



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY180H Bacheloroppgave i sykepleie

Tema: Kommunikasjon og afasi

Dato for innlevering: 26.04.13

Kandidatnummer: 25

Antall ord: 9887



Aphasia

*His signs flick off.
His names of birds
and beautiful words-
eleemosynary, fir, cinerarium, reckless-
scattering over linoleum.
His thinking won't
venture out of his mouth.
His grammar heads south.
Pathetic his subjunctives; just as pathetic
his mangling the emphatic enclitic
he once was the master of.
Still, all in all, he has
his inner weather of pure meaning,
through the wind is keening
through his Alps and his clouds hang low
and the forecast is "Rain mixed with snow,
heavy at times".*

- Vijay Seshadri (I Holland, 2007, s. 191)

Innholdsfortegnelse

Aphasia.....	1
1.0 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn for oppgaven og temavalg	4
1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensing	4
1.3 Oppgavens oppbygging.....	5
2.0 METODEDE	6
2.1 Hva er metode?.....	6
2.2 Valg av metode.....	6
2.3 Metodekritikk	7
2.4 Litteratursøk og søkeord.....	7
2.5 Kildekritikk	8
2.6 Etske overveielser	9
TEORIDEL	10
3.0 HJERNESLAG.....	10
3.1 Apoplexia cerebri	10
3.2 Symptomer og tegn	10
3.3 Afasi	11
3.3.1 Generelt om afasi	11
3.3.2 Ulike typer afasi	11
4.0 MESTRING	13
5.0 KOMMUNIKASJON.....	14
5.1 Generelt om kommunikasjon	14
5.2 Non-verbal kommunikasjon	14
6.0 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI.....	15
6.1 Sykepleiedefinisjon	15
6.2 Terapeutisk bruk av seg selv	15
6.3 Lidelse	16
6.4 Travelbee om kommunikasjon	16
DRØFTINGSDEL.....	17
7.0 HVORDAN OPPLEVES DET Å VÆRE RAMMET AV AFASI?	17
8.0 SYKEPLEIERENS KOMMUNIKASJONSUTFORDRINGER VED AFASI?	20

8.1 Sykepleieren i møte med pasienten	20
8.2 Min erfaring med håpløshet hos slagrammede med afasi	20
8.3 Tillitsforhold og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.....	22
8.4 "Å styrke håpet": Hvordan kan sykepleieren bidra til mestring av håpløshet?.....	26
9.0 AVSLUTNING	31
LITTERATURLISTE	33

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven og temavalg

Jeg er nå kommet til siste semester på sykepleierutdanningen og skal derfor skrive en avsluttende bacheloroppgave. Temaet som jeg har valgt å skrive om, er kommunikasjon med pasienter som har fått afasi etter hjerneslag. Mennesker som har mistet sin taleevne, eller fått den betydelig redusert, har jeg møtt både i det private, i jobbsammenheng og i praksis på sykepleierutdanningen. Temaet har derfor interessert og engasjert meg både før- og under utdanningen. Disse menneskene har gjort stort inntrykk på meg, og det har ført til at jeg vil lære mer om dette. Afasi kan by på store utfordringer både for den personen det gjelder, pårørende, helsepersonell og andre som omgås disse menneskene.

Kommunikasjonsmulighetene blir endret, og dette har jeg sett at de afasirammede reagerer svært ulikt på. Noen blir sinte, noen blir tilbaketrukket og andre blir svært fortvilet og gråter mye. Jeg har lagt merke til at mange, inkludert meg selv, kan ha vansker med å stå i disse situasjonene. Inntrykket mitt er at mange mangler ferdigheter om kommunikasjon med denne pasientgruppen. Formålet med denne oppgaven er å innhente kunnskap om kommunikasjon med afasirammede. I tillegg ønsker jeg å finne ut hvordan sykepleieren kan bidra til mestring av håpløshet i den forbindelse. Som kommende sykepleier mener jeg at dette er et tema som jeg og andre helsepersonell trenger mer kunnskap om, for å blant annet begrense usikkerheten i møte med afasirammede.

1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning

Problemstillingen for oppgaven min er:

På hvilken måte kan sykepleieren gjennom kommunikasjon bidra til mestring av håpløshet for pasienter med afasi etter hjerneslag?

Siden bacheloren er en oppgave med et begrenset omfang, må den avgrenses på en best mulig måte. Jeg vil forholde meg til pasienter i aldersgruppen 40-60 år, som er rammet av afasi etter førstegangs hjerneslag. På bakgrunn av dette, skriver jeg derfor ikke om afasi som kan forekomme i sammenheng med for eksempel demens, ytre hodeskader eller hjernesvulst. Fremmedspråklige pasienter som ikke har norsk som sitt morsmål er også utelatt i denne oppgaven. Etter et hjerneslag kan det oppstå flere former for kommunikasjonsvansker, men

jeg ønsker bare å fokusere på afasi. Oppgaven vil dreie seg om pasienter i rehabiliteringsfasen, og siden rehabilitering skjer på forskjellige steder, har jeg derfor ingen avgrensning når det gjelder hvor man møter pasientene. Det kan være pasienter både på sykehus og i kommunen. Pårørende og andre yrkesgrupper vil bli nevnt i oppgaven, selv om de ikke er presisert i problemstillingen.

1.3 Oppgavens oppbygging

Jeg har brukt boken *Metode og oppgaveskriving for studenter*, skrevet av Dalland (2007) som bakgrunn for oppgavens oppbygging, og *APA 6th* i forhold til det oppgavetekniske.

Kapittel 2 er et metodekapittel. Her har jeg skrevet om metoden som er brukt i oppgaven, om litteratursøk, metode- og kildekritikk og etiske overveielser.

Kapittel 3, 4, 5 og 6 er teoridelen i oppgaven. Her tar jeg opp hva hjerneslag og afasi er, noen forklaringer av begrep, kommunikasjon og Joyce Travelbees sykepleieteori.

Kapittel 7 og 8 er drøftingsdelen. Her har jeg tatt utgangspunkt i problemstillingen og prøvd å belyse ulike sider ved denne. Dette blir gjort ved å studere tidligere forskning, egne erfaringer og pensum- og skjønnlitteratur.

Kapittel 9 er avslutningskapittelet. Her har jeg reflektert over hva jeg har lært i denne skriveprosessen, og om oppgaven ble som forventet. Jeg har også uttrykt tanker for videre oppgaveskriving.

2.0 METODE

2.1 Hva er metode?

Begrepene vitenskap og metode henger sammen. Tranøy (1986), referert i Dalland (2007) sier at å være vitenskapelig er å være metodisk. Aubert (1985), som også er referert i Dalland (2007) definerer metode slik: "En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder" (s. 83).

Metoden er redskapet vårt når vi skal undersøke noe. Den metoden vi velger sier noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe oss kunnskap, eller bruke kunnskap som allerede eksisterer. Dette kan hjelpe oss å få belyst spørsmålene våre på en faglig og interessant måte (Dalland, 2007).

2.2 Valg av metode

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke hermeneutisk vitenskapsteori. Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og er et forsøk på å gjøre klart og gi mening til det vi studerer, som først og fremst virker uklart og kaotisk (Dalland, 2007). Jeg vil forsøke å finne svar på problemstillingen min ved å studere litteratur ved hjelp av en hermeneutisk tilnærming.

Jeg har derfor med bakgrunn i hermeneutikken, valgt å bruke litteraturstudie som metode i denne oppgaven. Litteraturstudie er en kvalitativ metode. Kvalitative metoder tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste. Ordet kvalitet viser til egenskaper ved fenomener, og kvalitativ metode bidrar til å finne data som kan karakterisere et fenomen (Dalland, 2007). Jeg har valgt litteraturstudie fordi jeg har lyst å bruke litteratur som allerede er skrevet om dette temaet. Målet mitt er ikke å forske ut ny kunnskap på området, men å bruke eksisterende litteratur til å belyse temaet slik at jeg lærer mer om emnet utover det jeg allerede har erfart. Dalland (2007) sier at litteratur er et viktig fundament for nærmest alle studentoppgaver. Litteraturen inneholder kunnskapen oppgaven bygges på, og som man drøfter opp mot. Han mener at vår egen førforståelse kan være begrenset, og at bruk av litteratur kan åpne for flere perspektiver.

2.3 Metodekritikk

Det er gjort beslutninger om at vi ikke har tillatelse til å intervju pasienter i en bacheloroppgave. Dersom jeg hadde valgt intervju som metode, måtte jeg derfor ha intervjuet sykepleiere eller andre informanter. Det er mulig at et intervju kunne styrket oppgaven fordi jeg da kunne fått innsikt i hva sykepleierne selv har erfart i møte med personer med afasi og hvordan de kommuniserer med hverandre. Likevel tror jeg at forskningen jeg har valgt, skildrer sykepleierens og pasientens meninger på en fin måte, i tillegg til skjønnlitteraturen. Intervju kunne vært en god metode, men jeg er fornøyd med det valget som er tatt. Jeg har via litteraturstudiet funnet mange kilder som inneholder informasjon om det jeg ønsker å formidle med oppgaven.

