



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY180 H 000

Bacheloroppgave i sykepleie

Tema:

Hjerneslag og Kommunikasjon

Kandidatnummer 38 og 72

Dato for innlevering: 29. april 2011

www.uin.no



INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	Side 3
1.1 Bakgrunn for oppgave og temavalg	Side 3
1.2 Presentasjon av problemstilling	Side 3
1.3 Begrunnelse av valg av problemstilling	Side 4
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling	Side 4
1.5 Oppgavens oppbygging/disposisjon	Side 5
2.0 METODE	Side 6
2.1 Vitenskapssyn	Side 6
2.2 Litteraturstudium som metode	Side 7
2.3 Metodekritikk	Side 7
2.4 Databaser og søkeord	Side 7
2.5 Litteratur- og kildekritikk	Side 8
TEORIDEL	
3.0 MEDISINSK TEORI	Side 10
3.1 Hjernens oppbygning	Side 10
3.2 Hjerneslag	Side 10
3.2.1 Generelt om hjerneslag	Side 10
3.2.2 Hjerneinfarkt	Side 11
3.2.3 Hjerneblødning	Side 11
3.2.4 Afasi	Side 12
3.3 Kriseteori	Side 12
4.0 KOMMUNIKASJON	Side 14
5.0 SYKEPLEIETEORI	Side 15
5.1 Grunnlag for valg av teoretikere	Side 15
5.2 Kari Martinsen	Side 15
5.3 Patricia Benner og Judith Wrubel	Side 15

DRØFTING

6.0 EKSEMPLER FRA PRAKSIS	Side 17
6.1 Historie 1: Frustrasjon over å ikke bli forstått	Side 17
6.2 Historie 2: Fjernkontrollen og askebegeret	Side 17
6.3 Historie 3: En sykepleiers opplevelse	Side 18
7.0 SYKEPLEIERS MØTE MED SLAGRAMMEDE MED AFASI	Side 19
7.1 Våre erfaringer med håpløshet hos slagpasienter	Side 19
7.2 Hva gjør sykepleier i sitt møte med slagrammede med afasi?	Side 19
7.3 Hvordan bidrar sykepleier til å redusere følelse av håpløshet?	Side 22
7.4 Hvordan kan sykepleier bruke sine ferdigheter i god kommunikasjon med pasient?	Side 24
7.4.1 Profesjonell kommunikasjon- verbal og nonverbal	Side 24
7.4.2 Hvilke hjelpemidler kan sykepleier ta i bruk i kommunikasjon med pasienter med afasi?	Side 26
7.5 Sykepleiers kommunikasjon med pasienter med afasi	Side 28
8.0 AVSLUTTNING	Side 31
LITTERATURLISTE	Side 32
Pensumlitteratur	Side 32
Selvvalgt litteratur	Side 33

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgave og temavalg

Vi er to sykepleiestudenter som gjennom studiet har vært i praksis ved forskjellige avdelinger. Studiet fokuserer på å se mennesket i pasienten, noe vi synes er viktig fordi alle mennesker kan bli syk i løpet av livet. Vi ønsker å se lengre enn diagnosen og sykdommen fordi mennesket som lever med diagnosen er mye mer enn et ord i en epikrise. En pasient er et individ med følelser, tanker og meninger og har et liv utenfor sykdommen. Vi har valgt å ta for oss akutfasen som er tiden på slagenhet og den påfølgende tiden på rehabiliteringen. Å rehabilitere vil si å gjenopprette en tidligere funksjon (Wergeland mfl. 2007). Rehabilitering mener vi starter allerede når pasienten blir lagt inn på sykehuset med et hjerneslag, fordi opptreningen starter allerede her. Når slaget er stabilisert, flyttes pasienten gjerne over til en rehabiliteringsavdeling, men vi mener at det er viktig å få frem at rehabilitering også skjer på sykehusavdelingen. I praksis har vi møtt slagpasienter og synes møtet med dem har vært vanskelig da mange av dem har kommunikasjonsproblemer. Mange av sykepleierne vi har møtt ute i feltet sier at kommunikasjonen er vanskelig og i noen tilfeller mangelfull. Vi ønsker å finne ut hvordan vi som ferdigutdannede sykepleiere kan kommunisere med slagpasienter som ikke har språk på grunn av afasi, og redusere pasientens håpløshet. Vi ønsker å bli tryggere på sykepleierrollen i møte med afasipasienter. Vi ønsker å lære mer om hvordan vi gjennom kommunikasjon kan gjøre livssituasjonen bedre for pasienten. Hensikten med denne oppgaven er også at vi som sykepleierstudenter skal lære oss å skrive en større oppgave og tenke forskningsbasert.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Vår problemstilling for oppgaven er som følger:

Hvordan kan vi som sykepleiere gjennom god kommunikasjon redusere følelsen av håpløshet hos slagrammede pasienter med afasi?

1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling

Vi har begge opplevd å møte slagrammede pasienter med kraftig afasi under praksis. I praksis opplevde vi at vi ikke kunne kommunisere med slagpasientene og det var vanskelig å forstå hva de ønsket av oss. Pasientene tok ofte til tårene eller reagerte med sinne da vi beklaget og sa at vi ikke forstod dem. Vi så tydelig at det var frustrerende for pasienten å ikke bli forstått, og at de under oppholdet var preget av håpløshet. Det var dette som gjorde at vi ønsket å finne ut mer om hvordan vi kan bedre kommunikasjonen mellom sykepleier og slagpasient med afasi, slik at de får bearbeidet følelsen av håpløshet.

