



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Louise Sæbø Heimro		

Deltaker

Kandidatnr.: 672

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Når kommunikasjonen bryter sammen **Egenerklæring *:** Ja

Antall ord *: 8719

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Når kommunikasjonen bryter sammen

When communication breaks down

Kandidatnummer 672

Sykepleie, forskning og fagutvikling

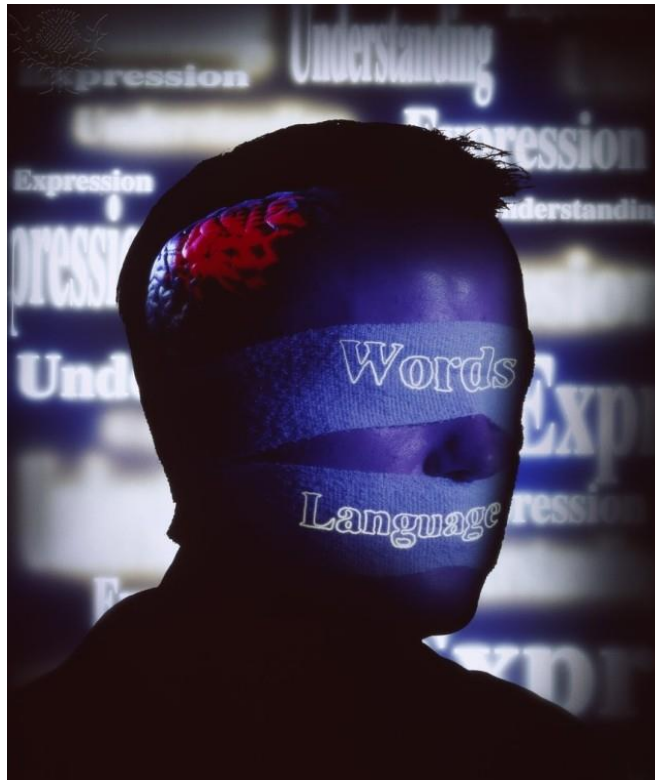
Faktuelt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 22.04.20

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

Når kommunikasjonen bryter sammen
Sykepleie til pasienter med afasi



Figur 1. «Aphasia artwork», u.å., hentet fra IMAGEQUEST

https://quest.eb.com/search/132_1267868/1/132_1267868/cite

Bacheloroppgave i sykepleie

HVL, Stord og kull 2017

Antall ord: 8719

Antall sider: 32

Innleveringsdato: 22.04.20

Sammendrag

Tittel: Når kommunikasjonen bryter sammen- sykepleie til pasienter med afasi.

Bakgrunn: Hjerneslag blir sett på som den tredje hyppigste dødsårsaken og årlig rammes ca. 16 000 mennesker i Norge. Flere av disse pasientene blir rammet av afasi som følge av hjerneslag.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier gjennom bevisst bruk av kommunikasjon bidra til at pasienter med afasi opplever en verdig behandling?».

Hensikt: Å fremme kunnskap om hvordan sykepleiere på best mulig måte kan kommunisere, slik at den afasirammede pasient skal føle seg ivaretatt og verdsatt.

Metode: Systematisk litteraturstudie.

Funnt: Å ha kunnskap om afasi og kommunikasjon bidrar til å skape trygghet hos afasipasienter. Ved å ha evne til å vise empati gjør det enklere å oppnå gjensidighet mellom pasient og sykepleier. Det var også viktig at sykepleiere møter pasienten som et unikt menneske. Å bruke god tid er vesentlig for å vise interesse og respekt. Både sykepleiere og pasienter verdsatte bruken av kommunikasjonshjelpemidler og humor ettersom disse faktorene var med på å skape en bedre forståelse i kommunikasjonen.

Konklusjon: Sykepleier kan fremme pasientens opplevelse av en verdig behandling ved å være bevisst på hvordan en bruker seg selv og at en skaper en tilknytning til pasienten. Som sykepleier må en være kreativ i sin tilnæringsmåte. Dette innebærer å ha kunnskap om afasi og kommunikasjon, vise interesse, anerkjennelse og ha evne til å leve seg inn i pasientens situasjon. Det er også viktig at sykepleier må kunne tilrettelegge og tilpasse kommunikasjonen slik at pasientens autonomi blir ivaretatt.

Nøkkelord: afasi, hjerneslag, kommunikasjon, verdighet og sykepleie.

Abstract

Title: When communication breaks down- nursing patients with aphasia.

Background: Stroke is seen as the third most frequent cause of death and each year there are approximately 16 000 people in Norway who are affected by stroke. Several of these patients are suffering from aphasia as a result of the stroke.

Research question: «How can a nurse through the conscious use of communication help to ensure that patients with aphasia experience a dignified treatment?»

Purpose: The purpose is to gain increased knowledge about how nurses in the best possible way can communicate, so that the aphasia patients feel cared for and appreciated.

Method: Systematic literature review.

Results: Having knowledge about aphasia and communication helps to create security among aphasia patients. Having the ability to show empathy makes it easier to achieve reciprocity between patient and nurse. It was also important that nurses meet the patient as unique person. Having plenty of time for the patient with aphasia is essential to show your interest and respect. Both nurses and patients appreciated the use of communication aids and humor as these factors helped to create a better understanding of communication.

Conclusion: Nurses can promote the patient's experience of a worthy treatment by being aware of how one uses oneself and that one establishes a connection with the patient. As a nurse, one has to be creative in their approach. This involves having knowledge of aphasia and communication, showing interest, recognition and the ability to "walk in the patient's shoes". It is also important that a nurse must be able to organize and adapt the communication so that the patient's autonomy is safeguarded.

Keywords: Aphasia, stroke, communication, dignity and nursing.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
1. Innledning	1
1.1 Presentasjon for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensning og presisering	2
1.4 Definisjon av aktuelle begreper	2
Afasi	2
Kommunikasjon	2
2. Teoretisk referanseramme	3
2.1 Sykepleieteoretiker- Joyce Travelbee	3
2.2 Sykepleie	3
2.3 Kommunikasjon	4
2.4 Afasi	5
2.5 Sykepleie og kommunikasjon ved afasi	6
2.6 Verdighet	7
3. Metode	8
3.1 Hva er metode?	8
3.2 Litteraturstudie som metode	8
3.3 Fremgangsmåte for artikkelfunn	8
3.3.1. Manuelt søk	9
3.3.2 Søk i databaser	9
Tabell: 1	10
Tabell 2:	10
Tabell 3:	11
3.4 Kildekritikk	11
3.4.1 Kritisk vurdering av artikler	12
3.5 Etikk i oppgaveskriving	13
3.5.1 Personopplysninger, forskningsetikk og kildebruk	13
4. Resultat/funn	14
4.1 Presentasjon/ sammendrag av artikler	14
4.2 Oppsummering av hovedfunn	17
5. Drøfting	18
5.1 Relasjonens betydning i kommunikasjon	18
5.2 Likeverd og respekt	20
5.3 Pasientens autonomi	23
5.4 Kunnskap hos sykepleiere	24

6. Avslutning	27
Referanseliste	28
VEDLEGG 1- oversiktstabeller over forskningsartikler	31

1. Innledning

1.1 Presentasjon for valg av tema

Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge og hvert år rammes ca. 15 000 –16 000 mennesker i landet av sykdommen (Bertelsen, 2017, s.236). Av disse er det ca. 3000 mennesker som får afasi (Eide & Eide, 2013, s.385). Risikoen for å få hjerneslag stiger med alderen, og dersom forebyggingen av tilstanden ikke har blitt mer effektiv, vil antall slag her i landet trolig øke med 50 prosent i de neste 25 årene, i takt med at det stadig blir flere eldre (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2016, s.303).

Språk er et hjelpemiddel som mennesker bruker for å kommunisere med hverandre (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2006, s.19). Mennesker som er rammet av afasi har i ulik grad problemer med å uttrykke seg verbalt, noe som gjør det vanskelig for dem å ytre sine ønsker og behov. Det å tape evnen til å kommunisere med omverden kan for mange afasirammede oppleves verre enn å være lammet (Wergeland, et al., 2016). Mange opplever gjerne seg selv som mindreverdige og opplever at de verken blir sett eller forstått.

Når språket svikter kan det påvirke pasientens mulighet for å ivareta sin selvbestemmelse. En av sykepleierens rolle er at en skal kunne legge til rette slik at pasientens brukermedvirkning blir ivaretatt på en god måte. Det vil si at pasienten skal ha rett til å medvirke, og at hjelpen skal tilpasses den enkelte (Helsedirektoratet, 2018).

Temaet i denne oppgaven har fokus på kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter som har fått afasi etter et hjerneslag. Valget ble avgjort på bakgrunn av erfaring fra praksis gjennom sykepleierutdanningen, og privat der jeg har møtt flere mennesker som har blitt rammet av afasi etter hjerneslag. Kommunikasjon med afasirammede er en kjent utfordring. Jeg har sett og opplevd hvor vanskelig det kan være for disse menneskene og pasientene når de ikke klarer å uttrykke seg sånn som de ønsker, og jeg har erfart fortvilelse ved ikke å forstå hva pasienter ønsker å uttrykke. Dette kan føre til mange fortvilende og krevende situasjoner. Jeg ble derfor inspirert til å skrive om dette temaet.