2.4 Litteratursøk og søkeord

For å finne relevant litteratur til mitt litteraturstudie søkte jeg i universitetets bibliotekdatabase, og da i Pubmed og Scopus. Jeg har også prøvd å søke i andre databaser, men var mest fornøyd med søkeresultatene i de nevnte databasene. Søkeordene som ga flest treff var: aphasia, communication, nurse, nursing, patient, stroke og coping. Søket ga ganske mange treff, men antallet gikk ned når jeg kombinerte søkeordene på forskjellige måter. Det skal nevnes at jeg har funnet en del andre artikler og forskninger som var interessant, men de var dessverre ikke tilgjengelig i fulltekst.

Noen av artiklene som jeg har valgt å bruke er: *Psychosocial well-being in persons with aphasia participating in a nursing intervention after stroke* av Berit A. Bronken, Marit Kirkevold, Randi Martinsen, Torgeir B. Wyller og Kari Kvigne (2012), og *Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring?* av Gabriele Kitzmüller (2007).

I tillegg søkte jeg etter bøker i skolens bibliotekskatalog. Her fant jeg mange relevante bøker. Noen eksempler på disse bøkene er *Counseling in communication disorders. A wellness perspective*, skrevet av Audrey L. Holland (2007) og *Afasi og samtale. Gode råd om kommunikasjon*, skrevet av Margit Corneliussen, Line Haaland-Johansen, Monica I.K Knoph, Marianne Lind og Eli Qvenild (2006a).

Arbeidskollegaer har tipset og anbefalt meg Anne Karin Elstads (1988) bok *Maria Maria*. I tillegg har jeg vært i kontakt med en logoped og fått lånt relevante hefter, og hun tipset meg da om internettsiden til Bredtvet kompetansesenter.

Jeg har også søkt i pensumlitteratur etter relevant fagstoff, hovedsakelig for å bruke i teoridelen. En av pensumbøkene jeg har valgt å bruke er *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk* av Hilde Eide og Tom Eide (2007).

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som benyttes for å fastslå om en kilde er sann. Vi vurderer og karakteriserer kildene som benyttes (Dalland, 2007). Fokuset mitt i forhold til litteratur, var at innholdet skulle være relevant i forhold til problemstillingen min og at forskningen skulle være pålitelig. Jeg prøvde også å søke etter litteratur som var av nyere dato, det vil si innenfor en ramme på 7 år, samt å bruke mest mulig primærlitteratur (opprinnelig utgave av en tekst).

Jeg har tatt utgangspunkt i pensumlitteraturen på sykepleierutdanningen. Siden pensumet er valgt ut av fagpersoner ved universitetet, ser jeg på dette som sikkert materiale. De bøkene som er valgt i tillegg til pensum, mener jeg er pålitelig. Begrunnelsen for påstanden min er at det er fagbøker som er skrevet av logopeder, språkforskere, eller andre helsefaglige utdannede personer. I oppgaven vil jeg bruke den norske oversettelsen av Joyce Travelbees (2001) *Interpersonal aspect of nursing*. Jeg er klar over at det kan være rom for feiltolkninger i en oversettelse, men jeg har liten tro på at oversetteren har gjort noen store bemerkningverdige feil.

Gjennom søket etter forskningsartikler fant jeg god og relevant internasjonal og nasjonal forskning, samt en fagartikkel. Alle artiklene er fagfellevurdert eller peer reviewed, og det betyr at andre fagpersoner har gått gjennom forskningen og godkjent den før den ble utgitt. Jeg ser derfor på dette som sikker kunnskap.

Jeg har funnet flere forskningsartikler, og jeg vil blant annet trekke frem forskningen til Bronken et al. (2012) og Kitzmüller (2007). Disse har utført kvalitative studier, der de har intervjuet både pasienter og sykepleiere. Mesteparten av artiklene var på engelsk, og jeg har derfor selv oversatt dem. Det er mulig at noe av innholdet kan ha blitt misforstått og tolket

feil, selv om jeg ser på engelsken min som relativt grei. Jeg ønsker informasjon ut fra et sykepleieperspektiv, så derfor var det svært positivt at begge disse artiklene er skrevet av sykepleiere.

Jeg har også valgt å bruke skjønnlitteratur. Skjønnlitteratur kan ikke sees på som fagstoff, men meningen min med disse bøkene er å berike oppgaven med pasientopplevelser. Anne Karin Elstads (1988) *Maria Maria*, er av eldre dato, men fortsatt relevant. Forfatteren selv har gjennomgått slag, og hun beskriver på en god måte hvordan det oppleves å bli rammet av afasi.

2.6 Etiske overveielser

I denne oppgaven skal jeg bruke litteratur som er skrevet av andre, i tillegg til pasienthistorier fra egen praksis. Det er viktig med etiske overveielser. Jeg må tenke over hvordan jeg skal formidle opplysninger og resultater slik at det ikke blir feil fremstilt, men slik at kilden blir brukt i sin helhet. Man må være bevisst på å styre unna å legge til holdninger og synspunkter som ikke er reelle. I oppgaven vil jeg anonymisere praksissteder, institusjoner og pasienter. I tillegg vil jeg gjøre det tydelig i teksten når jeg selv tolker kilden, for å fremheve at dette er mine meninger, og ikke forfatteren/forfatterne.

TEORIDEL

3.0 HJERNESLAG

3.1 Apoplexia cerebri

Omtrent 15 % av alle dødsfall i Norge skyldes hjerneslag og ca. 15 000 personer blir rammet årlig. Oftest er det eldre personer som rammes, men det forekommer også blant unge (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, i samarbeid med Dietrichs, 2009, Helsedirektoratet, 2010). Hjerneslag, også kalt apoplexia cerebri eller cerebralt insult, oppstår når hjernen helt eller delvis mister sin blodforsyning. Denne tilstoppingen skyldes enten trombose, emboli eller blødning. Når cellene i det affiserte området over flere timer ikke får kontinuerlig tilførsel av oksygen og glukose (energi), vil de skades og etter hvert dø. Alder, høyt blodtrykk, overvekt, røyking, lite fysisk aktivitet, hyperkolesterolemi, diabetes hjertesvikt og atrieflimmer er disponerende faktorer for hjerneinfarkt (Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen, 2010).

Det finnes tre hovedtyper av hjerneslag: Hjerneinfarkter (85-90 %), hjerneblødninger (10-15 %) og hjernehinneblødninger (3-5 %). Hjerneinfarkt forårsakes når en trombose (blodpropp) oppstår i en aterosklerotisk (åreforkalket) arterie og tilstopper denne, eller når en embolus (blodpropp) som kommer fra hjertet, aorta eller fra halsarteriene setter seg fast i en av hjernens arterier. Blødninger i hjernen og hjernehinnen skyldes at en arterie i hjernen eller hjernehinnen sprekker. Transitorisk iskemisk anfall (TIA eller «drypp») er imidlertid et faresignal og ofte etterfølger et hjerneinfarkt. Disse anfallene skyldes mest sannsynlig små embolier som dannes når avleiret materiale, for eksempel blodplater, løsner ved åreforkalkning i den indre halsarterien. TIA gir akutte neurologiske symptomer og tegn, men disse går tilbake i løpet av et døgn. Dette er fordi emboliene er så små at de raskt løses opp (Wergeland et al., 2010).

3.2 Symptomer og tegn

Ved både hjerneinfarkt og hjerneblødning vil som regel symptomene oppstå plutselig, men ved hjerneinfarkt vil de noen ganger utvikle seg mer gradvis (i løpet av minutter eller timer) (Wergeland et al., 2010). Symptomene er avhengig av skadens omfang og lokalisering. Lammelsene i ekstremitetene er som regel ensidige og kommer på motsatt side av den delen

av hjernen som er skadet. Dette er fordi nervefibrene krysser midtlinjen i hjernen. Det kalles parese dersom pasienten får nedsatt muskelkraft i armer og ben, og paralyse dersom muskelkraften er totalt opphørt. Vanligvis oppstår det i tillegg en skjevhet i nedre del av ansiktet, rundt munnen, og følelsen i den lamme kroppshalvdelen kan enten være redusert eller helt fraværende. Dysfagi (svelgvansker) kan oppstå som følge av lammelser i svelgmuskulaturen, og hosterefleksen kan være redusert. I tillegg kan taleforstyrrelser forekomme i ulike former. Pasienten kan få afasi (manglende taleevne), dysfasi (redusert taleevne) eller dysartri (dårlig uttale) (Jacobsen et al., 2009).

