehabilitering snakkar ein om indirekte og direkte tiltak, der det rettleiande for tiltaka er pasienten sine eigne unike mål. Dei direkte tiltaka omhandlar sjølve skaden som har oppstått i hjernen, og ein fokuserer på korleis ein skal «reparere» språket. Dei indirekte tiltaka omhandlar gjerne dei konsekvensar språkproblema får for pasientens moglegheiter til å delta i sosiale samanhengar. I ein god heilskapleg afasirehabilitering er det viktig å ha fokus på begge desse tiltaksområda (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010, s.34).

Det er fleire aspektar som må takast med når ein snakkar om rehabilitering av afasi. Eit viktig aspekt er at rehabiliteringa vert starta tidleg, ofte som akuttbehandling ved slageiningar. Eit anna aspekt er at det må gå over lengre tid, ofte over fleire år. Det siste aspektet er at rehabiliteringa må vere av god kvalitet, det tyder at behandlinga må styrast gjennom eit tverrprofesjonelt samarbeid (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010, s.36).

## 3 Metode

### 3.1 Kva er ein metode

Kort sagt kan ein sei at ein metode er eit kvart verktøy som ein bruke i innhenting eller undersøking av ny kunnskap. Ein vel den metoden som ein meiner er mest hensiktsmessig i forhold til kva det er ein ønsker å undersøke (Dalland, 2014, s.111-112). Når ein skal utføre eit forskingsprosjekt er det ei rekkje forskningsetiske prinsipp og retningslinjer ein må forholde seg til.

#### 3.1.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode har som hensikt å formidle opplevingar, kjensler og tankar rundt eit tema. Resultata ein får fram ved kvalitativ metode vert vanskeleg å talfeste eller setje inn i tabellar. Ein kan derimot få fram meiningsinnhald eller fenomen, og ein kan gå i djupna på spørsmål. Resultata av forskinga får ein ofte ved å gå direkte ut i «felten». Gjennom samtale med grupper eller individ oppnår ein kontakt med informantane, og slik kjem data fram. Ein kan til dømes få informasjon om korleis kreftpasientar opplever tilbod av smertelindring på ei avdeling. Brukar ein derimot kvantitative metodar for å få svar på same spørsmål vil ein kunne avdekke i tal kor mange som er smertelindra og kor mange som ikkje er det (Dalland, 2014, s.112-113).

#### 3.1.2 Kvantitativ metode

Ved bruk av kvantitative metodar får ein fram dei «harde» fakta. Her får ein ikkje fram kjensler eller opplevingar, men heller kor mange det er som føler dei same tinga. Resultata som kjem fram i slike type undersøkingar kan enkelt setjast inn i tabellar slik at ein får ein oversikt over resultatet. Ein får fram det som gjennomsnittet meiner og innsamling av data kan skje utan at ein har direkte kontakt med informantane. Spørjeundersøkingar er døme på ein type kvantitativ metode (Dalland, 2014, s.112-113).

### 3.1.3 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er ein tenleg metode når ein ønsker å undersøke kva som er gjort og undersøkt innanfor eit spesielt tema. Ein brukar vitenskaplege originalartiklar i søken etter fagstoff, og desse finn ein i godkjente og relevante databasar (Støren, 2013, s.37). I ein litteraturstudie kjem det ikkje fram ny kunnskap, men det er ein samanfatting av tidlegare publisert kunnskap på området (Støren, 2013, s.17). For at ein skal kunne gjennomføre ei god systematisk litteraturstudie forutset det at det allereie finnest forskning av god kvalitet på området då det er dette materialet ein bruke for å diskutere eiga problemstilling ( Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 26).

## 3.2 Metodekritikk

Forskinga eg har funne fram til i denne oppgåva er kvalitative studiar. Eg valte å nytta kvalitative studiar fordi eg vurderte det som mest hensiktsmessig i forhold til det eg ønske å undersøke. Oppgåva fokuserer på kommunikasjon, og dei kvalitative studiane gjer det mogleg å fange opp kjensler og opplevingar i forhold til dette. Dei ulike kvalitative metodane gjer det mogleg å gå i djupna på ulike ting, til dømes fenomen i fenomenologien.

Tidsaspektet på oppgåva er også ein faktor som må takast med under metodekritikken. Åtte veker vart sett av til utforming av oppgåva og dette avgrensingar kor djupt eg kunne gå inni temaet. Eg personleg er heller ikkje forskar, men ein student på bachelornivå. Dette legg naturlegvis også nokre avgrensingar for kvaliteten på oppgåva.

For å kunne nytte den forkinga ein finn er det viktig at ein først sjekkar at den er av god kvalitet og utført på ein slik måte at den vert relevant for oppgåva. Eg nytta i mi undersøking av artiklane sjekkliste som eg fann på nettsida til Kunnskapssenteret (2017). Dette er eit viktig verktøy i verifisering av kjelda. Kjeldene ein finn er nøydde til å gå i gjennom ein prosess for vurdering av kvalitet for å sikre at dei er relevante for oppgåva ein skal skrive. Dette gjeld like mykje vitenskaplege artiklar som nettsider og anna litteratur som ein vurderer å bruke (Dalland, 2014, s.63). Vidare nytta eg aktivt IMRaD strukturen medan eg las gjennom artiklane. På denne måten fekk eg effektivt sjekka om artikkelen var relevante i forhold til oppgåvas problemstilling. IMRaD er ein anerkjent struktur som ein sett vitenskaplege artiklar inn i, den står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Thidemann, 2015, s.30-31).