I tillegg til å tilegne meg økt kunnskap om tema, er hensikten med oppgaven å kartlegge hvordan en gjennom bevisst bruk av kommunikasjon kan bidra til at pasienter som er rammet av afasi opplever å bli møtt på en god og verdig måte. For å svare på problemstilling i denne oppgaven legges det vekt på Joyce Travelbee sin sykepleieteori, og litteraturstudie blir brukt som fremgangsmåte.

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan kan sykepleier gjennom bevisst bruk av kommunikasjon bidra til at pasienter med afasi opplever en verdig behandling?».

1.3 Avgrensning og presisering

Det finnes flere typer afasi og den kan komme av flere årsaker. I oppgaven vil det være fokus på utfordringer knyttet til det å bli rammet av afasi som følge av hjerneslag. Pasientene er voksne, både menn og kvinner. Det er ikke avgrenset til spesiell kontekst på hvor hver pasientene befinner seg, men heller har fokus på generelt møte mellom pasient og sykepleier. Ettersom denne oppgaven i stor grad vil handle om mellommenneskelige relasjoner, hvordan sykepleier bør kommunisere slik at en får anledning til å bli bedre kjent med pasienten som menneske, og å ivareta pasientens behov og selvbestemmelse. Derfor har jeg valgt at oppgaven skal bygges på Joyce Travelbee sin interaksjonsteori.

1.4 Definisjon av aktuelle begreper

Afasi

Ordet afasi kommer fra det greske ordet *aphasia*, som betyr tap av språk og taleevne (Lind, Haaland- Johansen, Knoph & Qvenild, 2010, s.23).

Kommunikasjon

Kommunikasjon menes «utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer» (Eide & Eide, 2013, s.17).

2. Teoretisk referanseramme

I denne delen belyses Joyce Travelbee sin interaksjonsteori etterfulgt av ulike kunnskaper som vurderes som relevante for å belyse oppgavens problemstilling. Videre vil det bli lagt vekt på relevant kunnskap om afasi, verbal- og nonverbal kommunikasjon, verdighet, sykepleiers funksjon og kommunikasjon ved afasi.

2.1 Sykepleieteoretiker- Joyce Travelbee

Joyce Travelbee så på sykepleie som «en mellommenneskelig prosess», fordi det alltid direkte eller indirekte dreier seg om mennesker (Travelbee, 1999, s.29). Prosessen inntreffer mellom en sykepleier og ett eller flere individer som har behov for den hjelpen sykepleieren kan gi (Travelbee, 1999, s.29-30). Travelbee var opptatt av at det skal være et menneske- til- menneske- forhold mellom sykepleier og pasient. Hun påpeker at den profesjonelle sykepleier har som oppgave å etablere en god relasjon, som både sykepleieren og den syke forholder seg til, og å anerkjenne hverandre som unike menneskelige individer og ikke som «pasient» og «sykepleier» (Travelbee, 1999, s.178).

For å kunne etablere et slikt forhold må sykepleier gjennom ulike stadier bidra til å skape god kommunikasjon. Det handler om det første møte, fremvekst av identiteter, vise empati og sympati og etablere en gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999, s.186-211).

Travelbee beskriver kommunikasjon som en prosess der mennesker «meddeler eller utveksler sine tanker og meninger til hverandre» (Travelbee, 1999), s.136). Som sykepleier har en som oppgave å forstå hva den syke kommuniserer for å kunne bruke denne informasjon til å identifisere og tilrettelegge, slik at den sykes behov for sykepleie blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s.135).

2.2 Sykepleie

Sykepleie er et profesjonsfag og har som mål å ivareta bestemte funksjoner og oppgaver i samfunnet (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.16).

Sykepleier har mange ulike ansvarsområder knytt til å hjelpe pasienten og pårørende i å oppnå, opprettholde eller gjenopprette det pasienten selv opplever som best mulig helse og velvære (Strandås, 2019). Sykepleier sin evne til kommunikasjon er sentralt i møte med den enkelte pasient. I yrkesetiske retningslinjer tilsier at grunnlaget for all

sykepleie er at en gjennom sykepleie skal ivareta enkelt menneskets iboende liv og verdighet (NSF, u.å.). Sykepleien skal være kunnskapsbasert, noe som innebærer at den skal legge vekt på brukermedvirkning i møte med den enkelte pasient og bruker.

Med brukermedvirkning menes det at pasienten som får helsetjenesten har rett til å medvirke, få innflytelse og ta beslutninger i forhold som angår dem (Kristoffersen, 2016, s.246). Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukrettighetsloven, 1999, §3-1). Loven sier at:

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder (Pasient- og brukrettighetsloven, 1999, §1-3).

2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en grunnleggende og medfødt ferdighet hos mennesker (Røkenes & Hanssen, 2012, s.9). Ordet kommunikasjon stammer fra det latinske språket, som betyr «å gjøre felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med» (Eide & Eide, 2017, s. 17). Helt enkelt defineres det som å meddele eller veksle meninger og opplevelser mellom to eller flere partnere (Røkenes & Hanssen 2012, s.215).

Det finnes ulike former for kommunikasjon, verbal og nonverbal. Verbal kommunikasjon er kommunikasjon ved hjelp av ord når en skal formidle et budskap (Travelbee, 1999). En stor del av vår kommunikasjon foregår nonverbal (Eide & Eide, 2017, s.136). Nonverbal eller ikke-verbal kommunikasjon er et responderende språk, eller med andre ord kommunikasjon uten bruk av ord. Det forteller noe om begge parter i en dialog, og ikke minst om relasjonen mellom disse. Nonverbal kommunikasjon kan komme til uttrykk på forskjellige måter. For eksempel gjennom ansiktsuttrykk, kroppsspråk, øyekontakt og berøring (Eide & Eide, 2017, s.136).

Gjennom kroppssuttrykk, ansiktsuttrykk, bevegelser, stemmebruk og berøring er det mulig å gi en mulighet til å skape kontakt og videreformidle det en ønsker å si (Eide & Eide, 2017, s.321). Dette kaller vi det for kommunikasjonshandlinger. Det er kommunikasjonshandlinger som vil fortelle oss et tegn på hva som skal skje og som gi

den andre mulighet til å reagere og få uttrykt noe om hvordan han eller hun forstår den (Eide & Eide, 2017, s.321).

2.4 Afasi

Ifølge Corneliussen (et al., 2006, s.9) er afasi en tilstand, en fellesbetegnelse for nedsatt evne å forstå språk og til å bruke språket til å uttrykke seg. Afasi betyr ikke at en har mistet språket, men at en ikke lenger har like god tilgang til språket sitt (Corneliussen, et al., 2006, s.9). Afasi kan skyldes hjerneslag etter blodpropp eller blødning i hjernen, men hodeskader, svulster eller infeksjoner kan også være årsaker (Ihme & Sigmond, 2016, s.5).

Hjernen består av en høyre og en venstre del. I 90 prosent av tilfellene ligger de forskjellige språksentrene i venstre hjernehalvdel. Dermed oppstår afasi oftest etter skade på venstre side i hjernen (Ihme & Sigmond, 2016, s.5). Dersom pasienter har fått skade i dette området medfører det at taleevnen svikter helt eller delvis (Wergeland, et al., 2016, s.304). Afasi kan deles inn i tre forskjellige hovedtyper:

Motorisk afasi er en skade i fremre språkområde (Wergeland, et al., 2016, s.309).

Pasienten som får skaden i dette området, har vansker med å uttrykke seg.

Taletempoet kan være langsomt med dårlig flyt (Corneliussen, et al. 2006)). Noen kan også ha et begrenset ordforråd, hvor de kan gjerne bare si korte setninger som for eksempel ja og nei og enkelte uttrykk. I tillegg kan en oppleve at en forstår en god del, men kan ha problemer med å få med seg alt som blir sagt.

Sensorisk afasi eller *impressiv afasi*, er skade i det bakre språkområde. Dette språkområdet er viktig for at vi skal forstå de ordene vi hører. Skade i dette området fører til at pasienten får nedsatt språkforståelse og problemer med å oppfatte hva som blir sagt (Wergeland et al., 2016, s.309). På grunn av språkforståelse er nedsatt, gjør det vanskelig for pasienten å svare på konkrete spørsmål eller utføre det hun eller han blir bedt om.

Global afasi. Denne formen for afasi er når pasienten har problemer med alle former for språklig funksjon (Wergeland et al., 2016, s.309). Det skyldes at pasienten har fått en stor skade i hjernen at både fremre og bakre språkområde er berørt. Dette fører til at de har et sterkt nedsatt språkforståelse og evne til å uttrykke seg.