3.3 Afasi

3.3.1 Generelt om afasi

Afasi er en manglende evne til å tale eller formulere sine tanker i meningsfulle ord, eller å forstå innholdet i ord eller skrift (Nylenna 2009, s. 16). I Norge får 6-7000 mennesker afasi hvert år, noe som betyr at 17-18 personer rammes hver eneste dag (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2006a). Fjærtøft & Indredavik (2007) referert i Lind, Haaland-Johansen, Knoph og Qvenild (2010), sier at antallet av hjerneslag sannsynligvis vil øke med 50 % løpet av de neste 20-30 årene, på grunn av at andelen av eldre i befolkningen øker.

3.3.2 Ulike typer afasi

Alt i dette underkapittelet er hentet fra Wergeland et al. (2010). Hos både høyre- og venstrehendte, ligger som regel språkområdet i venstre hjernehalvdel. Når en skade oppstår i språkområdet i hjernen, medfører det at taleevnen svikter helt eller delvis. Omfanget av språkforstyrrelsen varierer i forhold til hvor stor skaden er og hvilket språkområde som rammes. Det skilles mellom ulike typer av afasi og som regel har pasienten en kombinasjon av de ulike formene. Mange har også problemer med å lese og skrive. Siden jeg i denne oppgaven har valgt å skrive generelt om afasi, og ikke om en spesifikk afasitype, forklarer jeg kort de tre vanligste afasitypene:

Motorisk afasi (ekspressiv afasi), er en skade i fremre språkområde og medfører at pasienten har vansker med å uttrykke seg. Talen kan bli oppstykket av pauser, og ordforrådet begrenset.

Man klarer bare å si ja og nei og enkelte fraser og faste uttrykk. Faste uttrykk kan være banning.

Sensorisk afasi (impressiv afasi), er en skade i bakre språkområde og medfører at pasienten har nedsatt språkforståelse. Talen er flytende, men ofte er innholdet meningsløst. Pasienten har vansker med å svare på konkrete spørsmål eller gjøre det han blir spurt om.

Ved *total* eller *global afasi* har pasienten vansker med alle former for språklig funksjon. Det fører til total afasi når skaden i språkområdet er svært stor. Pasienten har problemer med både språkforståelsen og evnen til å uttrykke seg.

4.0 MESTRING

Lazarus & Folkman (1984, 1991) og Benner & Wrubel (1989) referert i Eide & Eide (2007, s. 166 og 172) sier at mestring består av komplekse og uoversiktlige prosesser. Mestring oppfattes også som resultatet av psykiske og handlingsorienterte forsøk på å beherske, tolerere og redusere de ytre eller indre belastningene som man utsettes for. I tillegg til dette kan mestring være et forsøk på å redusere eller unngå negative følger av ulike belastninger. Mestring handler om å forholde seg fattet til situasjonen og egne reaksjoner. Det kan for eksempel bety at man forsøker å få kontroll på følelsene sine, bedre sin forståelse av situasjonen eller få et grep på det som kan gjøres for at sykdommen blir minst mulig belastende. Det finnes ingen gode svar på hva god mestring er, men det er viktig at pasienten selv velger en mestringsstrategi som passer den enkelte. Hva som er riktig og mulig for den enkelte, er avhengig av blant annet hendelsen i seg selv, konteksten og de fysiologiske og psykologiske forutsetningene til personen (Eide & Eide, 2007).

Alt har innvirkning på mestringsprosessen, både individuelle mestringsressurser og ressurser som finnes i individets omgivelser. Individuelle mestringsressurser kan være slikt som at en er optimistisk av natur, har selvtillit, humor, ferdigheter til å se sammenheng og mening i livet og å oppleve kontroll over egen livssituasjon. Reaksjonene på mestring kan utgjøre både problemløsende og følelsesmessige mestringsmåter. Vanligvis brukes både problemløsende og følelsesmessige mestringsmåter i forhold til hendelser som oppleves som stressende. Målet med følelsesmessig mestring er å minske de følelsesmessige konsekvensene, mens problemløsende mestring handler om å gjøre noe aktivt med en situasjon (Lazarus & Folkman, 1984 og Lazarus, 1999, referert i Blix & Breivik, 2006, s. 83).

5.0 KOMMUNIKASJON

5.1 Generelt om kommunikasjon

Eide & Eide (2007) sier at kommunikasjon er en medfødt evne. Man skulle tro at kommunikasjon er noe vi tar på strak arm, men erfaring og forskning viser at de fleste har mye å lære. Som profesjonell hjelper kan man alltid trene opp og videreutvikle evnen til å kommunisere godt. Forfatterne sier videre at profesjonell kommunikasjon bør være hjelpende, altså faglig begrunnet og til hjelp for den andre. De definerer kommunikasjon som en utveksling av meningsfylte tegn og signaler mellom to eller flere parter. Kommunikasjon er å gjøre noe felles eller delaktiggjøre noen. Det er minst to parter i et kommunikasjonsforhold og disse står i et gjensidig påvirkning- og utvekslingsforhold til hverandre. Vi har en sender og en mottaker. Senderen har et budskap som han ønsker å formidle til mottakeren. Mottakeren gir så tilbakemelding til samtalepartneren om hvordan budskapet ble oppfattet. For deltakerne i samtalen kan tegn og signaler være både verbale og non-verbale (Eide & Eide, 2007).

5.2 Non-verbal kommunikasjon

Mens verbal kommunikasjon skjer via ord som blir sagt, hørt eller skrevet, skjer non-verbal kommunikasjon via kroppsspråk, ansiktsuttrykk, holdning, bevegelser, øyekontakt, stemmebruk etc. Non-verbale tegn og signaler er sjelden entydige, og må derfor fortolkes. Det er ofte det nonverbale som formidler best hva den andre føler, men det non-verbale kan også oppfattes feil. Vi responderer bekræftende eller avvisende, henvendt eller uengasjert på måten vi bruker blick og kroppsspråk (Eide & Eide, 2007). Som helsepersonell er kanskje den non-verbale kommunikasjonen viktigere enn hva vi tror, fordi vi gjennom det non-verbale signaliserer om vi er innstilt på å lytte og hjelpe. Dette vil kanskje være avgjørende for om pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt.

6.0 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI

Joyce Travelbee ble født i USA i 1926. Hun ble bare 47 år gammel, men i løpet av sin yrkeskarriere jobbet hun som psykiatrisk sykepleier og lærer på sykepleierutdanningen. Hun har spesielt rettet sin sykepleietenkning mot de mellommenneskelige forhold i sykepleie (Travelbee, 2001). Travelbee forholder seg til hvert menneske som en unik person og hun sier derfor at sykepleier og pasient skal møte hverandre i en relasjon hvor begge er enestående mennesker, og ikke i roller som sykepleier og pasient (Kristoffersen, 2005). Jeg vil likevel påpeke at disse begrepene blir brukt i denne oppgaven.

6.1 Sykepleiedefinisjon

Travelbee (2001) har definert sykepleie slik: "Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene" (s. 29). Hovedmålet for sykepleien er altså å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom.

For å kunne oppnå sykepleierens mål og hensikt, må det opprettes et menneske-til-menneske-forhold i sykepleien. For å oppnå dette, kreves det at sykepleieren bruker en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemene. Dette kombineres ved å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001, s. 41). Kristoffersen (2005) skriver at sykepleieren bruker disiplinert intellektuell tilnærming for å kunne hjelpe pasienten med å mestre sin situasjon, og eventuelt finne mening i den. Sykepleieren bruker sine fagkunnskaper og sin innsikt til å komme fram til hvilke behov pasienten har for sykepleie, og hvordan disse behovene skal møtes på best mulig måte. Menneske-til-menneske-forholdet blir videre utdypet i drøftingen.

6.2 Terapeutisk bruk av seg selv

Å bruke seg selv terapeutisk, er evnen til å bruke sin egen personlighet på en bevisst og gjennomtenkt måte i forhold til pasienten. Det å bruke seg selv terapeutisk forutsetter at en er bevisst på hvordan ens egen atferd påvirker andre mennesker. Dette krever selvinnikt, selvforståelse og forståelse for menneskelig atferd (Travelbee, 2001, s. 44-45). Målet er å fremme en ønsket forandring hos pasienten, og forandringen er terapeutisk når den er med på

å redusere eller lindre plagene hans (Kristoffersen, 2005).

6.3 Lidelse

Travelbee sier at lidelse er en erfaring og en følelse av ubehag som varierer i styrke og omfang. Sykdom, fysisk og psykisk smerte og alle former for tap, er eksempler på ulike forhold som kan gi opplevelse av lidelse. Lidelse oppstår når noe eller noen som vi verdsetter, er truet. Den vanligste reaksjonen ved lidelse er «hvorfør meg?»-reaksjonen. Personen klarer ikke å godta situasjonen som skaper lidelse. Vanlige reaksjoner her kan være bebreidelser, depresjon, sinne og apatisk likegyldighet. En litt mer sjelden reaksjon er «hvorfør ikke meg?»-reaksjonen. Personen reagerer da med en naturlig akseptasjon av det som har skjedd. Dette er fordi de har en livsfilosofi som innebærer at lidelse og tap er en naturlig del av livet. Personer som har et slikt syn, vil ofte være i stand til å mestre påkjenninger eller bruke påkjenningene til personlig vekst. Likevel søker alle etter svar for å finne en mening til den opplevde situasjonen. Denne meningen er individuell, men for eksempel kan opplevelsen av å bety noe for andre, gi mening. For å opprettholde og utvikle en slik opplevelse av mening, trenger mennesket hyppig støtte og hjelp fra sine nærmeste og fra profesjonelle hjelpere (Kristoffersen, 2005).