Eit anna viktig moment når ein skal nytte forskning er å sjekke at dei etiske aspekta er blitt ivareteke. Dette gjeld innhenting av naudsynt godkjenning i forkant av studia slik at ein er sikra at studia er gjennomført i samsvar med dei forskningsetiske retningsliner for medisin og helse (De nasjonale forskningsetiske komiteene, u.å). Helsinkideklarasjonen er overordna når det gjeld reglar for forskning som omfattar menneske. I Noreg er det REK, regional komitéar for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk som har det overordna ansvaret i forhold til problemstillingar eller spørsmål som kan dukke opp under eit forskingsprosjekt (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s.43-44). Ein må også i forkant av eit prosjekt kontakte komiteen for godkjenning. Dei har gjennom forskningsetikk lova (2006) myndigheit til å godkjenne eller ikkje godkjenne eit prosjekt før det vert sett i gong. Dette for å beskytte informantane si sjølvavgjersle og privatliv, samt for å unngå at skade oppstår under forskinga (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s.44-45).

### 3.3 Framgangsmåte

I mine søk nytta eg forskning-databasane SveMed+ og CHINAL, desse kom eg fram til via lenke på nettsida til biblioteket ved HVL. Dette var begge databasar eg har nytta tidlegare i søk, og som eg var noko kjend med. Søkeorda eg nytta var «aphasia», «rehabilitation», «coping», «nursing», «rehabilitation team», «speech rehabilitation». Eg prøvde og feila litt i starten då eg skulle finne relevante søkeord, men dei eg landa på gav nyttige resultat. Søkeorda er formulert ut i frå hensikta med oppgåva og kva problemstillinga er. Eg nytta ingen form for oversetningsprogram då eg kjende til orda si tyding på engelsk, avgrensingar eg nytta i databasane var «AND», og forskning utgitt mellom 2010 og 2017. Nedanfor kan ein sjå kva søkeord eg har nytta for å finna dei ulike artikkelane, samt kor mange treff dei enkelt orda gav og kva avgrensingar som vart lagt til.

### 3.3.1 Søk i SveMed+

Artikkel 1, 20.mars 2017.

Søkeord: Afasi – mestring – rehabilitering.

Søk i Svemed+ 20.03.2017			
Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff
s1	Afasi		45
s2	Mestring		1 811
s3	Rehabilitering		9130
s4	S1 + S2		2
s5	S1 + S2 + S3		1

Frå søk nr S5 kom det 1 artikkel fram, dette var «*A new life with aphasia: everyday activities and social support*» (2010) skreve av Birgitta Sjöqvist Nätterlund. Denne er relevant då den tek føre seg opplevingane til pasientar med afasi som har vore igjennom rehabilitering på sjukehus, og er kome heim. Deira opplevingar medan dei var under rehabilitering er viktige å ha med i diskusjonen om pleia deira.

### 3.3.2 Søk i CINAHL

Artikkel 2, 22. mars 2017.

Søkeord: Nursing – aphasia communication.

Søk CINAHL 22.03.2017			
Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff
s1	Nursing		1 560 229
s2	Aphasia communication		866
s3	S1 + S2		47
s4	S1 + S2	Utgivelsesår 2009-2017	21

På søk S4, artikkel nummer 6 i resultatlista, fann eg artikkelen «*Supporting communication for people with aphasia in stroke rehabilitation: transfer of training in a multidisciplinary stroke team*». Den er skreve av Simon Horton, Kathleen Lane og Ciara Shiggins (2015). Eg skumlas gjennom resultatlista og peikte meg ut dei artiklane eg ønskte å sjå nærare på. Ved å lese abstraktet til artikkelen landa eg til slutt på artikkelen nemnt over. Denne er nyttig for oppgåva då den utforskar kommunikasjon med afasi pasientar medan dei er under rehabilitering, den utforskar også pleiaren sitt perspektiv og kva teknikkar som er hjelpsame i samhandlinga med pasientar med afasi.

### 3.3.3 Søk i CINAHL

Artikkel 3, 20.mars 2017.

Søkeord: Rehabilitation team – nursing.

Søk i CINAHL 20.03.2017			
Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff
s1	Rehabilitation team		4 488
s2	Nursing		2 064 999
s3	S1+S2		684
s4	S1 + S2	AND, 2012-2013	51

På søk S4, artikkel nummer 4 i resultatlista, fann eg artikkelen «*Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives*» (2012), av Elaine F. Tyrrell, William M. Levack, Lorraine H. Ritchie og Sally M. Keeling. Det kom fleire resultat opp på søket, eg las raskt gjennom tittelen på dei ulike artiklane og valte å sjå nærare på nr.4. Denne er bra for oppgåva då den utforskar kva kvalitetar i sjukepleiaren pasienten og dei pårørende sett mest pris på i ein rehabiliteringssetting. Den utforskar stereotypiar som pasienten hadde av sjukepleiaren og kva påverknad dette hadde for pasientens oppleving av den omsorg han fekk.

### 3.3.4 Søk i CINAHL

Artikkel 4, 22. mars 2017.

Søkeord: Aphasia – speech rehabilitation.

Søk CINAHL 22.03.2017			
Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff
s1	Aphasia		193 266
s2	Speech rehabilitation		4 541
s3	S1 + S2	AND + 2009-2011	93

På søk S3, artikkel nummer 1 i resultatlista, fann eg artikkelen «*Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues*» (2009), av Maria Nyström. Denne er viktig for oppgåva då den tek føre seg pasienten sitt perspektiv på kva som er viktig å halde fokus på medan ein er under rehabilitering, som til dømes bevaring av eigen identitet, at ein er likeverdige i samhandlinga, samt motivasjon til trening.

## 4 Resultat

### 4.1 Samandrag av artiklar

Eg vil i dette kapittel gi eit samandrag av dei artiklane eg har valt å ta med i oppgåva.

#### 4.1.1 A new life with aphasia: everyday activities and social support.

Artikkelen er skreve av Birgitta Sjöqvist Nätterlund og vart utgitt 25.februar 2010 i tidskifte *Scandinavian journal of occupational therapy*.

**Hensikten** med artikkelen er å skildra korleis menneske som lev med afasi opplev kvardagsaktivitetar og den sosiale støtta i deira liv.