2.5 Sykepleie og kommunikasjon ved afasi

For sykepleiere kan det oppleves utfordrende å kommunisere med afasirammede, noe som kan medføre at afasipasienter kan oppleve å bli behandlet som de er tilbakestående. Sykepleiere kan også oppleve at det er utfordrende å kunne gi pasienten en god behandling. Det som kan være mest utfordrende er å ivareta pasientens opplevelse av verdighet og respekt, samt å inkludere de i beslutninger som gjelder dem. Det som ofte skjer er nemlig at den som ikke har afasi har mer makt, fordi de kan styre samtalen. Dette kan føre til at afasisrammede opplever å ha mindre makt samt å føle seg behandlet som mindreverdige (Corneliusen, et al., 2006). Ved å stimulere kommunikasjonen kan sykepleier derimot gi den afasisrammede en mulighet for å kunne delta aktivt i meningsfulle samtaler.

Å kunne kommunisere godt med pasienter som er rammet av afasi vil det kreve mye kunnskap. Sykepleier bør ha både kunnskap om pasientens lidelse, evne til å sette seg inn i pasientens opplevelse og situasjon og beherske nye kommunikasjonsstrategier (Eide & Eide, 2017, s.320). Som sykepleier må en kunne gi en profesjonell kommunikasjon som er faglig velfundert og tilpasset pasientens kommunikasjonsnivå. Det innebærer å anerkjenne, være tålmodighet, vise respekt, være aktiv lyttende og vise interesse (Eide & Eide, 2017, s.320). Ifølge Eide & Eide (2017, s.16) er profesjonell kommunikasjon personorientert. At kommunikasjon er personorientert, vil si at «en ikke ser den andre utelukkende som pasient, men som en hel person, med iboende ressurser og muligheter, egne verdier og individuelle ønsker og mål når det gjelder egen helse og livssituasjon» (Eide & Eide, 2017, s.16).

Språk er et viktig hjelpemiddel som vi bruker til å skape relasjon og betydning i tilværelsen. Når en samhandler med slagrammede som ikke kan uttrykke seg verbalt, vil nonverbal kommunikasjon ha en stor betydning (Eide & Eide, 2017, s.324). Å lytte aktivt til den andres nonverbal språk, vil kunne hjelpe sykepleieren til bedre å forstå hva pasienten uttrykker seg nonverbalt. Samtidig er det viktig at sykepleieren innstiller seg og har oppmerksomheten rettet mot den andre, slik at sykepleieren også nonverbalt formidler den profesjonelle holdning av interesse og vilje til å hjelpe pasienten. Sykepleierens nonverbale kommunikasjon er det som avgjør hvorvidt pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt. Derfor er det viktig at sykepleier er bevisst på kroppsspråket sitt.

2.6 Verdighet

«Verdighet defineres ofte som en subjektiv opplevelse av verdsetting en bekreftelse av egenverd, respektfull anerkjennelse av hvem vi er og hensikten med våre liv» (Aakre, 2019). For å oppleve om vår verdighet blir ivaretatt eller krenket er avhengig av andre menneskers handlinger og væremåte (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.100-101). Det som kan hemme opplevelsen av verdighet er når en ikke blir betraktet som enestående, med egne tanker, følelser og meninger.

Selvbestemmelse har en stor betydning for vår verdighet. Som mennesker ønsker en å ha frihet og ansvar knyttet til de valgene vi foretar i livet (Kristoffersen, et al. 2016, S.101). Ved å bli behandlet som en person med et eget levd liv, og ikke bare sykdom. Dette kan være med på å fremme verdighet til mennesker. Det er viktig at sykepleieren i møte med pasienten er åpen, bruke god tid, vise interesse og empati, da disse faktorene er avgjørende for opplevelse av verdighet.

3. Metode

Gjennom kapitlet utdypes hvilken metode som blir brukt og hvordan det har gått frem for å finne relevante litteratur og forskning som kan brukes for å besvare problemstillingen.

3.1 Hva er metode?

Metode defineres ifølge Vilhelm Aubert som «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland, 2017, s.51). Metoden forteller oss noe om hvordan en bør gå frem for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse problemstilling (Dalland, 2017, s.51-52). Det finnes ulike metoder i forskning, avhengighet av hva en ønsker å finne svar på. Kvantitativ metode bygger på tall, data og målbare enheter, mens kvalitativ metode tar derimot sikte på å fange opp forståelse, erfaring og opplevelse (Dalland, 2017, s.52).

3.2 Litteraturstudie som metode

Metoden i denne oppgaven bygger på fremgangsmåten til en litteraturstudie. Litteraturstudie er en «studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder» (Thidemann, 2019, s.74). Ved å gjennomføre en systematisk litteraturstudie må en gjennom flere steg. En må ha et motiv for studien, og formulere en problemstilling en vil finne svar på. Videre må en ha en plan for studien, der en samler inn kunnskap, kritisk vurderer kvaliteten på de artiklene og til slutt sammenfatter det hele for å systematisere kunnskap. Litteraturstudie skal bestå av en tydelig problemstilling, bakgrunn, formål og innsamlingsmetoder (Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne, 2015, s.62-63). Forutsetningen for å bruke litteraturstudie som metode er at det finnes tilstrekkelig med antall studier av god kvalitet (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 26-27).

3.3 Fremgangsmåte for artikkelfunn

For å kunne sette seg inn i hvordan et menneske oppfatter sitt eget liv, er det beste å spørre dem, og som nevnt over er det nettopp dette de kvalitative metodene som en kan bruke for å fange opp. På bakgrunn av dette er alle de forskningsartiklene i denne oppgaven kvalitative artikler. For å best mulig belyse problemstillingen var det hensiktsmessig å finne studier som retter oppmerksomhet, særlig mot viktighet av å få innsikt i pasienterfaringer og behov, samt erfaringer fra helsepersonell.

I denne oppgaven er det brukt ulike måter for å søke etter kunnskap og forskning til å svare på problemstillingen. Det er gjort søk manuelt og gjennom databaser. Det finnes mange forskjellige databaser, noen er gratis gjennom internett, andre må det betales for.

3.3.1. Manuelt søk

Et manuelt søk menes å gjøre søk enten ved å lese gjennom artikkelens referanseliste, referanser i pensumkapitlenes referanselister eller å ta personlig kontakt med forfattere som eier oppgaven eller artikkelen (Thidemann, 2015, s.83).

I oppgaven er det blitt funnet en artikkel ved hjelp av et manuelt søk. Denne artikkelen ble funnet 17. mars i Oria.no. Aphasia, competence og profesjonell care var de søkeordene som ble brukt. Det ble gjort søk på kombinasjoner av disse. Dette søket ga treff på følgende artikkel «*Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues*» av Maria Nystrøm (2009).

3.3.2 Søk i databaser

Det er blitt gjort søkt i flere av høyskolens databaser, blant annet SveMed +, CINAHL, Medline og Pubmed, men det var CINAHL som viste seg å være databasen som gav mest relevant treff i forhold til problemstillingen.

Litteratursøkingen og gjennomgang av litteratur var en tidskrevende prosess. For å kunne finne artikler som er gode og relevante ble det prøvd ut ulike søkeord både på norsk og engelsk. Fordi at databasene er internasjonale er det derfor nødvendig å bruke engelske søkeord slik at en kan få søket mye større. Det ble gjort søk på hvert enkelt ord, og deretter kombinasjoner av de ulike ordene ved hjelp av AND og OR for å avgrense søket.

Nøkkelord som ble brukt var «communication», «aphasia», «stroke», «patient satisfaction», «communication difficulties», «communication strategies», «health care» og «nursing». Det kom frem flere treff på søkene i forhold til problemstilling. Disse ble sett nærmere på ved å lese overskriften, og videre lese sammendraget av artiklene. Etter å ha lest sammendraget ble det valgt ut artikler som ser til å passe opp imot problemstillingen. De artiklene som ikke var relevante ble ekskludert. Innenfor forskning skjer det hele tiden endringer. For å få mest mulig oppdaterte

forskningsartikler ble derfor lagt vekt på å begrense søkene til de siste ti årene.

Søkeprosessen blir fremstilt i følgende tabeller:

Tabell: 1

Søk i databasen Cinahl 11.03.2020			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Aphasia		6 765
S2	Patient satisfaction		61 345
S3	Stroke		109 332
S4	Health care		579 455
S5	S1 AND S2		42
S6	S3 AND S5		25
S7	S3 AND S5	2010-2020	17

Søk nr. 7 i CINAHL gav treff på artikkelen «*What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction*» av Tomkins, Siyambalapitiya & Worrall (2013).

Tabell 2:

Søk i databasen Cinahl 11.03.2020			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Aphasia		4 056
S2	Stroke		70 873
S3	Communication		108 137
S4	Nursing		253 311
S5	S1 AND S2 AND S3		370
S6	S4 AND S5	2010-2020	18

Artikkel nr. 10 fra søk nr.6 «*Focus on communication: increasing the opportunity for successful staffpatient interactions*» av McGilton, Sorin- Peters, Sidani, Rochon, Boscart & Fox (2011).