6.4 Travelbee om kommunikasjon

Et av sykepleierens viktigste redskap for å etablere et virkelig menneske-til-menneske-forhold til pasienten, er kommunikasjon. Hele tiden foregår det en kontinuerlig kommunikasjon mellom mennesker, og det kommuniseres både verbalt og non-verbalt. Sykepleieren blir kjent med pasienten gjennom kommunikasjon. Kommunikasjonen er ikke et mål i seg selv, men er en prosess for å nå sykepleierens mål og hensikt, for eksempel i forhold til om de tiltakene sykepleieren iverksetter, er i samsvar med pasientens behov. Det er en komplisert prosess som krever at man har forskjellige evner og kunnskaper for å anvende kommunikasjon på en riktig måte. Kommunikasjonsteknikker handler ikke bare om samtaler med den andre parten, men også alle de non-verbale virkemidlene som sykepleieren benytter for å innvirke på den hun eller han har omsorg for. Målrettet og effektiv bruk av teknikkene er avhengig av at sykepleieren innehar og kan bruke en intellektuell disiplinert tilnæringsmåte, kombinert med terapeutisk bruk av seg selv (Travelbee, 2001, s. 135-154).

DRØFTINGSDEL

7.0 HVORDAN OPPLEVES DET Å VÆRE RAMMET AV AFASI?

Elstad (1988) skildrer hvordan Maria opplever å få afasi:

Hun husker de første dagene hun var syk, husker fortvilelsen da hun lå der, innestengt i seg selv. Da ordene var borte og hun ikke kunne nå frem til menneskene som var rundt henne, selv om alle ordene var der, inne i henne og hun forstod alt som ble sagt til henne. Den fryktelige følelsen av hjelpeløshet, av isolasjon og avmakt, av å være overlatt helt til seg selv. Dagene i glassburet, den store ensomheten. (s. 207)

Corneliussen et al. (2006a) sier at afasi kommer som "lyn fra klar himmel". Det skjer plutselig og hendelsen oppleves veldig dramatisk, både for personen det gjelder, og hans nærmeste familie og venner. Den ene dagen er alt som normalt, og den neste dagen er livet totalt forandret. Afasi fører som sagt til språk- og kommunikasjonsvansker, men den rammede vil også vanligvis få psykososiale følger.

Fure (2007) skriver i sin artikkel *Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag*, at emosjonelle symptomer trolig er blant de mest oversette utfallene etter gjennomgått hjerneslag. Depresjon er best beskrevet i tidligere forskning, men i tillegg opplever personene angst, emosjonell instabilitet, nedsatt initiativ, generell tretthet (fatigue) og krisereaksjon som konsekvens av pasientens tap av somatisk eller kognitiv funksjon. Jeg mener at håpløshet kan ses i sammenheng med disse symptomene, og dette bekrefter Blix & Breivik (2006), som skriver at håpløshet kan føre til reaksjoner som depresjoner, apati, aggresjon og angst. Pasienter opplever ofte håpløshet i forbindelse med sykdom og funksjonstap.

Elstad (1988) skriver at Maria trenger tid til å bli kjent med sin egen kropp og seg selv, for aller sterkest er følelsen av forandring. "At hun er ikke det samme mennesket som hun var før, at hun aldri skal bli den samme igjen". Hun skriver at hun gråter ofte, spesielt om nettene. "Hver dag kjemper hun for å ikke synke ned i håpløshet og depresjon" (s.218-219).

Variasjonen er stor i forhold til hva slags vansker de afasirammede får, og hvor store vanskene er. Det er også stor forskjell mellom dem, med tanke på hvordan de mestrer sine ulike vansker, blant annet kommunikasjon med andre. Ofte vil opplevelsen av seg selv endres hos den afasirammede, og vanligvis i en negativ retning. Når selvbildet reduseres, får det innvirkning på velvære og livskvalitet. Mange uttrykker at de føler seg mer utrygge og nedstemt enn før de ble syke. Dette er blant annet fordi språk- og kommunikasjonsvanskene deres gjør dem usikker og det skaper distanse til andre mennesker. Flere trekker seg tilbake sosialt, og de opplever at venner forsvinner (Corneliussen et al., 2006a). Sosial isolasjon kan oppstå både fordi de selv trekker seg unna sosiale sammenhenger på grunn av kommunikasjonsvanskene, og fordi andre mennesker kan oppleve det vanskelig å kommunisere med afasirammede. Til og med profesjonelle helsearbeidere kan føle seg utilstrekkelig i møte med denne pasientgruppen (Kirkeveld, 2010, s. 416). Mange mister sine sosiale kontakter, fordi de ikke klarer å fortsette i jobben sin. Uten jobb blir det mye tid hjemme som skal fylles opp på en meningsfull måte. Dersom en har reduserte muligheter, vil det merkes godt i forhold til å dyrke hobbyer og fritidsinteresser. Spesielt gjelder dette de som i tillegg har fått fysiske funksjonshemninger etter slaget (Corneliussen et al., 2006a).

En afasirammet sier det slik: "Den som rammes av afasi får ødelagt selve koden til fellesskapet. Han har mistet nøkkelen til det menneskelige fellesskapet. Intens trening kan til en viss grad åpne døren på gløtt, men helt inn i varmen igjen kommer den afasirammede sjelden" (Corneliussen et al., 2006a, s. 13). Afasirammede trenger på lik linje som alle andre, å snakke med andre mennesker. Alle har behov for å bli sett og for å få bekreftelse for den vi er, gjennom samtaler. Gjennom samtaler blir man kjent med andre, vi bygger og vedlikeholder identiteter og relasjoner. Vi forteller hverandre hvem vi er, eller ønsker å være, og hva slags forhold man har til hverandre. Afasi vil derfor være en alvorlig funksjonshemning for den som rammes (Corneliussen et al., 2006a).

Pårørende blir også berørt når en som står dem nær, får afasi. Samspillet mellom familiemedlemmene kan bli vanskelig som følge av slaget og påfølgende kommunikasjonsvansker. I filmen *Afasi - hverdag* (2012), beskriver ektefellen til Jan Ivar Tomren som har afasi, at det er sårt for han å se at andre må ta den rollen i familien som han så gjerne skulle tatt selv. Det er mye han ville ha gjort sammen med sønnen sin, men som han ikke har hatt mulighet til. Sønnen deres har også vært redd for å ta med faren sin på skolen i frykt for at kameratene skulle mene at faren var rar. Ut ifra dette kan jeg forstå at det er

mange forskjellige følelser innblandet når noen får afasi. Det er blant annet sårbarhet, fortvilelse og redsel.

Afasirammede opplever også å bli behandlet som om de er mentalt tilbakestående eller dumme. Personlig og sosial integritet kan bli truet på grunn av de ikke blir behandlet med respekt, eller fordi det er mangel på å bli trukket med i beslutninger som omgår dem (Kirkevold, 2010). I forskningen til Bronken et al. (2012), har informantene uttrykt redsel for at andre utenom helsepersonell skal betrakte dem som inhabil, dum, full eller barnslig. En informant fortalte at når man snakker som et barn og man er voksen, så gjør det noe med deg som person. I løpet av et intervju, hadde en venn kommet for å invitere en av deltakerne en tur ut. Da hadde deltakeren, som sykepleieren/intervjueren mente kommuniserte godt når han hadde god tid, sluttet å prate og endret til non-verbal kommunikasjon. Han pekte på klokka og sykepleieren, for å vise at kompisen måtte komme tilbake senere. Sykepleieren spurte etterpå hvorfor han hadde sluttet å snakke, og han svarte da at han ofte unngår å prate fordi han er redd for å dumme seg ut. Han fortalte også at han flere ganger hadde blitt dømt for å være full, og dette var han opprørt og fornærmet over. I forbindelse med en bedriftssamtale, hadde samme mann fått beskjed om at de ville ringe tilbake når han ble edru.

Jeg mener slike hendelser påvirker personen negativt, fordi når man ikke har mulighet til å forsvare seg selv på grunn av begrenset språk, kan jeg tenke meg at dette fører til opplevelse av håpløshet. Det må også nevnes at mange lever et godt liv til tross for sin afasi. Noen fungerer som rollemodeller for personer i samme situasjon, ved å skrive bøker eller blogger om livet sitt. Andre har god hjelp av å møtes i afasigrupper, hvor de kan snakke om livet sitt og dele erfaringer. Det er godt å møte mennesker i samme situasjon som en selv (Holland, 2007). Sykepleieren må formidle at slike afasigrupper eksisterer, slik at pasienten kan vurdere om dette er noe av interesse.