**Metoden** som er brukt er kvalitativ metode då det vart utført intervju med 20 individ med afasi. Vidare vart data frå intervju analysert med ein kvalitativ innhaldsanalyse. Studien er godkjent av regional forskningsetisk råd i Uppsala, Sverige.

Undersøkinga vart utført i Örebro i Sverige. Deltakarane vart spurd ei rekkje spørsmål om deira daglege liv, spørsmåla vart delt inn i tema. Det første tema var «Livs situasjon i dag», tema nummer to var «Sosial støtte i det daglege livet» og tema nummer tre var «sosial livet i dag».

**Resultatet** er at individa som har hatt afasi over lengre tid har måtte lære seg å leve med denne nye situasjonen, og at dette har gått gradvis. Dei opplever mindre sosialt liv enn tidlegare. Kvardagen er bygd opp etter rutinar og heimen er ofte blitt tilpassa for å gjer kvardagen enklare. Bruk av tekniske hjelpemiddel vart også tatt i bruk av nokre. Dette gav fleire ei auka kjensle av fridom og sjølvstende.

Når rehabiliteringsopphaldet var over opplevde dei derimot ei kjensle av tomheit, og at mogleikane for å fortsett gjer framgang var mindre.

Det å kunne snakka med familie og vener såg deltakarane på som absolutt nødvendig, og kommunikasjons øvingane dei tidlegare hadde fått såg dei på som viktige. Dei formidla at det vart vanskelegare å snakke når det var mange menneske til stade. Kommunikasjons trening i grupper var derfor ikkje vellykka. Etter to år hadde fleirtalet av deltakarane fortsett problem



med tale. Det å akseptere at språket truleg aldri kom til å bli som det var, var veldig vanskeleg.

Det andre temaet var «sosial støtte i det daglege livet». Ved sjukdomsdebut fortel deltakarane at det vart gitt informativ støtte om kva sjukdommen innebar. Dei som sleit med å ta inn informasjon opplevde at støtta dei hadde fått frå helsepersonell kunne vore betre. Derimot fortel dei at støtta dei fekk frå logoped eller kommunikasjons terapeuten var god.

Siste tema var «Korleis livet er livet i dag». Her fortalde deltakarane at dei i dag ikkje kunne delta på sosiale aktivitetar slik dei gjorde tidlegare. Det å føre ein samtale med venner var vanskeleg, sjølv om ønske var der. Opplevinga av å føle seg einsam hadde auka, utan at deltakarane kunne forklare med ord kvifor dei var einsame. Mange sat mykje åleine, og det sosiale nettverket hadde blitt mindre etter kvart som tida gjekk.

**Konklusjonen** i artikkelen ver at det er viktig at menneske med afasi får delta i den grad dei klarer i dagleg livets aktivitetar, og at det burde vert eit større fokus på dette under rehabilitering. Emosjonell støtte, informativ støtte og instrumental støtte er verktøy ein kan bruke under denne rehabiliteringa.

4.1.2 Supporting communication for people with aphasia in stroke rehabilitation: transfer of training in a multidisciplinary stroke team.

Artikkelen er skreve av Simon Horton, Kathleen og Ciara Shiggins og vart utgitt 15 januar 2015 i tidsskriftet *Aphasiology*.

**Hensikten** med studien er å utvikle ein forståing for dei uformelle mekanismene som spelar ei rolle i den støttande kommunikasjonen som forgår på ei rehabiliteringsavdeling, kva faktorar som påverkar dei samt perspektivet frå dei som jobbar der.

**Metoden** som er brukt er kvalitativ studie. I forkant fekk 28 tilsette kursing i støttande kommunikasjon, deretter brukte dei desse nye verktøya i sin arbeidskvardag. I etterkant deltok 11 tilsette i fokusgrupper og intervju for å evaluere forsøket.

**Resultat** av undersøkinga viser at tilsette i eit tverrfagleg team måtte vera fleksible og ha eit problemløysande innstilling i dei utfordringane ein kan møte i kvardagen. Samarbeid var også essensielt. Utfordringar som ein kunne møte med tanke på pasienten, ytre miljøfaktorar og tidspress i avdelinga vart enklare å handtere når ein jobba i team og var fleksible. Det å bli kursa i forkant med ny kunnskap verka motiverande på dei tilsette, det gav dei meir sjølvtrua og tru på seg sjølv i sine møter med pasientar med afasi. Studien vart **konkludert** med at kursing i støttande kommunikasjon gav store gevinstar for tilsette i eit tverrprofesjonelt team. Det gav verdifull trening i ulike formar for kommunikasjon og ikkje minst sjølvtrua til å gå inn i situasjonar. På sikt kunne dette skape ein kultur som fremma inkludering i forhold til afasipasientar, der dei vart oppmuntra og støtta til aktiv deltaking i alle delar av rehabiliteringa.

#### 4.1.3 Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives.

Artikkelen er skreve av Elaine F. Tyrell, William M. Levack, Lorraine H. Ritchie og Sally M. Keeling, og vart utgitt i 2012 i tidsskriftet *Journal of advanced nursing*.

**Hensikten** med studien er å undersøke kva meiningar eldre pasientar og deira familie har på kva som er særlege for sjukepleiarrolla i eit tverrprofesjonelt team under rehabilitering.

**Metoden** som er nytta er kvalitativ forskingsmetode då intervju vart utført med 7 eldre pasientar, 4 menn og 3 kvinner, i alderen 72-89år. 6 av pasientane sine familiemedlemmar deltok også. Undersøkinga vart gjennomført i New Zealand i perioden juli 2009 til januar 2010. Alle intervju vart tatt opp på lydband, transkribert og analysert med komparativ metode. Undersøkinga vart godkjent av regional etisk komité, og alle deltakarane hadde signert på avtale i forkant av intervjuet, alle intervju var anonyme og ingen namn vart offentleggjort.