Tabell 3:

Søk i databasen Cinahl 01.04.2020			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Communication difficulties		1 163
S2	Communication strategies		2 631
S3	Aphasia		4 214
S4	Patient		1 237 864
S5	S1 AND S2		56
S6	S3 AND S4		1 990
S7	S5 AND S6	2012- 2020	4

Fra Cinahl søk nr. 7 ble det valgt en artikkel som heter «*Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia*» skrevet av Johansson, Carlsson & Sonnander (2012).

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som blir brukt for at en skal sørge for at kilden er pålitelig og sann. I prosessen med å innhente litteratur og data er det nødvendig å være kritisk, hvor en må «vurdere og karakterisere den litteraturen en har funnet» (Dalland, 2017, s.158). Det vil si at en bør kunne vurdere i hvilken grad litteraturen lar seg bruke til å beskrive og belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s.158). Kildekritikken skal også vise at en kan forholde seg kritisk til hvilke kilder en velger å benytte seg av.

I denne oppgaven er det brukt forskjellige litteratur som er en blanding av pensumlitteratur og selvvalglitteratur for å finne tilstrekkelig innhold, slik at en kan svare på problemstillingen på en best mulig måte. I prosessen med å finne litteratur var det viktig å ha fokus på at innholdet skulle være pålitelig og relevant.

Det ble bestemt å ha Joyce Travelbee sin interaksjonsteori, siden oppgaven går mye ut på kommunikasjon mellom sykepleier og afasisrammende. Dermed vil det påpeke at Travelbee var relevant sykepleieteoretikeren for denne oppgaven. Boken om «*metode og oppgaveskriving*» har også vært en god hjelp.

Det var en utfordring å finne norsk forskning som er rettet mot den gitte problemstilling. Oversettelser ved hjelp av ordbok og google translate av artiklene som er skrevet på engelsk har tatt en del tid og det kan være innhold som er misforstått. Før det ble valgt ut artiklene var det bestemt at artiklene ikke burde være eldre enn 10 år gamle, og at artiklene skulle være godkjent av etisk komite. Det har blitt funnet 4 relevante artikler, der den ene var eldre enn 10 år. Selv om artiklene i utgangspunktet ikke burde være eldre enn 10 år, men siden denne artikkelen er vurdert som relevant og kan belyse problemstillingen bra ble det bestemt å ta med denne artikkelen. Fordi den er eldre enn 10 år og dette er noe som kan være en svakhet i oppgaven.

3.4.1 Kritisk vurdering av artikler

Artiklene som ble valgt ut har til felles at de alle handler om afasi og kommunikasjon. Alle artiklene tar utgangspunkt i å utforske afasipasienters opplevelse.

I oppgaven ble det brukt sjekklister fra Helsebiblioteket (2016) for å kritisk vurdere kvalitative artikler. Hensikten var å vurdere om artiklene var av god kvalitet.

Sjekklister vil dekke videre om resultatene er til å stole på. Det som blir vurdert ut ifra den kvalitative sjekklisten er om artikkelen har en klar problemstilling, og om designet er velegnet for å svare på problemstillingen (Helsebiblioteket, 2016). De valgte artiklene er hentet fra databasen som er godkjent av HVL. Det ble også sett på om artiklene er satt opp etter IMRaD- prinsippet. Grunnet for dette er fordi det er en anerkjent metode for oppbygging av vitenskapelige tekster (Thidemann, 2015, s.83).

Det viser gjennom kriteriene i sjekklister at de valgte artiklene har god kvalitet. Alle artiklene har et tydelig formulert formål som viser i tittel og sammendrag på fremsiden av studien, noe som har gjort studien mer oversiktlig. Alle artiklene hadde brukt kvalitativ metode, bortsett fra artikkelen til McGilton et al. (2011) som har benyttet «*mixed method*». Det kom tydelig frem i alle artiklene hvilket studiedesign som ble brukt. I tillegg var utvalg, datainnsamling og analyse godt forklart. Det var to studiene der de hadde større utvalg med i studien. Det er klart at større utvalg kan gi studien større grunnlag og innblikk i hvilken opplevelse afasipasienter har. På en annen side er det viktig å være klar over at et mindre utvalg er vanlig for kvalitative studier. Artikler er godkjent av etisk komite, bortsett fra artikkelen til Nystrøm (2009). Det var ingen dokumentasjon på etisk godkjenning, men det står tydelig i artikkelen om at

deltakerne har fått både muntlig og skriftlig informasjon om studien. Undersøkelsen var frivillig, og deltakere kunne trekke seg når som helst. Det var også tydelig at de må ha anonymisert sine deltakere.

3.5 Etikk i oppgaveskriving

3.5.1 Personopplysninger, forskningsetikk og kildebruk

Forskningsetikk dreier seg om å ivareta personvernet og sikre troverdig av forskningsresultatene (Dalland, 2012, s.96). Det er viktig at en ikke misbruker forskningen og litteraturen, men følger skikk og bruk. Det vil si at en skal ha evne til å formidle både forskningsresultater og litteraturen på en verdig måte og med forsiktighet (Dalland, 2012, 96). Derfor er det viktig at en må kjenne til de viktigste forskningsetiske prinsippene. Deltakere som deltok i studien skal være trygge på at de ble anonymisert, slik at informasjonen som blir gitt kan være ærlig og åpen. Forsberg & Wengstrøm (2013) skriver at en skal gjøres etiske vurderinger av de artiklene og resultatene en tok med i en litteraturstudie. En skal fortrinnsvis velge studier som er godkjent av etisk komite eller at etiske overveielser er gjort. Artiklene brukt i oppgaven er punktet om vern av personopplysninger holdt, det kommer ikke frem noen personopplysninger som kan gjøre at lesere gjenkjenne deltakere som deltok i studien. Det samme gjelder når en trekker inn personlige egne erfaringer i oppgaven er det viktig å holde taushetsplikt. For å overholde til høyskolens retningslinjer for kildebruk og referanser er det oppgitt og referert all bruk av litteratur og sitater til forfatter i oppgaven.

4. Resultat/funn

Under dette kapittelet vil artiklene sine hensikter, metode, utvalg og resultat bli beskrevet. Til slutt vil det legges frem en kort oppsummering av funn som ser til å være relevant for å belyse problemstillingen.

For detaljert oversiktstabell se VEDLEGG 1.

4.1 Presentasjon/ sammendrag av artikler

Artikkel 1:

Artikkelen «*Professional aphasia care trusting the patients's competence while facing existential issues*» av Maria Nystrøm fra år 2009.

Hensikten med denne studien var å forske på ny kunnskap til språk-terapi ved å få temaet belyst av afasirammende pasienters perspektiv om hva som er profesjonell omsorg.

I studien ble det brukt dybdeintervjuer og oppfølgingssamtaler som metoder.

Deltakere ble invitert til å reflektere over sine egne opplevelser i forbindelse med behandling de fikk. For å oppnå refleksjoner ble det innledende intervju spørsmålet «*hva er erfaringene dine med profesjonell omsorg?*». Studien ble utført i Sverige og deltakere snakker svensk. Et viktig kriterium som reduserte antall mulige deltakere, var evnen til å kommunisere muntlig eller skriftlig til en viss grad. Ingen deltakere trengte noen til å hjelpe med å formulere svarene. Det var til sammen 4 kvinner og 5 menn, i alderen 45- 72 år som deltok i studien.

Resultatene eller funnene viste at den vesentlige betydningen av profesjonell omsorg var når sykepleier erkjenner og møter hver pasient som et individ og ikke sykdom, samt å behandle dem med likeverd. En av konsekvens av impressive afasi kan gjøre kommunikasjonen ekstremt vanskelig. Det kom frem at det var viktig at sykepleier fortsatte å holde samtalen i gang selv om pasienten ikke greier å svare tilbake. Det var også viktig at sykepleier unngår ubehagelige situasjoner som å snakke over hodet til pasienten. Et annet viktig funn viste at pasienter vil føle seg trygge med en pleier som virkelig vil forstå dem. En følelse av sikkerhet og trygghet gjør det lettere for pasienten å gjenkjenne om omsorgen er basert på ekte interesse. Når en pasient innser at pleieren virkelig vil forstå vil hun/han føle seg trygg.

Artikkel 2:

Artikkelen «*What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction*» (2013), er skrevet av Tomkins, Siyambalapitiya og Worrall.

Hensikten med denne kvalitative studien var å utforske faktorer som påvirket misnøye og tilfredshet av den helsehjelpen som pasienter med afasi hadde fått fra helsevesenet. Metoden som blir brukt i denne studien var dybdeintervjuer med 50 afasipasienter. Deltakere besto av 24 menn og 26 kvinner, med gjennomsnittsalder på 63,9 år.