8.0 SYKEPLEIERENS KOMMUNIKASJONSUTFORDRINGER VED AFASI?

8.1 Sykepleieren i møte med pasienten

I forbindelse med slagpasienter jobber sykepleiere i team sammen med andre yrkesgrupper, men sykepleieren gjør observasjoner som er avgjørende for den helhetlige (holistiske) omsorgen. Helhetlig omsorg betyr at man må se på de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjonene av mennesket. De andre yrkesgruppene er avhengig av observasjonene til sykepleierne, siden det er de som gir informasjon om pasientens tilstand. Som en foreleser en gang sa: "Sykepleieren er på en måte pasientens advokat". Vi skal formidle beskjeder mellom pasienten og helsepersonellet, og vi skal hele tiden vite hva som skjer med pasienten i forhold til planlegging og behandling. Norsk sykepleierforbund (2001) har vedtatt *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, og de beskriver at: "Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert" (s. 5).

8.2 Min erfaring med håpløshet hos slagrammede med afasi

Som sykepleierstudent og arbeidstaker har jeg møtt pasienter med afasi både i sykehus og kommune. Flere ganger har jeg havnet i situasjoner hvor jeg har følt meg som en inkompetent og utilstrekkelig hjelper. Jeg har opplevd at pasientene ikke forstår hva jeg mener, og motsatt. En gang ble en pasient så sint at han kastet en såpe i gulvet, og dette syntes jeg var ubehagelig og skremmende. Dette var mitt første møte med en pasient med afasi, så det endte med at jeg henvendte meg til kollegaer for å få de til å forstå hva pasienten ønsket å uttrykke. Dette har jeg i ettertid sett var en dårlig løsning. Kompetansen min om kommunikasjon var for dårlig, og jeg burde heller tatt meg tid til å selv forsøke å forstå hva han ønsket å formidle. I andre situasjoner har jeg opplevd at folk har tatt til tårene fordi de blir så fortvilet når de ikke klarer å gjøre seg forstått. Alle reagerer forskjellig og har sine individuelle historier, og dette gjør de veldig spesielle og interessante i mine øyne. Jeg kommer aldri til å glemme det en logoped fortalte på en forelesning da vi gikk førsteåret på sykepleierutdanningen. Hun fortalte om en afasipasient som hun ofte hadde språktrening med. Det var liten fremgang, men hun ga han aldri opp. Etter et halvt år, tok plutselig pasienten og leste en hel setning fra en avis. Dette kom som en stor overraskelse. Senere når språket kom seg betraktelig mer, fortalte pasienten

at han var fryktelig lei over at folk, inkludert helsepersonell, behandlet han som et barn og pratet over hodet på han. Fortellingen gjorde inntrykk, derfor har jeg alltid vært bevisst på å unngå disse feilene. Jeg har i praksis hørt sykepleiere og andre, snakke med en barnslig tone til pasientene. Skjer dette på grunn av manglende kunnskap? Dessverre opplever jeg at det vanskelig å si ifra til kollegaer om slike hendelser. Dette kan ha med å gjøre at jeg selv er under opplæring og at det er vanskelig å komme med utspill til personer med mer faglig kompetanse.

Min erfaring med slagpasienter er at de ofte er tankefulle, redde, forvirret og tårefulle. Det kan tenkes at en av faktorene til dette, er fordi de vet lite om sine fremtidsutsikter. Jeg opplever at de fleste får en form for emosjonell reaksjon i forbindelse med slaget sitt, men en og annen gang opplever jeg personer som tar afasien som en utfordring eller kamp, som de skal overvinne. Likevel tror jeg de fleste underveis opplever en form for håpløshet, frustrasjon, irritasjon eller sinne. Når pasienten ikke klarer å uttrykke sine behov, vil det mest sannsynlig forsterke håpløsheten.

For å gi den afasirammede best mulig vilkår for å klare å delta i meningsfulle samtaler, er det viktig at sykepleiere, og annet helsepersonell, tilrettelegger kommunikasjonen. Samarbeid med logoped, familie og andre i et tverrfaglig team blir derfor viktig (Kirkevold, 2010). Jeg tror tilrettelagt kommunikasjon kan gi afasirammede en mestringsfølelse av håpløshet, fordi de da muligens mestrer kommunikasjon bedre, og det igjen kan bidra til at tilværelsen føles mindre håpløs. For å gi en god hjelpende samtale er det viktig at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter, både verbalt og non-verbalt. Har en ikke det, kan det bli vanskelig å føre en samtale. Gode kommunikasjonsferdigheter kan bidra til at pasienten føler seg forstått, og at hans eller hennes behov blir sett. Det kan gjøre at pasienten føler mestring, noe som er positivt for det videre samarbeidet. Dette kan igjen bidra til at pasienten føler seg trygg og føler at han er i gode hender. Forholdsviss er det lite fokus på kommunikasjonsferdigheter under utdanningen, så dette mener jeg burde vektlegges mer. Da mener jeg at sykepleierne ville hatt et bedre utgangspunkt i deres møte med afasirammede, noe som ville gagnet pasienten godt.

8.3 Tillitsforhold og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

Jeg mener man er nødt til å skape et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, for at pasienten skal føle seg trygg nok til å åpne seg. For å mestre håpløshet, må man tørre å åpne seg, og på den måten blir det lettere for pasienten å motta hjelp til å mestre sine følger av afasi. Det er ofte avgjørende for motivasjonen at man blir møtt med tillit, for har en tillit til noen, vil også selvtillit bli sterkere. Et godt forhold mellom sykepleier og pasient, mener jeg er av stor betydning for videre samarbeid og mestring. Kommunikasjon, både verbalt og non-verbalt, er vesentlig i oppbyggingen av tillit. Nå skal jeg derfor fortelle litt om kommunikasjonsmetoder/strategier som kan benyttes i møte med afasirammede.

For at samtalen skal fungere best mulig kan man ta i bruk prinsipper som blir beskrevet i *Samtalepartnere for personer med afasi - idéhefte 2*, som er skrevet av E. Qvenild, M. Corneliussen og M. Lind (2006b). Jeg har i de påfølgende avsnittene hentet informasjon fra dette heftet. Det første prinsippet handler om at likeverdighet er viktig mellom deltakerne i samtalen. I denne sammenhengen menes det at begge parter skal kunne delta som sendere og som mottakere av budskap. Dette innebærer at den andre skal behandles som en voksen og likeverdig person, og prinsippet skal sikre at man unngår stigmatisering av den andre. Noen afasirammede kan ha vansker med å slippe til som sendere i samtalen og noen kan ha vansker med å stoppe sin egen "taleflom". Den språklig funksjonsfriske deltakeren i samtalen, må bidra til at likeverdigheten gjenoprettes. Man må gi ekstra tid, kanskje hjelpe til med å finne ord, eller korrigere taleflommen på en ordentlig måte. Hvis man skal hjelpe til med å finne ord, er det lurt å spørre om personen vil ha hjelp.

Det andre prinsippet er å fokusere på temaet/innholdet i samtalen, for å få tak i hva den afasirammede ønsker å formidle. Noen ganger må man gjette, men det er viktig at man ikke gjetter for fort og ukritisk. Dersom vi har noen felles interesser, vil ofte samtaler gli lettere og være mer interessante. Deltakerne i samtalen må være flinke til å veksle mellom innholdsbidrag, og til å kontrollere om den felles forståelsen er god nok.

Det tredje prinsippet handler om viktigheten av å akseptere alle former for kommunikasjon. Dette kan være kroppsspråk (bevegelser, peking, ansiktsmimikk), stemmeleie, tegning og skrivning (ikke nødvendigvis bare på papir). Det kan være til stor hjelp i kommunikasjonen dersom den afasirammede kan skrive eller lese, til og med hvis det bare er enkeltbokstaver.

Fordelen er at det kan gjøre innholdet i samtalebidraget lettere å forstå, eller at den afasirammede kommer på ordet som han eller hun leter etter. Penn og papir burde man derfor ha tilgjengelig.

Det siste prinsippet handler om det å gi tilbakemeldinger når man kommuniserer. Det er lurt å gi små ytringer for å signalisere at man forstår, og det er viktig at man er positiv og oppmuntrende. Dette vil kanskje være med på å gi den afasirammede en følelse av mestring. Samtidig er det viktig å gi beskjed dersom man ikke forstår. Later man som om man forstår, og man ikke gjør det, brytes tilliten fort fordi de fleste skjønner når samtalepartnern ikke forstår. Det er ikke nødvendig å rette opp feil, så lenge vi forstår hovedessensen.