I **resultat** delen vart deltakarane vart spurd om kva som var særlege for rolla til sjukepleiar i eit rehabiliterings team. Svaret var at sjukepleiar «tok vare på», «trådde inn» når det var behov og hjelpte pasienten i å trene på å bli sjølvstendig. Det vart og avdekka korleis sjukepleiar oppførte seg i si rolle, der nokre blei kalla «best fit nurse» og nokre forhold vart kalla «best fit relationship». Desse skildrar forholdet mellom pasienten og sjukepleiaren. Det

deltakarane formidla var at det var ikkje så «viktig» kva oppgåver sjukepleiaren utførte, mykje viktigare var måten oppgåva vart utført på. Handlaget og personlegdommen til sjukepleiaren vart meir vektlagt. Dei eldre pasientane plukka seg gjerne ut ei «best fit nurse» som dei meinte dei passa best saman med slik at eit forhold kunne utviklast (best fit relationship). Pasienten vart meir motivert for rehabilitering når kjemien mellom sjukepleiaren var god.

Nokre deltakara hadde problem med å forklare kva rolle sjukepleiar hadde. Det vart sagt at deira jobb var å «berre ta vare på» pasienten. Andre nemnte rutine oppgåver som blodtrykk mål, sårstell og vurdering av- og assistanse i ADL funksjonar som viktige oppgåver. Oppgåver som omsorg, og det å vere ein link mellom familien og det tverrprofesjonelle temaet var også viktige oppgåver utført av sjukepleiar. Familiemedlemmer formidla viktigheita av at sjukepleiar anerkjente familien si rolle i rehabiliteringsfasen, at dei fekk komme med sine kunnskapar om pasienten og at dei fekk kjensla av å vere ein ressurs. I studien kom det fram at sjukepleiar ikkje hadde noko med den formelle behandlingsplanen å gjere, rolla til sjukepleiar var heller å motivere pasienten til rehabilitering. Tilliten og forholdet mellom pasient og sjukepleiar var viktig for å skape eit godt miljø for trening, og det var sjukepleiaren sine personlegdom som var avgjerande for om den omsorga ho gav var god. Ein deltakar fortalte at hans forutante oppfatning av kva ein sjukepleiar var at ho skulle ver snill og omtensksam. Dette var avgjerande om han meinte at sjukepleia som vart gitt var god. Traff han ein sjukepleiar som oppmuntra til at han skulle gjer ting sjølv, var sjukepleia ikkje av god kvalitet.

**Konklusjonen** i studien er at oppfatninga av sjukepleiarrolla i eit tverrprofesjonelt team består av å støtte pasienten i sjølvstende samt å følgje opp dei behandlingsplanane som er utarbeida av andre terapeutar i teamet. Pasientane hadde nok med seg sjølv og deira sjukdom, fokuset var ikkje så mykje på kva sjukepleiar gjorde/ikkje gjorde, men heller på det forholdet som vart utvikla dei i mellom. Sjukepleiar sin personlegdom og korleis omsorga ho gav vart meir vektlagt.

#### 4.1.4 Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues.

Artikkelen er skrevet av Maria Nyström og vart publisert i 2009 i tidsskriftet *Journal of clinical nursing*.

**Hensikten** med studien var å utforske ny kunnskap som kan fungere komplementært til den tradisjonelle språkterapien. Målet er å utforske og utforme omsorgsprinsipp som tar utgangspunkt i pasientens oppleving der ein tek i betraktning dei eksistensielle utfordringane som kan oppstå i samband med ein afasi diagnose.

**Metode:** Studien vart utført i Sverige, 4 kvinner og 5 menn i alderen 45-72år deltok. Data vart innhenta på 16 ulike tidspunkt der metode for innhenting var djupneintervju med opne spørsmål, målet med intervjuet var at deltakarane skulle reflektere over temaet «profesjonell afasiomsorg». Studien har gått igjennom dei naudsynte godkjenningane i forhold til etiske prinsipp i studien.

Studien diskuter erfaringane til pasientar med afasi og deira opplevingar av den omsorga dei har fått frå sjukepleiar. Ein får gjennom artikkelen fleire viktige moment som pasienten sjølv skildrar som viktig i forhold til den omsorg som vart gitt, og kva som var viktig for dei i rehabiliteringsfasen etter slag.

**Resultatet** i studien avdekkar 7 områder der sjukepleiar har mogleik til å utvikle den profesjonelle afasiomsorga til det betre, og som var av stor tyding for pasienten. Desse områda var å motverke isolasjon, å vere ærleg med pasienten angående situasjonen, å skape tryggleik, å identifisere omsorgsbehova til pasienten, motivere til språk trening, likeverd mellom sjukepleiar og pasient, samt vedlikehald av identitet hos pasientane.

## 5 Drøfting

Problemstillinga for oppgåva er «korleis kan sjukepleiar oppnå god kommunikasjon med pasientar med afasi etter hjerneslag medan dei er under rehabilitering?». Eg vil no diskutera denne problemstillinga med utgangspunkt i relasjonsbygging, likeverd, ulike kommunikasjonsformer og fokusere på korleis skape eit godt miljø for kommunikasjon.

### 5.1 Å skape ein relasjon basert på likeverd

I ein samtale er det i utgangspunktet to likeverdige parter, men den som ofte tek leiinga i samtalen er den som har språket i orden. Nokre gonger kan ein oppleve at den som har afasi kjem litt i bakgrunnen, ein gløymer at både språkforståinga og språkproduksjonen kan vere råka som følge av slaget. I ein samtale mellom to vaksne menneske er det viktig å streve mot ein så lik grad av deltaking som råd. Om ein ikkje legg til rette med god tid og pausar kan pasienten oppleve å føle seg mindreverdige i interaksjonen (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2014, s.39). Kva ein som sjukepleiar kan gjer for å leggje til rette i miljøet for god kommunikasjon vert diskutert seinare i kapittelet.