Resultatet viste at 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 hyppigste uttrykte faktorene som påvirket tilfredshet og misnøye relatert til helsehjelpen de hadde fått. Tilfredshet var når sykepleier hadde kunnskap om kommunikasjon og lidelsen. Språkproblemer førte ofte til at deltakere følte seg hjelpeløse, hvor de opplevde mangel på kontroll og selvstendighet. De ønsket å bli behandlet som en autonom person på tross av afasi. Gjennom å bli inkludert i samtaler, og samt at sykepleier ga god og tilrettelagt informasjon. Dette gjorde at deltakere følte at de fikk god støtte, og ikke minst en opplevelse av å få tilbake kontrollen i sitt eget liv.

Artikkel 3:

«*Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff- patient interactions*» skrevet av McGilton, Sorin-Peters, Sidani, Rochon, Boscart & Fox (2011).

Metoden i denne artikkelen var en «mixed method». Det vil si at i artikkelen ble det brukt både kvalitativ og kvantitativ metode. Det var 9 pasienter med kommunikasjonsproblemer og 18 sykepleiere som deltok i studien fra en omsorgsfasilitet i Ontario, Canada. Det ble satt opp en intervensjon som heter PCCI. PCCI intervensjon har som formål å forbedre holdninger, kunnskaper og ferdigheter til personalet. Dette bidro til at det ble muligheter for ekte samtale, samt for å forbedre pasientens velvære. Utvikling av individualiserte kommunikasjonsplaner for pasienter, kommunikasjon og atferdsmessige strategier og en innføring av støttesystem for sykepleierne var fokusområdene i denne intervensjonen.

Hensikten med studien var å vurdere gjennomføring av kommunikasjonsomsorgsplaner og identifisere sykepleiernes oppfatninger av intervensjon. Studien gikk også ut på å utforske om det ble endringer i pasientens oppfatning av omsorg, endringer i sykepleieres kunnskap og holdninger til kommunikasjon i møte med pasienter som har afasi.

Resultatene viste at sykepleierne uttrykte at det var hull i deres kunnskap om kommunikasjonsproblemer og støttende kommunikasjonsstrategier. De satt pris på å skaffe seg nye ferdigheter i kommunikasjon. Sykepleierne kommenterte også at de hadde nytte av bruken av bilder, da dette var en ressurs for pasientene. Personalet fikk en ny bevissthet om behovet for å bruke en individuell tilnærming når det gjelder samarbeid med pasienter. Dette var preget av bevissthet om bruk av forskjellige strategier i forskjellige situasjoner, som var avhengig av pasientens humør og at planen ga sykepleieren litt retning på hvor en skal begynne. Mange innså at det var viktig at pasienter må få tid til å svare før en tok over samtalen. Som et resultat av kommunikasjonsstrategier, ble noen pasienter mindre engstelig og opprørt og personalet var mindre frustrerte. Kommunikasjonsstrategiene førte til at sykepleierne forstod bedre behovet til pasienter. Når disse pasientene opplevde å bli forstått, ble de mindre aggressive og hadde bedre livskvalitet. Samt at personalet også opplevde å ha gitt tilfredsstillende omsorg.

Artikkel 4:

Studiet «*Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia*» er gjort av Johansson, Carlsson og Sonnander (2012).

Hovedhensikten med denne studien er å utforske hvordan mennesker med afasi opplevde samtaler med forskjellige mennesker, og hvordan de har håndtert kommunikasjonsproblemer i hverdagen. En annen hensikt var å studere hvordan disse menneskene har oppfattet sine egne kommunikasjonsutfordringene, og hvilke kommunikasjonsstrategier kan bli benyttet.

I studien brukte en kvalitativ forskningstilnærming som metode. Det ble gjennomført intervjuer med personer med afasi der de skulle svare på forskningsspørsmålene. Datainnsamlingsmetode ble brukt for å få en grundig forståelse av opplevelse av

kommunikasjonsvansker hos individer med afasi. Deltakere besto av 7 menn og 4 kvinner, med gjennomsnittsalder på 65,4 år. Disse deltakerne var hjemmeboende og hadde forskjellige typer afasi.

Det kom frem fra funnene at personer med afasi satt pris på å ha samtaler til tross for at de oppfattet afasi som en alvorlig hindring. For at samtalen skulle fungere var det viktig at samtalepartneren har forståelse for situasjon og kunnskap om afasi. Mange ga uttrykk for at sinne og frustrasjon var de mest dominerende følelsene når det oppsto kommunikasjonsbrudd. Afasi hindret dem i å uttrykke sitt synspunkt, vise hvem de er og hva de kunne. Det kom også frem at bruk av kommunikasjonshjelpemidler som en bildebok var til god hjelp. Bruk av bekreftende kommunikasjonsstrategier som å vise at en ser, lytter, forstår og bruker humor hadde god effekt på samtalen.

4.2 Oppsummering av hovedfunn

Artiklene presenterer i korte trekk opplevelser og erfaringer til både afasirammende pasienter og sykepleiere i forhold til kommunikasjon og forståelse. De peker på betydningen av viktige faktorer som kan være med å medvirke hvordan en på best mulig kan fremme en god kommunikasjon, slik at pasienten blir ivaretatt på en verdifull måte. Manglende kunnskap om kommunikasjon og sykdommen hos sykepleier er en faktor som påvirker pasientens sikkerhet og trygghet. Studiene peker også på betydningen av å ta i bruk ulike kommunikasjonsstrategier og kommunikasjonshjelpemidler, eksempelvis en bildebok.

Artiklene viser også til betydningen av at sykepleier møter pasienten med respekt, empati og anerkjenne som en autonom person. Å bli møtt med respekt, samt å ha mulighet til å delta i samtalen, er med på å fremme verdighet da pasienten oppleves som meningsfulle, samtidig som deres evne til selvbestemmelse blir ivaretatt.

Funnene i artiklene gir grunnlag for den videre drøftingen.

5. Drøfting

I denne drøftingsdelen vil det trekkes frem teoretiske perspektiv, samt viktige momenter fra resultatdelen og egne erfaringer da det vil bli drøftet opp mot hverandre for å best mulig besvare oppgavens problemstilling. For å beholde oversikten over hvilke elementer som er i fokus, er det derfor valgt å dele opp drøftingsdelen i små kapitler. Temaer som løftes frem er:

Relasjonens betydning i kommunikasjon

Likeverd og respekt

Pasientens autonomi

Kunnskap hos sykepleiere

5.1 Relasjonens betydning i kommunikasjon

I studien gjort av Tomkins et al. (2013) kommer det frem at pasienter med afasi legger mye mer vekt i relasjonen til pleierne enn hva pasienter uten kommunikasjonsproblemer gjør. For det første var fordi at en vellykket relasjon kan ha en stor betydning for kommunikasjon. Pasienter opplever ofte lettere kommunikasjon med pleier som de har god relasjon til. For det andre føler pasienter at de får mer tilstrekkelig omsorg fra pleier som forstår dem.

Ifølge Eide & Eide (2017, s.321) «i møte med afasipasienter er det viktig først å etablere en god kontakt». Kommunikasjon er en prosess som sykepleieren bruker for å skape kontakt og etablere relasjon. En viktig forutsetning for å kunne skape en god relasjon er at sykepleier må ha evnen til å leve seg inn i pasientens opplevelse (Eide & Eide, 2017, s.54). Dette støtter Travelbee (1999) hvor hun mener det er sykepleierens oppgave å skape relasjon, og at empati gjør at sykepleier og pasient blir sterkere knyttet sammen. Et godt førsteinntrykk ved første møte vil være med på å forme det videre forholdet mellom pasient og sykepleier (Corneliussen, et al., 2006).

Nystrøm (2009) får frem at pasienten opplevde seg trygg med en pleier som virkelig viser at hun forstår pasienten. Det viste seg at en god relasjon bygger på trygghet, og det er en viktig faktor som kan gjøre det lettere for pasienten å gjenkjenne om den omsorgen som pasienten har fått var ekte. For pasienten var det viktig at sykepleier var åpen og ydmyk. En trygg relasjon gir et bedre utgangspunkt for god kommunikasjon.

Skulle sykepleier fremme god kommunikasjon til pasienter med afasi var det viktig med god kontakt.

Travelbee (1999) påpeker at menneske- til-menneske- forholdet ikke kommer av seg selv, men at det må bygges opp fra dag til dag. Sykepleieren må være bevisst på hva en gjør, tenker, føler og erfarer. Relasjonen kan bygges opp i ulikt tempo og at det er en prosess som skal gå gjennom flere faser. Travelbee (1999) delte de fasene inn i fire hovedfaser. Den første fase er *det innledende møte* handler mye om førsteinntrykket mellom sykepleier og pasient. Som uttrykt av Travelbee (1999) er det vanlig at ved innledende møtet vil ikke sykepleieren og pasienten se hverandre som unike individer. For at sykepleieren skal kunne oppfatte pasienten som et individ, må sykepleieren derimot ha evnen til å se hva som gjør pasienten til akkurat den pasienten er (Travelbee, 1999). Når sykepleieren begynner å oppfatte den syke som et unikt individ, kan forholdet mellom dem gå videre inn i en ny fase.