Qvenild et al. (2006b) skriver også om *Støttet samtale for voksne med afasi (SSA)*, som er en metode som er utviklet på Afasiinstituttet i Toronto. Den er beregnet for familie, venner, helsepersonell og andre som kommer i kontakt med mennesker med afasi. Det overordnede målet er å redusere de negative psykososiale følgene av afasi, gi økte muligheter til kommunikasjon og deltakelse i sosialt liv, og å trene samtalepartnere til å bruke teknikker som kan støtte samtalen. Metoden skal bidra til å gi håp, samt å arbeide for bedret livskvalitet både for de afasirammede og deres pårørende. Prinsippene i SSA er lik tankene og synspunktene som jeg allerede har nevnt, men SSA beskriver flere teknikker:

For å hjelpe den afasirammede til å forstå deg bedre bør jeg: holde blikkontakt, bruke naturlig tale og enkle setninger, bruke tydelige gester og ansiktsuttrykk og skrive ned nøkkelord. I tillegg bør jeg bruke ja/nei-spørsmål, tegne, bruke hjelpemidler (for eksempel avis, kalender, bilder), og observere for å avgjøre om budskapet ble oppfattet. Skal man hjelpe afasirammede med å uttrykke det de ønsker bør jeg: gi god tid til å svare, be om et hint, prøve å finne hovedtema og deretter detaljer. Jeg bør også oppmuntre til å skrive ned et ord eller en bokstav, oppmuntre til å tegne eller bruke gester dersom det er mulig, bruke hjelpemidler, og jeg bør oppsummere med jevne mellomrom (Qvenild et al., 2006b).

For å lette kommunikasjonen skal jeg unngå forstyrrende bakgrunnsstøy (for eksempel tv/radio) og jeg bør begrense antall samtaledeltakere. Det er lurt å senke farten, si én ting om gangen og snakke om ett emne om gangen. Å gi uttrykk for at samtaler kan være vanskelige kan være greit. Dersom ytringer ikke er forståelig må man prøve å omformulere de. I samtalen er det viktig med respekt, en god holdning, og ikke å gi opp ved første vanskelighet. Humor

kan derfor være et kraftig virkemiddel. I tillegg kan det være greit å huske på at kommunikasjon fungerer best når begge er opplagte. Dersom noen av partene er trøtt og sliten, bør man unngå lengre samtaler (Qvenild et al., 2006b).

Med utgangspunkt i SSA, er det utviklet en bildeperm, som på norsk heter *Illustrert kommunikasjonsmateriell*. Permen inneholder tegninger med tekst og instruksjoner fra ulike temaer, som for eksempel familie, følelser, behandlingsplan, hobbyer og så videre. Permen kan bidra til mestring for pasienten, fordi den gjør det mulig å lette en samtale som ellers ikke ville vært mulig uten slikt spesialutviklet materiell (Qvenild et al., 2006b). Denne permen mener jeg alle slagpasienter bør ha, fordi jeg tror pasientene ville hatt stort utbytte av den, dersom vi alle lærer hvordan permen brukes.

Kroppsberøring kan være en sterk ladet form for non-verbal kontakt. God kroppskontakt er bestemmende for utviklingen av grunnleggende tillit, og bidrar til å skape trygghet, mening og bekreftelse. Ved berøring kan jeg gjøre oppmerksom på at jeg vil innlede en samtale, og berøring innebærer blant annet at man formidler kontakt, sympati og omsorg. Slik berøring kan for eksempel være å holde pasientens hånd. I tillegg kan berøring brukes for å holde på oppmerksomheten under en samtale. Kroppsspråket er også viktig. Det er med på å skape trygghet og kontakt, og vi må være bevisste på om kroppsspråket understøtter det som er hensikten med samtalen (Eide & Eide, 2007, s. 207-212). Kroppens signaler er ofte små, men kan si så mye. Jeg tror det er viktig å tenke over det non-verbale språket, for jeg mener det kan ha en viss "smitteeffekt". Humøret mitt kan ha stor innvirkning på pasientens humør. Er jeg sur, irritabel, travel eller lignende, kan det virke som jeg ikke har noe interesse for pasienten. Jeg må høre på hva pasienten har å fortelle, hva han eller hun føler og ønsker. Det er viktig at jeg er klar over min egen non-verbale kommunikasjon, slik at jeg ikke sender ut en kommunikasjon som jeg selv ikke ønsker.

Det er viktig å huske at det er store individuelle forskjeller mellom de som har afasi. Dersom en god samtale skal finne sted, blir det derfor viktig å "se" samtalepartneren som det individet han eller hun er, med hver sine spesifikke interesser, ønsker og behov (Qvenild et al., 2006b). Dette stemmer med Travelbees tenkning, og etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Først baserer sykepleier og pasient seg på generaliserte og stereotype oppfatninger av hverandre når de er to ukjente personer. Etter hvert som interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten utvikler seg, vil både pasientens og sykepleierens identitet komme fram

(Travelbee, 2001, s.186-191). Dette har jeg merket godt i møte med afasirammede. Jo bedre vi kjenner hverandre, jo lettere forstår jeg pasientens opplevelser, ønsker og behov i forskjellige situasjoner. Når jeg ser den afasirammede som et unikt individ og gir uttrykk for det, kan det bidra til mestringsfølelse.

Evnen til å forholde seg empatisk og sympatisk til pasienten kan også bidra til mestringsfølelse. Travelbee sier at empati er evnen til å ta del i og forstå en annen persons nåværende psykiske tilstand, og sympati er evnen til å være engasjert i pasienten som person. Man bryr seg om hvordan det går med vedkommende, og det kan bidra til at pasienten føler at han ikke bærer fortvilelsen sin alene. Generelt er tillit et resultat av sympati og medfølelse (Travelbee, 2001, s. 193-211).

Gordon, Ellis-Hill & Ashburn (2009) sier i sin forskning at det er gjort lite forskning på personer med kommunikasjonsproblemer, og dette påpeker også andre i sine forskninger. De er ofte utelatt fra forskningsprosjekter, hovedsakelig på grunn av vanskeligheter med å få samtykke og meningsfulle data. De har funnet ut at samtalen ofte blir kontrollert av pleiepersonalet, og pasienten har liten mulighet til innflytelse (asymmetri). Asymmetrien skyldes at pleiepersonalet er usikre på sine ferdigheter med mennesker med kommunikasjonsvansker og at samtalen ofte omhandler andre sykepleieroppgaver. Slik asymmetrisk kommunikasjon resulterer for pasienten i reduksjon av "selvet". Videre sier de at sykepleierne har en tendens til å fokusere på fysisk omsorg og snakker lite om emosjonelle temaer, for eksempel om virkningen av slaget på pasientens liv. De mener man må forbedre dialogen mellom sykepleier og pasient og at det er behov for å styrke kommunikasjonsferdighetene. For å forbedre kvaliteten på omsorgen til slagrammede må sykepleiere engasjere seg mer i hver pasient. Her mener jeg derfor at vi må bli mer oppmerksom på vår evne til å ha sympati. Effektiv kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er avgjørende for rehabiliteringsprosessen.

Når en lytter til hva pasienten ønsker å formidle, mener jeg det viktig å møte han eller henne med respekt, forståelse og åpenhet. Pasienten trenger å føle at han kan snakke med noen som virkelig viser at de bryr seg, slik at han ikke bare holder tankene for seg selv. Det kan med tiden bli vanskelig og dermed føre til at en blir mer sårbar. Det er veldig viktig at pasienten føler trygghet for å kunne dele tanker og følelser i en samtale. Ved å tilrettelegge for god kommunikasjon, mener jeg at man viser omsorg for pasienten, og at dette igjen vil føre til

tillit. Å være oppmerksom på slike enkle "triks" kan føre til at pasienten mestrer sin opplevelse av håpløshet. Jeg mener også at verdiene i utsagnet til Norsk sykepleierforbund virkeliggjøres gjennom god kommunikasjon. Forskningen til Nyström (2009) bekrefter mine tanker.

Hun har kommet fram til at profesjonell afasiomsorg innebærer å anerkjenne pasientens kompetanse. Vi må gjøre pasienten oppmerksom på at vi er klar over at de fortsatt er den samme personen på innsiden. Informanter fortalte at de ble rolig og sikker på sykepleiere som snakket som om de allerede visste at pasienten forstod. Profesjonell afasiomsorg innebærer også nøye planlegging, fordi det kan spare pasienten for mye frustrasjon. Man må oppmuntre til "kampvilje", og snakke med de om ting som virkelig betyr noe for dem. Integritet og identitet kan opprettholdes hvis de får uttrykke følelser som frustrasjon, sinne og så videre. I tillegg bekrefter de at profesjonell afasiomsorg innebærer at man tilrettelegger kommunikasjonen, og sparer pasienten for anstrengelser. Det kan for eksempel være ved å bruke kreative kommunikasjonsmetoder. Det er også betydelig at sykepleieren tilpasser seg pasienten ved å skaffe seg et helhetlig bilde av han eller henne. En slik omsorg kan bidra til å forebygge isolasjon, skape følelse av trygghet og fellesskap, følelse av likestilling og innsatsvilje for å trene språket (Nyström, 2009). Jeg tror pasienten vil føle mestring og at deres livskvalitet blir optimalisert dersom interaksjonen fra sykepleiere er effektiv og pasientens behov blir oppfylt.