I samhandling med menneske råka av afasi er det viktig å heile tida halde fokuset på at deira intellektuelle kapasitet ikkje nødvendigvis er råka til tross for språkproblema dei har (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010, s.24). Måten ein kommuniserer med pasienten på bør dermed vere mest mogleg lik måten ein kommuniserer med andre menneske. Gjennom kommunikasjonen byggjer ein opp ein relasjon, noko som tek tid. Omgrepet relasjon tyder at noko eller nokon står i forbindelse med kvarandre (Eide & Eide, 2012, s.17), eit forhold oppstår og sjukepleiar får moglegheit til å bli kjend med pasienten gjennom interaksjonen dei imellom. Travelbee snakkar om målet med denne interaksjonen, der målsetjinga må heile tida vere å skape eit likeverdige menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s.141). Derimot meiner Travelbee at omgrepa «pasienten» og «sjukepleiar» står i vegen for utviklinga av eit fullverdige menneske-til-menneske-forhold. Me har ein tendens til å plassere menneske inni kategoriar slik at det vert enklare for oss sjølv å forstå dei. Videre skriv ho (1999) «det er bare når en står overfor hverandre som menneske til menneske, noe som innebærer overskridelse av roller, at et virkelig forhold kan etableres».

Uansett kor mykje ein legg til rette i det fysiske miljøet er sanninga at ein ikkje opnar seg for menneske som ein manglar tillit og ein god relasjon til. Det er årsaka til at nettopp dette vert eit av hovudpunkta i samhandlinga med pasientar med afasi (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2014, s.30). Med viten om at relasjonsbygging er ein prosess som tek tid, og at ein må setje av denne tida vil ein ha gode føresetnader for å utvikle av eit produktivt rehabiliteringsmiljø som vil komme pasienten til gode. Dette stadfester også Travelbee i sin teori om sjukepleie. Å ta seg tid til å bli kjent med menneske er viktig. Som sjukepleiar vert dette utfordrande dersom ein har eit syn om at alle pasientar er like. Ein må opne augne, sjå forbi merkelappen «pasient» (Travelbee, 1999, s. 140).

Men korleis gjer ein dette i praksis? I ein travel kvardag der tempoet er høgt og talet på pasientar stadig aukar, kan det vere vanskeleg å stoppe opp, ver til stades i augneblinken og vie heile si merksemd til ein pasient. Kanskje ein vegrar seg for møte med pasienten. Dersom sjukepleiar er usikker på seg sjølv og sin eigen kompetanse kan denne interaksjonen verta utfordrande. I utviklinga av eit menneske-til menneske-forhold er det av stor tyding at sjukepleiar tek ansvar og leiing i interaksjonen. Sjukepleiar må ha eit medvite forhold til kva ho sjølv føler og gjer, og ikkje minst ha mot til å gå inn i situasjonen. Interaksjonen må utførast medvite frå sjukepleiar si side (Travelbee, 1999, s.171). I Nyström (2009) sin studie vert dette med å våga og å ha mot stadfesta. Pasienten i undersøkinga formidla at det eit av dei viktigaste tinga i interaksjonen er at sjukepleiar vågar å kommunisera. Å bli snakka til direkte verkar anerkjennande for det andre menneske, på denne måten utvikla det seg ein relasjon som handla om eit felles mål, nettopp det å kommunisere med kvarandre. Korleis ein plasserer seg i forhold til pasienten vert og viktig, at ein sitt direkte ovanfor kvarandre slik at pasienten unngår følelsen av å ver mindreverdige er av stor betydning for relasjonen (Nyström, 2009).

I all kommunikasjon med pasientar med afasi må ein rekne god tid, og til tider lange pausar. Dette er noko ein bør kommunisere tidleg i samtalen med pasienten. Dette kan føre til at pasienten slappar av, og at pausane som oppstår ikkje opplevast som ubehagelege (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2014, s.30). Medan ein er under rehabilitering er det stor fokus på trening og det kan vera lurt å la pasienten få nokre pausar frå den intense treninga innimellom. Når sjukepleiar og pasienten snakkar saman er det viktig å ta seg tid til å snakke om vanlege kvardagsting. Ein kan ikkje ver på trening døgnet rundt, menneske har behov for å berre snakke saman. På den andre sida er det viktig at det er

pasienten som er «sjefen» i kommunikasjonen, og hans ønsker om kva budskapet skal handle om bør ver leiande (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2014, s.31).

Å ha fokus på omsorg i samtalen er viktig, sjukepleiar har ei rekkje ulike måtar ein kan vise omsorg på under samtalen. Dette med å gi pasienten tid bekreftar også Tyrell, Levack, Ritchie & Keeling (2012) i deira undersøking. Her kjem det fram at eldre pasientar medan dei er innlagt på rehabiliteringsavdeling sett pris på å bli gitt tid, og at sjukepleiar formidlar dette til dei i samtalen. Samstundes er dette med å verke autentisk, og å ha ein oppriktig interesse til å bli kjend med dei og deira familie viktig, dette skaper trygghet og tillit til sjukepleiar. Noko som igjen er med på å utvikle relasjonen i ein positiv og produktiv retning.

## 5.2 Ytre rammer for kommunikasjon

Å legge til rette i det ytre miljøet kan påverke kommunikasjonen, og kvaliteten på den. Ein av dei viktigaste faktorane som kan påverke kommunikasjonen er det tverrprofesjonelle samarbeidet på avdelinga, og graden av brukarmedverknad mellom pasienten og team. I all rehabilitering er det pasienten som sett premissa for kva som skal ver fokus, og dette er i seinare tid også blitt ei lovfesta rett i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012). Kva er hovudmåla, kva er viktig for nettopp denne pasienten og kva ressursar har ein tilgjengeleg for å oppnå desse måla? Det er slike spørsmål som må avklarast på eit tidleg tidspunkt, og det forutsette at pasienten får all nødvendig informasjon og innsyn frå det tverrprofesjonelle teamet som står rundt (Bredland, Linge & Vik, 2011, s.46).