Den andre fase er *framvekst av identiteter* som går ut på «evnen til å verdsette den andre som unikt individ, og evnen til å etablere tilknytning til andre» (Travelbee, 1999). Det som kan avgjøre kravet i denne fasen er trolig at sykepleieren må være i stand til å gå ut over seg selv. Framveksten av identiteter fortsetter til et reelt forhold er etablert, for her ligger kilden til empati. *Empati* er den tredje fase og betyr evnen til å ha forståelse av den andre. Empati fører ikke til en tilstrekkelig gjensidig forståelse og kontakt. For at sykepleieren skal kunne hjelpe den syke må en over i en fase der det foreligger *sympati* og medfølelse (Travelbee, 1999).

Den siste fase er *sympati og medfølelse*. I denne fasen har sykepleieren som oppgave å omsette *sympati* og medfølelse til konstruktive sykepleiehandlinger (Travelbee, 1999). Det vil si at sykepleieren ikke bare må ønske å hjelpe, men at en må vite hva en gjør, samt å ha de kunnskaper og ferdigheter som trengs i sykepleieprosessen. Når disse fasene er oppfylt, vil det videreutvikles til gjensidig forståelse og kontakt, og igjen vil en ha et godt grunnlag for å skape en god kommunikasjon og samhandling.

I studien til Nystrøm (2009) viste det at afasipasienter ønsket å holde samtalen i gang selv om det stoppet opp for dem. Pasienter med afasi er sårbare i den grad at de ikke umiddelbart kan ytre ønsker og behovene sine, som gjerne pasientgrupper uten kommunikasjonsproblem vil kunne. Dette kan føre til at deres integritet blir krenket. Sykepleieren må være oppmerksom på pasientens autonomi, som å la pasienten være et unikt individ i samtalen og få lov til å komme med sine meninger. Når pasienter oppgir relasjonen til sykepleier som en faktor som kan fremme tilfredshet eller misnøye kommer det frem at en ikke alltid vil kunne oppnå like gode relasjoner til alle pasienter (Tomkins et al., 2013). Ifølge Travelbee (1999) skal en profesjonell sykepleier kunne finne en balanse mellom kvalifikasjoner, forpliktelser, krav og nærhet til den unike personen. Dette samsvarer også med de yrkesetiske retningslinjene når det gjelder at sykepleieren skal være bevisst på sin profesjonelle rolle (Nsf, u. å.).

5.2 Likeverd og respekt

I studien til Nystrøm (2009) kommer det frem at pasienter opplever mer omsorg når de blir møtt og sett på som et individ, og ikke sykdom. De satt også pris på å bli behandlet med likeverd, til tross for at deres evne å kommunisere er nedsatt. Det kommer også frem i studien til Tomkins et al. (2013) at afasipasienter ønsket om å bli behandlet som en autonom person.

For å oppnå god kommunikasjon med pasienter med afasi må en først og fremst behandle pasienter med respekt. Travelbee (1999) i likhet med Kristoffersen et al. (2016) mener de at en av sykepleierens oppgave er å anerkjenne pasienten som et unikt individ og ha respekt for alle pasienter en møter. Som menneske har en behov for å bli sett og forstått som fullverdige mennesker. Eide & Eide (2017, s.155) sier det å ha noen som lytter og viser empati i hva en tenker og føler, oppleves godt og vil styrke selvfølelsen. Travelbee var kritisk til betegnelsene pasient og sykepleier, da disse betegnelsene stimulerer til stereotype rolleoppfatninger og tilslører det unike i det enkelte individet (Travelbee, 1999). Dersom sykepleieren derimot møter pasienter som individer og ikke bare pasienter vil det gjøre det lettere for sykepleieren å oppnå pasientens behov på en tilfredsstillende måte.

Likeverdighet er et grunnleggende prinsipp for god kommunikasjon, men i en samtale med afasipasienter kan lik deltakelse være vanskelig å oppnå. Bakgrunnen for dette er at det ikke er til å unngå at mye av ansvaret for samtalen faller på sykepleier. Det kan lett bli at sykepleieren ofte styrer samtalen etter egne premisser. Dette kan skape konsekvenser på flere forhånd. For det første kan pasienten oppleve å ha mindre makt i samtalen, noe som fører til at de føler seg mindreverdige (Corneliussen, et al., 2006). For det andre det kan oppstå misforståelse når sykepleieren ikke forstår det pasienten prøver å formidle. I hjemmesykepleiepraksis opplevde jeg sykepleiere som synes det var vanskelig å kommunisere med afasipasienter og dermed valgte en å snakke minst mulig. Sykepleiere kan ofte komme i en situasjon der de ikke i det hele tatt får tilbake svar fra pasienten. Som det viste i studien til Nystrøm (2009) at pasientens selvrespekt og verdighet ble støttet når sykepleier fortsatte å holde samtalen i gang selv om pasienten ikke greier å svare tilbake. Det kommer også frem at pasienten ønsket å bli snakket til og ikke om når pasienten selv var til stede, da dette hadde betydning for deres egenverd. Sykepleier må også unngå ubehagelige situasjoner som å snakke over hodet til pasienten (Nystrøm, 2009).

I studien til McGilton et al. (2011) kommer det frem at det var viktig at pasienter får god tid til å svare på spørsmålet før en tok over samtalen. Ved at sykepleieren er åpen og forstår at afasipasienter trenger lengre tid enn vanlig i en samtale vil dette være med på å skape tillit og trygghet, og gjøre samtalen verdifull (Corneliussen et al., 2006). Kristoffersen et al. (2016, s.23) påpeker at som pasient kan en oppleve forskjell på det å bli snakket til og med. Å vise respekt for afasipasienter innebærer ofte å observere og lytte godt, slik at en er i stand til å oppdage hvordan pasienten har det, vise forståelse og speile følelser (Eide & Eide, 2017, s.332). Å bli lyttet til gir pasienten en opplevelse av å bli tatt på alvor og å være verdifulle som mennesker (Kristoffersen et al., 2016, s. 23).

Åpenhet betyr å være åpen og ærlig. I en samtale med pasienter med afasi er det viktig å huske på at det er en voksen person en kommuniserer til. Noen ganger kan kommunikasjonen være så vanskelig at en har problemer med å forstå pasienten. Åpenhet er viktig ved at sykepleieren er ærlig i de situasjonene en faktisk ikke forstår. Istedenfor å redde seg ut av situasjonen ved at en prøver å gjette er det bedre å ta seg

den tiden en trenger. Ut ifra praksiserfaringer har jeg opplevd at sykepleier ofte prøver seg frem ved å gjette når en ikke forstår hva pasienten sier. Konsekvensen av dette er at det går utover kommunikasjonen med pasienten fordi de ikke får den tiden de trenger til å bli forstått.

Afasipasienter trenger lang tid og mye konsentrasjon for å lete etter ord og formulere ordene de ønsker å formidle. Det er derfor hensiktsmessig at sykepleieren setter seg ned og viser at en har tid til pasienten. Dette kan bidra til at pasientens behov og ønsker kommer til uttrykk. I tillegg er det også viktig at pasienten får hjelp der han står fast. Hvis pasienten med afasi ikke forstår det sykepleieren prøver å si er det derfor ikke nødvendig å gjenta samme setning, men heller prøver å ordlegge seg på en annen måte (Corneliussen et al., 2006). Dette er for å unngå en ubehag følelse, slik at pasienten ikke skal føle seg nedverdige. Å ha god tid betyr å senke tempoet, ha en lyttende holdning, vise interesse og oppmerksomhet (Corneliussen et al., 2006, s.33). Corneliussen et al. (2006) mener stillhet kan oppleves som en god metode for sykepleierne til å signalisere at de har god tid overfor pasienten. På en annen side kan stillhet også oppfattes som truende eller ubehagelig om sykepleieren og pasienten ikke kjenner hverandre så godt.

Ifølge Travelbee (1999) som sykepleier skal en alltid prøve å sette seg inn i pasientens situasjon. Dette er ingen enkel oppgave fordi i en samtale med en afasirammede kan kreve mye tid. Dårlig tid, stort press på arbeidsplassen og mange arbeidsoppgaver som skal utføres, er vanlige eksempler som kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å sette av tiden til pasienten. Ut fra egne erfaringer fremstår dette av og til bare som en dårlig unnskyldning. I en travel hverdag finnes det alltid grenser for hvor mye tid en kan bruke på en pasient. Dette handler rett og slett om planlegging og prioritering. For å kunne strekke seg litt ekstra og vise pasienten interesse slik at pasienten opplever at hun/han har betydning er det viktig at en er effektiv og bruker den begrensede tiden en har fornuftig og gjøre sitt beste. Det er vesentlig i sykepleiefaget at en har etisk grunnlag for våre handlinger og tenkemåter. Med andre ord vil det si at en må ha vilje og mot til å gi pasienten hovedfokus.

5.3 Pasientens autonomi

I studien til Tomkins et al. (2013) kommer det frem at problemer med å uttrykke seg ofte førte til at pasienter følte seg hjelpeløse, hadde mangel på kontroll og selvstendighet. For at ens autonomi skal være til stede ønsket de å bli behandlet som en autonom person på tross av afasi.