8.4 "Å styrke håpet": Hvordan kan sykepleieren bidra til mestring av håpløshet?

Håp er et sentralt begrep i Travelbees tenkning. Når en får frem håpet hos mennesket som lider, hjelper sykepleieren de til å mestre lidelsen bedre enn de ellers ville gjort. De vil også være bedre rustet til å takle sykdom og tap, og de konsekvensene som medfølger, deriblant håpløshet. Når noen har mistet håpet, ser de ikke lenger noe mulighet til å forandre og forbedre sin livssituasjon. Vi som sykepleiere må kunne legge til rette for at pasienten skal kunne oppleve håp og mening, og vi må kunne hjelpe de til å oppnå en akseptabel mestringsstrategi som de kan lære å leve med (Travelbee, 2001).

For å se behovet til pasienten, mener jeg sykepleieren må bruke sitt "kliniske blikk". Det vil si å bruke sine kunnskaper til å observere pasientens forløp, symptomer med mer. Ved å hjelpe

pasienten, kan sykepleieren unngå at pasienten kommer i en håpløs tilstand. Her og nå kan man være fortvilet, men fremtidshåpet kan kanskje bidra til å gjøre nået utholdelig.

Travelbee (2001) sier at opplevelse av frihet og autonomi er viktig for håpet. Å kunne velge er betydningsfullt når det gjelder å opprettholde følelse av kontroll over eget liv. Det å ønske er også knyttet til håp, men det er viktig å vurdere om ønskene er oppnåelig. Andre faktorer knyttet til håp er tillit, utholdenhet og mot. Troen på at andre vil hjelpe oss når det trengs, kommer til uttrykk ved tillit, og evnen til å prøve noe på nytt og på nytt for å oppnå noe, viser seg i utholdenhet. Mot trengs for å holde ut og for å erkjenne vansker og tap ved sykdom og lidelse. I tillegg er mot nødvendig for å overvinne angst og usikkerhet, og for at vi skal opprettholde et håp om en endring til det bedre. Motet vokser ved at vi ser problemet i øynene, og slik kan vi gjøre vårt ytterste for å mestre situasjonen (Travelbee, 2001, s. 119-122). Sykepleieren må hjelpe den afasirammede til å fokusere på det positive i livet, og klarer pasienten det, er han eller hun kommet langt på vei med å gjenvinne livskvalitet.

Jeg tror god kunnskap og god omsorg kan fremme håp hos pasienten. Når en opplever håpløshet har en behov for god omsorg, men for å gi god omsorg, har en behov for kunnskaper. Uten tilstrekkelige kunnskaper og omsorg blir det vanskelig å hjelpe mennesker med rehabilitering. Erfaring er derfor betydningsfull. Vi må kunne gi informasjon til pasient og pårørende, og snakke om betydningen av å bevare håpet. Sykepleiere med erfaring kan i mange tilfeller lettere observere pasientens behov, enn en person uten, fordi de har utviklet det "kliniske blikket".

Jeg mener sykepleieren skal hjelpe pasienten å sette mål for behandling og rehabilitering. Dette vil gjøre at pasienten har noe å jobbe etter og se framover mot. Man må ta seg god tid og hjelpe pasienten med å nå de ulike målene. Oppmuntring er viktig, slik at pasienten får en positiv opplevelse og ønsker å fortsette med å nå de målene som er satt. Dette kan bidra til å fremme mestring. Målene mener jeg vil variere fra person til person, grunnet store variasjoner i utfallene etter hjerneslaget og hvor alvorlig afasi pasienten får. Mål kan gi håp og innsatsvilje til å mestre håpløshet. Blix & Breivik (2006, s. 97-99) sier at håpet er en motiverende faktor, som gjør det mulig for mennesket å mestre vonde og vanskelige situasjoner. Når noen opplever håpløshet er de orientert mot her og nå-situasjonen. Det er da viktig at sykepleieren styrker håpet, men man bør gi realistiske forhåpninger. Å ta seg tid til å snakke med pasienten er viktig, men samtidig er det nødvendig å huske på at de pårørende

også trenger omsorg. Vi må hjelpe de pårørende til å finne mening, og det kan dermed føre til at de klarer å støtte pasienten. Ved å være nær en pasient (både fysisk og psykisk) signaliserer en at en tåler pasientens håpløshet. Pasienten kan få følelse av verdi når de opplever nærhet, og det kan hjelpe dem ut av håpløsheten. Det må være lov å være usikker i situasjonen, men en må strebe etter å vise pasienten at vi er trygg i rollen vår, og at vi er der for å hjelpe, støtte og sammen etablere håp (Blix & Breivik, 2006).

Kitzmüller (2007) sier at profesjonell pleie og behandling hvor pasienten opplever å bli forstått til tross for sin afasi, kan lindre stress-, krise- og sorgreaksjoner, og muligens også forebygge depressive reaksjoner. Pasienten må få mulighet til å beskrive opplevelser i forbindelse med å få afasi. Sykepleieren kan bidra til mestring av pasientens håpløshet, når pasienten opplever at det blir viet tid til hans emosjonelle behov. Dette fordi pasienten får bekreftelse på at hans eller hennes følelser er vesentlig. Kitzmüller (2007) sier videre at informantene opplevde hjelp til å sørge og hjelp til å bearbeide sine følelser, når helsepersonell viste interesse for personligheten og livshistorien deres.

Jeg mener en slik holistisk tilnærming er svært viktig i møte med mennesker med afasi. Som sykepleier må vi ha kunnskap til å kunne behandle alle delene på lik linje. Pasientens identitet kan "usynliggjøres" på grunn av afasien, og da kan det være viktig at sykepleiere kan benytte pårørende og venner som en ressurs til å bli bedre kjent med personen "bak afasien". Alle afasirammede fortalte i studien til Kitzmüller (2007) at pårørende og venner hadde stor betydning for deres mestringsprosess. Holland (2007) skriver at pårørende kan gi informasjon om pasientens familie, arbeid, interesser, yndlingsprogram og så videre, og det vil helsepersonell ha stor nytte av når vi skal lære pasienten å kjenne.

På grunn av andre utfall etter hjerneslaget som går ut over grunnleggende behov, har informantene i forskningen til Kitzmüller (2007) uttrykt at det var viktig å kunne stole på helsepersonellet. Det var viktig å ha tillit til at helsepersonell yter den omsorgen de hadde behov for. Undersøkelsen viste at personell som viste respekt og behandlet de afasirammede som fullverdige mennesker, hadde stor innvirkning på deres selvfølelse. Det hadde stor betydning for deres følelse av egenverd og livsmot at de afasirammede ble snakket til, og ikke om. Elstad (1988) beskriver Marias glede over å få profesjonell pleie og opplevelse av å bli forstått. Hun opplevde mye frustrasjon over å ha blitt «snakket over hodet på». "Denne søsteren snakker *til* henne. For første gang snakker en av de hvitkledde til henne, ikke om

henne, som om hun ikke eksisterte, ikke var et levende menneske lenger. Hun kjenner seg hel igjen" (s.82).

Logoped Ingvild Røste, forteller i *Afasi - hverdag* (2012), at det er viktig å ikke ta for gitt at de språkproblemene du ser hos den afasirammede, sier noe om hvilke kunnskaper, erfaringer og kompetanse den personen sitter inne med. Hun forklarer at det er fort gjort å undervurdere personer med afasi fordi de ikke lenger kan vise kompetansen sin på samme måte som før.

I pasientrettighetsloven (1999), § 3-1, står det at pasienter har rett til å medvirke i helsehjelpen. Medvirkingens form skal tilpasses pasientens evne til å gi og motta informasjon. Denne lovbestemmelsen er med på å understreke viktigheten av at sykepleieren snakker til pasienten og ikke diskuterer over hodet på vedkommende. Å snakke over hodet på pasienten er uetisk og strider i mot helsepersonells atferdsregler.

Informantene til Kitzmüller (2007) understreket viktigheten over at helsepersonell viste vennlighet, hadde humoristisk sans og kunne prate om andre ting enn sykdommen. I relasjoner hvor pasientene ble møtt med empati og vennlighet, ble de sett på som "hele" mennesker. Dette fremmet egenverd, livsmot og håp. Omsorgsfulle og medfølende hjelpere tok oftere i bruk alternative uttrykksformer. Det kom fram at det var lettere å utrykke seg når informantene fikk bruke sang og kroppsspråk, og det virket positivt på selvfølelsen. Afasipasientene mente at engasjerte og motiverende helsepersonell ga dem større tro på seg selv, noe som ga håp, motivasjon og vilje til å se fremover. Det hadde altså en positiv innvirkning på opplevelsen av mestring. Mulighet for å medvirke (empowerment), og god informasjon og veiledning, bidro til større muligheter til å akseptere sin funksjonshemming. Når afasirammede ble vist og forklart hva hjerneslag og afasi er, mestret de i større grad sin følelse av håpløshet. Holland (2007) forteller at veiledning og sterk støtte kan hjelpe de som føler hjelpeløshet og håpløshet. De kan bli hjulpet til å se ting annerledes og ta i bruk sine sterke sider, og det kan utvikle robusthet som resultat. Det er også lurt å bruke pårørende som hjelp for å observere positive forandringer ved språket. De er som regel mye på besøk og det er de som kjenner pasienten best. Thompson (under publisering) forteller i sin artikkel at dersom en skal mestre sin afasi, må sykepleierne støtte den enkelte til å bruke styrken sin, som de vet de hadde før slaget, og koble denne styrken til den "nye" funksjonshemmede identiteten. For å oppnå dette er det viktig å først lære å kjenne pasienten som person og deretter hjelpe personen til å gjenvinne kreativitet, trygghet og frihet, som kreves for å mestre

eget liv.