På den andre sida må ein vurdere om pasienten har dei kognitive evnene til å sjå kva som er realistisk å oppnå under rehabiliteringa, og om han har innsikt i sin eigen sjukdomssituasjon. Det er ikkje uvanleg at pasienten har vanskar med å ta val på eit tidleg tidspunkt i rehabiliteringa, og at ein gradvis må byggje opp pasientens grad av medverknad (Bredland, Linge & Vik, 2011, s.47). Å dra nytte av pårørande kan vere eit godt alternativ i slike situasjonar. Pårørande formidla i ein studie store ønske om å kunne hjelpe deira kjære under rehabiliteringa. Ein av måtane dei kunne gjere nettopp dette på var å komme med informasjon om pasienten sitt liv. Kva utfordringar såg dei føre seg når pasienten kom heim og kva var viktig å få på plass eventuelt før pasienten reiste heim (Tyrell, Levack, Ritchie & Keeling,

2012). Nærast pårørende er ein viktig ressurs som må takast med i prosessen.

Afasirehabilitering er som nemnt tidelegare ein prosess som går over lengre tid, pårørende er dermed dei som vil få situasjonen nært på når pasienten kjem heim. Å la dei få delta i den grad dei ønsker medan deira kjære er under rehabilitering er viktig å ha fokus på for det tverrprofesjonelle teamet, og vil truleg kunne førebu familien på det som ventar dei når pasienten kjem til eigen heim og skal fortsette rehabiliteringa der.

Pasientar med afasi har ein større tendens til å verta påverka av uro og bråk i sine omgivnader, noko som føre til at dei vert distraherert og forvirra. For å kunne legge til rette for best mogleg atmosfære for kommunikasjon er det viktig at sjukepleiar fjernar slike uromoment i forkant (Horton, Lane & Shiggins, 2015). Uromoment kan til dømes vere støy frå TV eller radio. Å sette seg på eit roleg rom, berre sjukepleiar og pasienten, er ofte mest nyttig. Forsking (Nätterlund, 2010) syner at gruppesamtale med fleire til stades ikkje fungerer på pasientar med afasi. Når det er fleire menneske til stades vert det vanskelegare å få ut orda, det vert fleire element som distraherer. Frykta for å ikkje få fram ord, eller å ikkje forstå det som vart sagt verka også inn. Ein-til-ein kommunikasjon er med andre ord det som fungerer best når ein skal samtale eller drive språktrening saman med pasientar med afasi. Dagsforma til pasienten må også takast med i vurderinga. Trøttheit, depresjon eller dårleg humør kan påverke språkferdighetane. Som frisk kan ein sjølv kjenne på kroppen kor enkelt det er å gløyme ord når ein er sliten, dette vert enda meir uttalt når ein har afasi (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2014, s.28).

Når eit menneske har problem med å kommunisere med omverda og sine næraste, kan det føre med seg kjensle av at ein er isolert frå den verda som ein eingong var del av. Å ha fokus på å bevare identiteten til pasienten (Nyström, 2009) kan motverke denne kjensla av isolasjon. Isolasjon kan opplevast på ei rekkje ulike måtar, og det å kunne delta i kommunikasjon med eit anna menneske vil kunne motverke opplevinga av å ver isolert. Korleis ein som sjukepleiar legg til rette for kommunikasjon er avgjerande for kor stor grad av meistring pasienten opplever i situasjonen. Ein må som sagt tidlegare leggje til rette med tid og ikkje minst pausar i samtalen. Pausar i ein samtale vert normalt oppfatta som nøling, at motparten er usikker. I samtale med ein pasient med afasi må ein rekne med lange pausar, god tid og forståing for at tempoet på samtalen må endrast. Dette vil kunne gi pasienten ro og ei auka kjensle av meistring av situasjonen. Det å setje seg slik at pasienten både kan sjå og høyre deg er også



viktig, det at pasienten får sjå ansiktsuttrykk og munnbevegelsane kan vere til stor hjelp i kommunikasjonen (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2014, s.28).

Korleis ein som sjukepleiar oppfører seg i kommunikasjonen vil og kunne påverke atmosfæren i samtalen. Når ein viser ein lyttande haldning og ikkje avbryter pasienten viser ein også at ein har god tid (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2014, s.36). Det å ha evne til å lytte aktivt til pasienten er ein av dei viktigaste dugleikane ein kan ha som profesjonell (Eide & Eide, 2007, s.23). Gjennom aktiv lytting viser ein at ein har tid til pasienten, og at den tida som er satt av til samtalen er pasientens si. I denne interaksjonen får sjukepleiar ein gylden mogleik til å bli betre kjend med pasienten, til å ivareta og finne ut av behova til pasienten og til å oppfylle hensikta og målet med sjukepleia (Travelbee, 1999, s.139).

### 5.3 Kommunikasjon – ulike formar og hjelpemiddel

Når ein til dømes er saman med nokon som snakkar eit anna språk enn seg sjølv, så klarar ein ofte å få ein forståing ut i frå kroppsspråket til personen kva det er han ønsker å formidle. Dette tolkar ein ut i frå det ein ser, korleis ansiktsuttrykka er, tonen i stemma og gjennom kroppsspråk. Nonverbal kommunikasjon er ei overføring av budskapet me ønsker å formidle, men ikkje ved å bruke ord. Ein brukar kroppsrørsle, gester og ansiktsrørsle (Travelbee, 1999, s.138). Det vert brukt til å understreke og forsterke det me seier munnleg, og er viktig for å forstå heilskapen i det budskapet som vert forsøkt kommunisert.