Kristoffersen & Nortvedt (2016, s. 103) beskriver autonomi som en viktig verdi når det gjelder å ha mulighet til selv å ivareta sine interesser. Autonomi er nødvendig for å oppleve seg selv som et enestående enkeltindivid. Det å kunne ha ansvaret for sitt eget liv og fatte selv beslutninger som gjelder det selv. Dette ser til å ha stor betydning for vår egen verdighet. Som pasient vil en alltid befinne seg i spenningsfeltet mellom det å være sårbar, avhengig og hjelpetrengende og det å ha mulighet til brukermedvirkning (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.103). For personer med afasi er de spesielt utsatt siden deres kommunikasjonsevnen ikke er som den var før. Det tar tid å få en relasjon med tilfredsstillende kommunikasjon, dermed blir det lett for at sykepleieren henvender seg til andre som har et bedre kjennskap til pasienten. Dette fører til at noen kan gjerne f.eks. føle seg umyndiggjort, og er blitt fratatt ansvar, selvstendighet og ikke minst frihet. Når en har afasi mangler en nødvendigvis ikke ord og språk, men klarer ikke å uttrykke seg, noe som kan føre til en opplevelse av ikke å bli inkludert. For når en ikke lengre blir sett som en autonom og selvstendig person, er en ikke lengre som alle andre. Dessuten vil en miste måten for å fremme seg selv som person.

Kristoffersen et al. (2016, s.7) påpeker at en av sykepleierens hovedfunksjon er å hjelpe pasienten som er utsatt for sykdom eller skade i stand til å få økt kontroll over sin egen helse. For at afasipasienter skal føle at deres brukermedvirkning blir ivaretatt bør sykepleieren legge til rette for at pasienten selv er inkludert på en hensiktsmessig måte gjennom hele kommunikasjon. I dag er autonomiprinsippet nedfelt i lovs form (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.106). Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) § 3-1 pasientens eller brukerens rett til medvirkning. Brukermedvirkning innebærer at pasienten betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem (Helsedirektorat, 2018). På den ene siden finnes det også lov om helsepersonell (1999). Helsepersonell er lovpålagt og ha plikt til å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige

avgjørelser ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Kristoffersen & Nordtvedt, 2016, s.106).

Kristoffersen & Nordtvedt (2016, s.106) understreker også at tilpasset informasjon er helt grunnleggende for at pasienten skal være i stand til å utøve sin autonomi. Sett i fra et pasientperspektiv fant Tomkins et al. (2013) at ved at pasienten blir inkludert i samtaler, og at sykepleieren ga god og tilrettelagt informasjon skulle det føre til at pasienter opplevde å få god støtte og opplevelsen av å få tilbake kontrollen.

På en annen side kan en se på selvbestemmelse som en udelt positiv verdi. Da afasipasienter kan oppleve det som en belastning å skulle bestemme selv. På grunn av dårlig tilgang til språket kan pasienten føle seg alene og ensom når det kommer til vanskelige avgjørelser. Det er derfor hensiktsmessig at sykepleieren noen ganger må støtte og hjelpe pasienten til å finne fram til hva han selv ønsker (Kristoffersen & Nordtvedt, 2016, s.107).

Eide & Eide (2017, s.57) viser at empati, aktiv lytting og anerkjennelse er grunnlag for brukermedvirkning. Som sykepleier har en i oppgave å undersøke hva som er viktig for pasienten og hva han føler behov for i situasjonen. Anerkjennelse er en del av grunnlaget for at pasienten skal kunne føle seg sett og hørt. Det er også en forutsetning for å kunne inkludere pasienten i beslutninger på en slik måte at reelt samvalg kan finne sted (Eide & Eide, 2017, s.57). Ved å respektere pasientens perspektiv og deres prioriteringer i situasjonen vil det være gode måter å ivareta behovet for selvbestemmelse på.

5.4 Kunnskap hos sykepleiere

Det kommer frem i studiet til McGilton et al. (2011) at det var hull i kunnskapen om kommunikasjon til pasienter med afasi blant sykepleierne, og at det skapte en følelse av usikkerhet og utrygghet hos pasienten. Pasientene i studiet til Tomkins et al. (2013) opplevde tilfredshet og trygghet når de møtte sykepleiere som hadde kunnskap om kommunikasjon og lidelsen.

For å fremme en opplevelse av verdig behandling til pasienter med afasi gjennom kommunikasjon, må blant annet sykepleier ha kunnskap om hvordan en kommuniserer med denne pasientgruppen. I Travelbees (1999) perspektiv sier det viktig at

sykepleier behersker kommunikasjonsteknikker. Det er også en forutsetning at sykepleieren til pasienter med afasi har kunnskap innen afasi, slik at det kan tilrettelegges individuelt og at hjelpen er målrettet etter pasientens behov. Dette for at pasienten skal føle seg at deres behov blir ivaretatt.

Fra Johansson et al. (2012) sin studie viste den at sinne og frustrasjon var de mest dominerende følelsene som oppstod når pasienter ikke greide å uttrykke sitt synspunkt, slik at de får vite hvem de er og hva de kunne. Pasienter med afasi har et enormt behov for å bli inkludert, hørt, sett og forstått. Det er derfor som sykepleier en viktig grunn å sette seg inn i pasientens situasjon. Eide & Eide (2017, s.136) mener en stor del av vår kommunikasjon foregår nonverbal. Når en samhandler med afasipasienter som ikke kan uttrykke seg verbalt, vil nonverbal kommunikasjon være nyttig. I samtalen med pasienten er det viktig å lytte, observere og være tålmodig, slik at pasienten får anledning til å svare så godt han kan. Samtidig er det viktig å ikke sende for mange budskap på en gang (Eide & Eide, 2017, s.324).

Travelbee (1999) sier at nonverbal kommunikasjon også kan oppstå når det ikke foregår en samtale. Kommunikasjon foregår gjennom utseende med ansiktsuttrykk og holdninger. Det er viktig at sykepleieren observerer pasientens kroppsspråk, samtidig som man er klar over sitt eget. Fordi at kroppsspråket er med på å skape trygghet, kontakt og understøtter hensikten med samtalen. Sykepleieren kan gjennom kroppsspråket f.eks. formidle til pasienten at hun lytter ved å nikke, smile eller sitte vendt mot pasienten (Eide & Eide, 2017). På denne måten vil pasienten oppleve å bli sett og hørt. I studie gjort av Johansson et al. (2012) kommer det frem at bruk av bekreftende kommunikasjonsstrategier som viser at en ser, lytter, forstår og bruk av humor hadde god effekt på samtalen.

Ved bruk av humor kan det bidra til å få frem en avslappende atmosfære og å styrke bånd mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2017, s.184). Humor ser også ut til å være en viktig ressurs da den kan skape et nytt perspektiv og redusere spenning. Ifølge Travelbee (1999) blir sykepleierens mål og hensikt oppfylt gjennom et menneske- til-menneskeforhold. I likhet med humor har mellommenneskelig forhold som mål å hjelpe pasienten med å mestre sykdom og lidelse og finne en mening med disse lidelsene. Humor kan være med på å bedre kommunikasjonen, men på en annen side kan humor brukes på en negativ måte, til å latterliggjøre eller krenke

pasienten. Det er derfor viktig at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk noe som ifølge Travelbee (1999) vil si å bruke sin egen fornuft og kompetanse for å se an situasjon og pasienten, og hva pasienten tåler i form av humor.

Travelbee (1999) sier at nonverbal kommunikasjon kan overføres ved hjelp av tegn eller symboler og bilder. I studien til Johansson et al. (2012) kommer det frem at bruk av kommunikasjonshjelpemidler som en bildebok var til god hjelp når verbal kommunikasjon er vanskelig. Det kommer også for øvrig frem i McGilton et al. (2011) at sykepleierne hadde nytte av bruken av bilder, da dette førte til at sykepleieren forstår bedre behovet til pasientene. Når pasienter opplevde å bli forstått, ble de mindre aggressive og hadde bedre livskvalitet. På en annen side kan afasipasienter oppleve at andre snakker til de som et barn eller er mindre intelligente (Corneliussen et al., 2006). Sykepleieren skal være klar over at en har med voksne mennesker å gjøre, og være forsiktig med hvordan en bruker hjelpemidler. Likevel sier Corneliussen et al., (2006) at tegning er grunnleggende ferdigheter og kan være et naturlig og effektivt hjelpemiddel som en kan benytte i samtale med pasienter som har afasi.

6. Avslutning

Oppgavens hensikt var å belyse hvordan sykepleiere gjennom bevisst bruk av kommunikasjon kan bidra til at pasienter med afasi opplever en verdig behandling.

I møte med afasipasienter kan kommunikasjon mellom sykepleier og pasient være en utfordring. Afasi påvirker pasientens mulighet for å ivareta sin selvbestemmelse.