Funnene til Kitzmüller (2007), ønsket som funnene til Gordon (2009), bedre kunnskaper om afasi hos helsepersonell, men i tillegg ønsket de større fokus på språktrening (for utenom logoped-timene) og bedre hjelp til pårørende. Funnene viser at helsepersonells mulighet til å påvirke afasipasientens mestringspotensial i positiv retning, er stor. Det trengs bevissthet på hvordan atferd, holdninger, relasjoner og intervensjoner påvirker mestring. Dette samsvarer også med Travelbees tenkning. Kitzmüller (2007) sier videre at positive holdninger, empatisk væremåte og målrettede intervensjoner fra helsepersonell bidrar til mestring. Helsepersonell må betrakte afasirammede som likeverdige samtalepartnere som man lytter til og snakker med, for at de skal oppleve mestring. Hjelperen må forstå at det er en nær sammenheng mellom følelse av egenverd, livsmot og håp, og at disse dimensjonene må opprettholdes og fremmes, dersom personen med afasi skal kunne mestre sin nye og endrede livssituasjon.

Holland (2007) sier at behandlingen på sykehuset og en eventuell rehabiliteringsavdeling, bare er det første steget på en lang vei for å klare å leve vellykket etter et hjerneslag. Det kan være vanskelig å formidle det til pasienten, men det er viktig at pasienten forstår at livet går videre etter rehabiliteringen. Ting tar tid, og mennesker med afasi kan gjenvinne mange kommunikasjonsferdigheter etter den formelle rehabiliteringen. Ektefellen til Jan Ivar i filmen *Afasi - hverdag* (2012), fortalte at de begge trodde rehabiliteringen skulle føre til at alt ble som før, og at de da ble veldig skuffet da rehabiliteringen ikke innfridde deres håp og forventning. Holland (2007) sier det er mindre sjans for skuffelse og mismot når pasienten og familien blir oppmuntret til ikke å forvente for mye av rehabiliteringen. Man skal bevare håpet, men det kan være lurt å fortelle hvorfor fastlagte planer kanskje bør vente en stund. De fleste opplever mestring når de klarer å innfinne seg med at dette funksjonstapet kan være evig og at de må lære seg å leve med det. Sykepleieren må hjelpe pasienten til akseptasjon og anerkjennelse på måter som tillater og oppmuntrer til å leve livet fullt ut, til tross for sine kommunikasjonsproblemer. Målet er å tilpasse funksjonstapet til livet, men ikke nødvendigvis komme helt over det. Jeg mener diktet i Holland (2007, s. 178-179) beskriver dette målet på en god måte og er en fin avslutning på oppgaven min.

9.0 AVSLUTNING

Afasi er et tema som har interessert meg i lang tid, så jeg har ikke angret på valget jeg tok for noen måneder siden. Jeg hadde noen kunnskaper og tanker på forhånd, men jeg så raskt at det fortsatt var mye å lære. Skriveprosessen har vært en prosess med mange refleksjoner omkring egne erfaringer, og det har vært en lang og lærerik periode. Jeg har lært mye om meg selv og mine kollegaer i helsevesenet, og om vår opptreden med slagpasienter med afasi. Ved hjelp av dette litteraturstudiet har jeg fått mange nye kunnskaper, som har gjort meg bevisst på hvordan jeg som fremtidig sykepleier ønsker å møte denne pasientgruppen. Oppgaven har gitt meg et bedre grunnlag for å samtale med pasienter med kommunikasjonsvansker, og for å bidra med emosjonell støtte.

Jeg tror oppgaven kan være relevant for andre pasienter, selv om de ikke nødvendigvis er rammet av afasi. Det kan for eksempel være kommunikasjonsvansker av andre grunner enn hjerneslag, eller pasienter som vil vite mer om sykepleie i forhold til psykososiale behov.

Oppgaven ble ikke helt som forventet. Jeg hadde funnet mye litteratur og forskning på forhånd, men oppdaget underveis at ikke alt egnet seg like godt likevel. Det ble også vanskeligere enn forventet, å begrense oppgaven. Dersom andre sykepleierstudenter ønsker å skrive om afasi, vil jeg anbefale at de forsøker å videreføre denne oppgaven. Forskere påpeker at det nå er større behov for videre forskning som omhandler psykososiale konsekvenser av hjerneslaget. Derfor tror og håper jeg at det fremover vil komme mye mer forskning på dette området, som kan være til nytte og interesse for nestemann på vei mot sykepleier-drømmen.

The Cure.

We think we get over things.

We don't get over things

Or say, we get over the measles but not a broken heart.

We need to make that distinction.

*The things that become a part of our experience never
become less a part of our experience.*

How can I say it?

The way to "get over" a life is to die.

Short of that, you move with it.

Let the pain be pain, not in the hope that it will vanish

But in the faith that it will fit in.

Find its place in the shape of things

And be then not any less pain but true to form.

Because anything natural has an inherent shape

And it will flow towards it.

And a life is as natural as a leaf.

That's what we're looking for.

Not the end of a thing, but the shape of it.

Wisdom is seeing the shape of your life

Without obliterating (getting over) a single instant of it.

-Anonymous

LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur

- Blix, E.S. & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget

- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E, Ingvaldsen, B., Buanes, T., & Røise, O. (2009). *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. (s. 87-120). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 4*. (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

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

Selvvalgt litteratur

- Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R., Wyller, T. B., & Kvigne, K. (2012). Psychosocial well-being in persons with aphasia participating in a nursing intervention after stroke. *Nursing research and practice*, 2012(2012), Article ID 568242. Hentet 21.03.13 fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409547/> (14 sider)

- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M.I.K., Lind, M., & Qvenild, E. (2006a). *Afasi og samtale. Gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus Forlag. **(89 sider)**

- Elstad, A. K. (1988). *Maria Maria*. Oslo: Aschehoug **(259 sider)**

- Fure, B. (2007) Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2007;127(10), 1387-9. Hentet 08.03.13 fra <http://tidsskriftet.no/article/1537392> **(2 sider)**

- Gordon, C., Ellis-Hill, C., Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: Nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of advanced nursing*. 65(3), 544-553. Hentet 21.03.13 fra <http://ezproxy.uin.no:2101/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x/full> **(9 sider)**

- Helsedirektoratet (2010). Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Rapport IS-1688. Oslo: Helsedirektoratet **(1 side)**

- Holland, A.L. (2007). *Counseling in communication disorders. A wellness perspective*. (s.151-194). Plural Publishing inc. **(43 sider)**

- Kitzmüller, G. (2007). Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? *Nordisk tidsskrift for helseforskning* 3(2), 42-55. **(13 sider)**

- Lind, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M.I.K., & Qvenild, E. (Red.). (2010). *Afasi - et praksisrettet perspektiv*. Oslo: Novus Forlag. **(2 sider)**

- NSF. (2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet 03.04.13 fra <http://rokildeush.files.wordpress.com/2011/03/yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere.pdf> **(1 side)**

- Nylenna, M. (2009). *Medisinsk ordbok*. (s. 16). Oslo: Kunnskapsforlaget Askehaug og Gyldendal. **(1 side)**

- Nyström, M. (2009). Professional aphasia care trusting the patients competence while facing

existential issues. *Journal of clinical nursing*, 18(17), 2503-2510. Hentet 01.03.13 fra <http://ezproxy.uin.no:2101/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.02825.x/full> **(7 sider)**

- Pasientrettighetsloven. (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 14.03.13 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> **(1 side)**

- Qvenild, E., Corneliussen, M., & Lind, M. (2006b). *Samtalepartnere for personer med afasi. Idéhefte 2*. Oslo: Afasiforbundet i Norge/Bredtvet kompetansesenter. **(83 sider)**

- Søbstad, F. (2012). *Afasi - hverdag*. Afasiforbundet i Norge. Hentet 01.03.13 fra <http://www.statped.no/Tema/Sprak/Afasi/Film-Afasihverdag/> **(Film)**

- Thompson, J., & Mckeever, M., (under publisering). The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: An exploration using the Theory of Human Ccale Fvelopment. *Journal of clinical nursing*. **(3 sider)**

- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. **(51 sider)**

Totalt antall sider selvvalgt litteratur: 579 sider.