I kommunikasjon med afasiramma pasientar er det viktig å ha eit medvite forhold til det kroppsspråket ein sjølv har. For pasientar med afasi kan det vere utfordrande å produsere gester og ansiktsuttrykk sjølv, men det kan på den andre sidan vere til stor hjelp å sjå samtalepartnaren sine gester for å få forståinga av budskapet i samtalen. Dette føreset at sjukepleiar brukar nonverbal kommunikasjon på ein medviten måte (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2014, s.49). Sjølv om pasienten ikkje har full forståing for det som vert sagt munnleg, så vil den nonverbale kommunikasjonen gi verdifulle tilleggsopplysningar som aukar sjansen for at pasienten vil forstå budskapet. Dette vert stadfestar i Horton, Lane og Shiggins sin studie (2016). Her formidlar tilsette ved ein rehabiliteringsavdeling at tydinga av gester i kommunikasjon hadde hatt enorm betydning i deira arbeid. Gjennom ein medviten bruk av gester og nonverbal kommunikasjon har det vert

mogleg å bryte ned mange av dei barrierane som tidlegare har vore mellom sjukepleiar og afasiramma.

På den andre sidan så er det ofte ikkje nok å berre ha eit medvite forhold til den nonverbale delen av kommunikasjonen. I afasirehabiliteringa handlar det i like stord grad om trening og språkøvingar som å lære seg ein ny måte å leve livet på. Det er viktig å vere ærleg på korleis afasien eventuelt vil kunne hindre livsutfaldinga til pasienten (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010, s.31). I prosessen med å finne ein ny måte å leve livet-, og å takle kvardagen på, er det ei rekkje hjelpemiddel den afasiramma kan dra nytte av. Dette er viktig at det tverrprofesjonelle teamet held seg oppdatert, slik at den nyaste kunnskapen når fram til pasienten. Dette handlar igjen om brukarmedverknad og at pasienten skal ha all den naudsynte informasjonen slik at ein sjølv kan gjere eigne val i sitt liv.

På marknaden i dag er det ei rekkje ulike hjelpemiddel, nokre er best eigna til bruk i trening og rehabilitering, medan andre er betre egna for bruk i kvardagen. Dei hjelpemidla som vert rekna som høgteknologiske har vist seg best under trening, og det viser seg at det gir god treningseffekt ved bruk av slike hjelpemiddel. Døme på eit slikt hjelpemiddel er iPad og datamaskinar der ulike applikasjonar kan lastast ned. Tanken er god og dette fungerer fint medan pasienten er under rehabilitering. Samstundes syner forskning at det vert for mykje for pasienten når dei kjem heim i kvardagen (Nätterlund, 2010). Afasipasientar treng god tid til det dei skal utføre, og mange har i tillegg store skrivevanskar. Det er ikkje vanleg at afasipasientar problemfritt kan skrive det dei tenkjer når dei ikkje har evna til å sei det dei tenkjer (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010, s.126). Det vert dermed lite hensiktsmessig for dei fleste å legge si lit til dei høgteknologiske løysingane i kvardagen.

Frå eiga erfaring ser eg at det som vert mykje brukt i det daglege når pasienten er på rehabiliteringsavdeling er kommunikasjonsbøker. Dette vert omtalt som IKM, illustrerte kommunikasjonsmateriell, av Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild (2010, s.124). I desse bøkene har ein ofte bilete av kvardagsting som seng, toalett, mat, drikke osv. Korte ord som ein kan setje saman til setningar kan også vere nytting. Det er derimot viktig å hugse at desse bøkene ikkje er standardiserte. Logoped på avdeling bruke gjerne lang tid på å utforme bok spesielt til ein enkelt pasient. Boka må innehalde bilete, ord og setningar som er relevante for pasienten sjølv. Dette er viktig for at ein skal få best mogleg utbytte av kommunikasjonsboka (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010, s. 124). I

utforminga av slik kommunikasjonsbøker kan det vere nyttig at sjukepleiar deltar aktivt. Som sagt tidlegare er det sjukepleiar som er nærast pasienten i det daglege. Etter kvart som relasjonen utviklar seg vil sjukepleiar få god innsikt i pasientens liv, meiningar, interesser og livssyn. Å ha kunnskap om desse tinga ved pasienten sitt liv vil kunne vere nyttig i utforminga av kommunikasjonsboka. Den vert då i mykje større grad spesifisert til den enkelte pasienten. Desse bøkene er til stor nytte for både pasienten og deira pårørande. Den vil også kunne bli brukt aktivt når pasienten kjem heim og skal kommunisere med andre i sitt miljø. Enda viktigare vert det då at den er utforma utifrå pasientens behov og ønske.

Sett i lys av fordelane med ei slik kommunikasjonsbok er det viktig å tenkje på at dette kan brukast i like stor grad, om ikkje i større grad, av den som er samtalepartneren. Ved å bruke kommunikasjonsboka aktivt opnar det for mogleikar for å få meir djupne i samtalen med den afasiramma (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010, s.124).

Det viktigaste av alt når ein skal velje ut kommunikasjons hjelpemiddel er at pasienten sjølv er delaktig i valet. Det må vurderast om det er naudsynt i det heiletatt med hjelpemiddel, kanskje klarar pasienten å kommunisere berre ved hjelp av kroppsspråk, gester, blick og mimikk (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010, s.123). Ein må sjå det unike menneske, samt sjukdommen og utfordringane frå deira subjektive synspunkt. På denne måten kan ein finne det beste hjelpemiddelet for nettopp den unike personen.

## 6 Avslutning

For å kunne skape rom for kommunikasjon med menneske råka av afasi trengs det først og fremst tolmod, tid og respekt. Om ein har fokus på desse viktige elementa så legg ein til rette for at ein relasjon kan utviklast. Det er denne relasjonen som er viktig medan pasienten er under rehabilitering, det at sjukepleiar opparbeider ein relasjon som er bygd på tillit og likeverd vil kunne verke positivt på pasienten sin motivasjon og deira utsikter for framtida.