Sykepleieren har ansvar for å tilrettelegge for god kommunikasjon og ivareta pasientens autonomi. For å fremme pasientens opplevelse av verdighet er det nødvendig at sykepleier har indre vilje og et ønske om å møte afasipasienter som et unikt menneske, som fortjener respekt og anerkjennelse. For at både sykepleieren og pasienten skal kunne oppfatte hverandre som unike menneskelige individer må de først og fremst etablere en relasjon.

Afasipasienter har et stort behov for å bli sett og forstått. I samtalen med afasipasienter vil det kreve tid ettersom pasienten trenger lengre tid til å uttrykke seg. Det er viktig at sykepleier setter seg inn i pasientens situasjon for å forstå pasientens tanker og følelser. Sykepleieren må kunne vise at en har tid til pasienten, noe som kan gjøre det lettere for pasienten å delta aktivt i samtalen. Dette vil være med å skape trygghet og opplevelse av verdighet. Ved aktiv lytting viser sykepleieren interesse for hva pasienten opplever som viktig, da dette kan være med å fremme pasientens selvbestemmelse og opplevelse av mening. Det gjelder å være bevisst over både sitt eget og pasientens nonverbale uttrykk, gjennom ansiktsuttrykk og kroppsholdninger. Bruk av humor kan i enkelte tilfeller lette stemningen og være med på å skape tillit og kontakt mellom sykepleier og pasient. Det er også nødvendig at sykepleieren tar hensyn til pasient og ser situasjon an, slik at ikke all kommunikasjon bare er preget av en humor. Videre er det viktig at sykepleiere har god kunnskap om afasi og ulike kommunikasjonsformer. Kommunikasjon har en stor betydning i sykepleie til afasipasienter og er med på å skape en helhetlig og verdig behandling. Derfor er det viktig at sykepleieren har evne til å anvende sin kunnskapen til det beste for pasienten.

Referanseliste

- Aakre, M. (2019). *Ja til verdighet*. Hentet fra <https://sykepleien.no/etikk/2011/02/ja-til-verdighet>
- Bertelsen, A. (2017). Sykdommer i nervesystemet. I S., Ørn & E. Bach- Gansmo (red.). *Sykdom og behandling*. (2. utg., s.322-332). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Corneliussen, M., Haaland- Johansen, L., Knoph, M., Lind, M. & Qvenid, E. (2006). *Afasi og samtale. Gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus Forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning og etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning og etikk* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Encyclopædia Britannica. (u.å.). *Aphasia artwork* [fotograf]. Hentet fra ImageQuest. https://quest.eb.com/search/132_1267868/1/132_1267868/cite
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Forfättarna och Bokforlaget Natur og Kultur
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekklistor*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektorat. (2018, 01. januar). *Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon#C2%A7-3-1-pasientens-eller-brukerens-rett-til-medvirkning>
- Ihme, W & Sigmond, H. (2016). *Talevansker og kommunikasjon*. I I., Skjetne (red.). (1. utg.). Oslo: Pedlex As.

- Johansson, M., Carlsson, M. & Sonnander, K. (2012). *Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia*. DOI: 10.1111/j.1460-6984.2011.00089.x.
- Kristoffersen, N., J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N., J., Kristoffersen, F. Nortvedt, E., Skaug & G., Grimsbø (red.). (bind 1, 3 utg., s.193- 232). *Grunnleggende sykepleie: sykepleie- fag og funksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N., J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N., J., Kristoffersen, F., Nortvedt, E., Skaug & G., Grimsbø (red.). (bind 3, 3. utg., s.15-64). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomen, samfunn og mestring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N., J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. I N., J., Kristoffersen, F., Nortvedt, E., Skaug & G., Grimsbø (red.). (bind 1, 3. utg., s.- 89- 132). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomen, samfunn og mestring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. (2016). Hva er sykepleie? I N., J., Kristoffersen, F., Nortvedt, E., Skaug & G., Grimsbø (red.). (bind 1, 3. utg., s.15- 27). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomen, samfunn og mestring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. & Qvenild, E. (2010). *Afasi- et praksisrettet perspektiv*. Oslo: Novus Forlag.
- McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V. & Fox, M. (2011). *Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions*. DOI: 10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x.
- NSF. (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nystrøm, M. (2009). *Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues*. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02825.x.
- Pasient- og brukerttighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerttigheter* (LOV-2019-12-20-103). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Røkenes, O. & Hanssen, P. (2012). Bare eller briste. *Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Strandås, M. (2019, 23. desember). *Hva er sykepleie, og hva burde det være?* Hentet fra: <https://sykepleien.no/sykepleien/2019/04/hva-er-sykepleie-og-hva-burde-det-vaere>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tomkins, B., Siyambalapitiya & Worrall, L. (2013). *What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction*. DOI: 10.1080/02687038.2013.811211.
- Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Wergeland, A., Ryen, S. & Ødegaard-Olsen, T., G. (2016). Sykepleie ved hjerneslag. I D-G., Stubberud, R., Grønseth & H., Almås (Red.). *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg., s. 303- 326). Oslo: Gyldendal Akademisk.

VEDLEGG 1- oversiktstabeller over forskningsartikler

Artikler	Hensikt	Metode	Utvalg	Konklusjon
<p>Nystrøm, M. (2009).</p> <p>«Profesjonell aphasia care trusting the patients's competence while facing existential issue».</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske kunnskap om talespråkterapi ved å studere fenomenet «profesjonell afasiomsorg» fra pasientens perspektiv.</p>	<p>Det ble gjennomført 8 dybdeintervjuer, 4 oppfølgingssamtaler, 2 notater fra dagbøker og 2 biografier.</p>	<p>Dataene ble analysert etter en beskrivende fenomenologisk metode.</p> <p>4 kvinner og 5 menn i alderen 45- 72 år som deltok i studien.</p>	<p>Resultatene viste at sykepleiere skal stole på pasientens kompetanse mens han/hun står overfor eksistensielle problemer. For å styrke forståelsen ble den vesentlige betydningen spesifisert i form av følgende bestanddeler:</p> <p>å forhindre isolasjon, rettferdighet, å sørge for sikkerhet, å anerkjenne av omsorgsbehov, å oppmuntre til innsats for å utøve språk, likhet og støtte opprettholdelse av identitet.</p>
<p>Tomkins, B., Siyambalapitiya, S. & Worrall, L. (2013).</p> <p>«What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction».</p>	<p>Denne studien hadde som mål å undersøke faktorene som påvirker tilfredshet og misnøye hos personer med afasi med hensyn til helsevesenet..</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Dataene ble samlet inn via dybdeintervjuer.</p>	<p>Deltakere besto av 50 personer med afasi etter hjerneslag, 24 menn og 26 kvinner med gjennomsnittsalder på 63,9 år som deltok.</p>	<p>Funnene viste at det var 7 kategorier (omsorgsområder) ble identifisert som påvirkende deltakers tilfredshet og misnøye.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Å danne relasjoner 2. Måte å utføre tjenester 3. Informasjon, kommunikasjon og kunnskap 4. Struktur og relevans av terapi 5. Organisasjonsledelse 6. Individuell støtte 7. Positivitet og forbedring

<p>McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V. & Fox, M. (2011).</p> <p>«Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff–patient interactions».</p>	<p>Hensikten med denne studien var å vurdere bruken av kommunikasjonsplaner. Studiet skulle også utforske hvilket oppfatninger pasienten hadde med tanke på omsorg og sykepleiernes kunnskap og holdninger til pasientene.</p>	<p>Studien har mixed metoder, kvantitativ og kvalitativ. Kvalitativ metode blir brukt for å innhente oppfatninger av tiltaket og kvantitativ metode for å samle inn data.</p>	<p>Det var 18 sykepleiere og 9 pasienter med språkproblemer som deltok.</p>	<p>Resultatet viste at bruk av kommunikasjonsplaner ble pasientene oppfattet som mer tilfreds, hvor de var mer roligere og var mindre aggressiv. Kommunikasjonsplaner har også økt kunnskap hos sykepleiere. Ved å benytte hjelpemidler førte til at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten ble lettere.</p> <p>Det kom også frem under studiet at det var hull i sykepleieres kunnskap når det gjelder kunnskapen om kommunikasjon til afasipasienter.</p>
<p>Johansson, M., Carlsson, M. & Sonnader, K. (2012).</p> <p>«Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia».</p>	<p>Målet med denne studien var å utforske hvordan mennesker med afasi opplever å ha samtaler med andre mennesker, hvordan de takler kommunikasjonstfordringer sine i hverdagen og bruk av kommunikasjonstrategier.</p>	<p>Kvalitativ metode med semi strukturerte intervju.</p>	<p>Deltakere besto av 4 kvinner og 7 menn, med gjennomsnittsalder på 65,4 år. Hjemmeboende med forskjellige typer afasi.</p>	<p>Funnene viste at personene i studiet mente det var utfordrende å ha en samtale med person som har afasi.</p> <p>Ved å ha kunnskap om afasi, forståelse for situasjonen, samt benytter bekræftende kommunikasjonsstrategier var de forutsetningene som kan hjelpe til å få i gang en samtale.</p>