Det er viktig at sjukepleiar er ein aktiv deltakar i det tverrprofesjonelle teamet, og verkar som talerøyr for pasienten og deira pårørande. Sjukepleiar står i ein unik posisjon då det er ho som er nærast pasienten i det daglege, dette burde utnyttast i høgast grad i pasientens favør. Kva hjelpemiddel som er på marknaden, deira bruksområde og nytteverd er viktig å vere orientert om. Under rehabilitering skal det vere fokus på å førebu pasienten til livet som ventar heime, hjelpemidla bør derfor vere av ein slik art at dei er funksjonelle i det daglege livet.

## 7 Referansar

- Bertelsen, A.K. (2014). Sykdommer i nervesystemet. I B. S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo. (Red). *Sykdom og behandling*. (1.utg., s. 313-336). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bredland E. L., Linge O.A. & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltagelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. (3. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, I.K, M., Lind, M., & Qvenild, E. (2014). *Afasi og samtale. Gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Norvus forlag
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving (5.utg)*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (u.å). *Forskningsetiske retningslinjer for medisin og helse*. Henta 22. mars 2017 frå: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskningsetikkloven. (2006). *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=forskningsetikk>
- Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering*. Henta frå [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_4)

Horton, S., Lane, K., & Shiggins, C. (2016). Supporting communication for people with aphasia in stroke rehabilitation: transfer of training in a multidisciplinary stroke team. *Aphasiology*, 30(5), 629-656. doi:10.1080/02687038.2014.1000819

Kunnskapssenteret (2017). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Henta 20.mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, I.K, M., & Qvenild, E. (Red.). (2010). *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. (1.utg.) Oslo: Norvus forlag

Labreche, T., Szilva, M., & Plotkin, A. (2016). Empowering Individuals with Aphasia and Visual Impairments through Effective Communication. *Journal Of Visual Impairment & Blindness*, 110(3), 183-187.

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

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Sosialtjenestelova. (2010). *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*. Henta fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>

St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Henta fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>

Støren, I. (2013). Bare søk: *Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tyrrell, E. F., Levack, W. M., Ritchie, L. H., & Keeling, S. M. (2012). Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(11), 2466-2476. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05944.x

Wergeland, A., Ryen, S., & Ødegaard-Olsen, T.G. (2010). Sykepleie ved hjerneslag. I B. H. Almås., D-G, Stubberud., & R. Grønseth. (Red.). *Klinisk sykepleie 2*. (4.utg., s. 261-284). Oslo: Gyldendal akademisk.

Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I B. E. Willumsen & A. Ødegård. (Red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. (2. utg., s. 33 - 52). Oslo: Universitets forlaget.

Willumsen, E., Sirnes, T., & Ødegård, A. (2016). Nye samarbeidsformer – et samfunnsoppdrag. I B. E. Willumsen & A. Ødegård. (Red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. (2. utg., s. 17-32). Oslo: Universitets forlag

## 8 Vedlegg

### Vedlegg 1 – Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
Nätterlund, S.B. (2010) <i>"A new life with aphasia: everyday activities and social support"</i> .	Å beskrive korleis menneske som lever med afasi opplev kvardagsaktivitetar og den sosiale støtta i deira liv	Kvalitativ metode då det vart utført intervju med 20 individ med afasi. Data frå intervjua analysert med ein kvalitativ innhaldsanalyse	14 menn og 6 kvinner i alderen 32-70år. Alle rekruttert frå same "afasi senter" i Sverige der dei mottok kommunikasjons terapi.	Det er viktig at menneske med afasi får delta i dagliglivets aktivitetar, og at ein jobbar med dette aktivt under rehabilitering. Det er ofte behov for langvarig trening på dette, og den støtta pasienten får i denne prosessen er viktig for følelsen av mestring.
Horton, S., Lane, K., & Shiggins, C. (2016). <i>"Supporting communication for people with aphasia in stroke rehabilitation: transfer of training in a multidisciplinary stroke team"</i> .	Å utvikle ein forståing for dei uformelle mekanismene som spelar ei rolle i den støttande kommunikasjonen som forgår på ei rehabiliterings avdeling, og kva faktorar som påverke dei samt perspektivet frå dei som jobbar der.	Kvalitativ metode med fokusgrupper og individuelle intervju.	28 tilsette ved ei rehab.avd mottok kursing i forkant, 11 tilsette deltok i fokusgrupper og intervju i etterkant.	Resultat av undersøkinga er at tilsette i eit tverrfagleg team må ver fleksible og ha eit problemløysande innstilling i dei utfordringane ein kan møte i kvardagen. Samarbeid er også essensielt. Kursing i kommunikasjonsverktøy gir viktige kunnskap som kjem pasienten til gode.
Tyrell, E. F., Levack, W. M., Ritchie, L. H., & Keeling, S. M. (2012). <i>"Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives"</i> .	Å undersøke kva som er særleg for sjukepleiarrolla i eit tverrprofesjonelt team som rehabiliterer eldre menneske.	Kvalitativ metode som brukte komparativ metode under analyse av data. Intervju ble foretatt av deltakarane.	7 deltakarar, 4 menn og 3 kvinner i alderen 72-89år. Samt 6 av deira familiemedlemmar.	Det å skape eit personleg forhold til pasienten og skape tillitt er i denne studien mykje viktigare enn dei tekniske prosedyrane sjukepleiar gjør. Det å vise omsorg, snillhet og ømhet var viktig for den eldre pasienten når dei vurderte om sjukepleia dei hadde motatt var av god/dårlig kvalitet.
Nyström, M. (2009). <i>«Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues»</i> .	Målet med undersøkinga var å studiere fenomenet profesjonell afasi omsorg frå pasientens perspektiv. Dette for å kunne komplimentere den ekspert kunnsken ein har om språkterapi.	Kvalitativ metode med bruk av intervju, studien er utført med ein fenomenologisk tilnærming.	4 kvinner og 5 menn i alderen 45-72år. Data vart samla inn på 16 ulike anledninger.	Studien avdekkar 7 hovudområder som pasientar sjølv beskriver som viktige i forhold til deira behov medan dei er under rehabilitering. Dette kalles for profesjonell afasiomsorg.