1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Vi ønsker å skrive om unge mennesker som får slag for første gang, og valgte derfor aldersgruppen 40-60 år, fordi de kanskje ikke hatt alvorlige diagnoser tidligere. Vi vil fokusere på pasienter som ikke har demensdiagnose eller tidligere kjente språk/kommunikasjonsvansker. Siden problemstillingen går ut på slagrammede med afasi, fokuserer vi på de med venstresidig hjerneslag, da språksentrene hos de fleste ligger her. Det finnes andre former for kommunikasjonsvansker som oppstår etter slag, men vi velger å forholde oss til afasi. Håpløshet er et hovedbegrep i problemstillingen, og vi har derfor dradd inn kriseteori og sykepleieteorier som tar for seg omsorg, stress og mestring. Disse begrepene ser vi på som beslektet med håpløshet. Vi ser også bort fra fremmedspråklige pasienter som ikke har norsk som sitt morsmål. Vi vil se på tiden rett etter slaget, fra sykehusoppholdet til rehabiliteringsavdelingen, vi velger derfor bort sykehjem og hjemmetjeneste. Det er kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient vi tar for oss, og velger å ikke diskutere pasientens opptrening sammen med andre yrkesgrupper selv om sykepleieren har et nært tverrfaglig samarbeid med disse. Pårørende er en viktig ressurs for slagrammede pasienter, men siden de ikke er presisert i problemstillingen fokuserer vi ikke på dem. Likevel ser vi på det som nødvendig å nevne dem i oppgaven.

1.5 Oppgavens oppbygging/disposisjon

Oppgavens omfang: 9890 ord

Metodekapitlet belyser vårt vitenskapssyn, måten vi har hentet inn litteratur på og kildekritikk. Deretter følger teoridelen der vi ser på hjernens oppbygging og hva som skjer under et slag. I tillegg har vi kriseteori, teori om kommunikasjon, afasi og sykepleieteorier. I drøftingsdelen har vi tatt utgangspunkt i vår problemstilling og prøvd å komme fram til et svar på denne. Dette har vi gjort gjennom egne erfaringer fra studiet, forskning, pensum- og skjønnlitteratur. Vi har delt drøftingsdelen inn i hovedkapittel hvor vi tar for oss de ulike delene av problemstillingen.

2.0 METODE

2.1 Vitenskapssyn

Vår oppgave baserer seg på et hermeneutisk vitenskapssyn, som tar for seg spørsmål rundt forståelse og fortolkning (Thornquist 2006:139). Gjennom å fortolke og studere det som virker uklart, kaotisk og uforståelig skal vi komme fram til en underliggende mening og gi klarhet til noe som er uklart (Dalland 2007:53). Hermeneutikken hjelper oss å forstå hvordan vi forstår og hvordan vi kan gi verden mening. Alle som arbeider med mennesker bør ha en forståelse for hermeneutikk, da den handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskets eksistens. Hermeneutikken ser på menneskelige aktiviteter og dens resultat og produkter. Her inkluderes kulturelle forhold, slik som normer og verdier. I motsetning til hermeneutikken, anser empirismen og positivismen erfaring som kilden til kunnskap (Thornquist 2006:39). Disse vitenskapssynene tar utgangspunkt i det som kan veies, telles og måles. Empirismen mener at kunnskapen bare kan oppnås gjennom metodisk observasjon av virkeligheten. I positivismen og empirismen er subjektet en passiv mottaker av sanseintrykk, mens hermeneutikken ønsker å se på den menneskelige virksomheten som har til hensikt å formidle noe.

Mennesket møter alle situasjoner med en førforståelse eller bakgrunnskunnskap. Dette kan være ubevisst, men den tankemessige og erfaringsmessige bagasjen vi har med oss er med på å bestemme det vi forstår og fortolker. I hermeneutisk vitenskapssyn går man inn i en spiralforståelse som Thornquist forklarer slik:

Hver gang vi forstår en del av virkeligheten, påvirker det vår oppfatning av helheten. Den nye helhetsforståelsen setter delen, eller delene, i nytt lys, og kan gi en ny forståelse av enkeltdelene, som igjen påvirker helhetsforståelsen, osv (2006:142).

Gjennom å se både delen og helheten vil vi stadig videreutvikle vår forståelse og det vil hele tiden legges grunnlag for ny forståelse og bedre innsikt.

2.2 Litteraturstudium som metode

I denne bacheloroppgaven har vi med utgangspunkt i det hermeneutiske vitenskapssynet valgt å utføre et litteraturstudium. Med oppgaven ønsker vi å få frem pasientens egne følelser og opplevelser, men jamfør sentrale beslutninger har vi ikke tillatelse til å intervju pasienter i en bacheloroppgave. Vi har derfor valgt å ta for oss egne erfaringer fra praksis, i tillegg til eksempler fra skjønnlitteratur. Det er også mye relevant forskning og faglitteratur innenfor det temaet vi har valgt, både i og utenfor utdanningens pensum.

2.3 Metodekritikk

Det å utføre et litteraturstudium synes vi har fungert bra. Dersom vi hadde valgt intervju som metode ville vi vært nødt til å intervju sykepleiere. Dette kunne styrket oppgaven vår med tanke på at vi kanskje ville fått en bedre innsikt i hva sykepleierne vi evt. intervjuet gjorde for å bedre kommunikasjonen. Likevel føler vi at forskningen vi har brukt skildrer sykepleierens meninger og vi har fått pasientens perspektiv gjennom skjønnlitteraturen. Gjennom litteraturstudiet har vi funnet mange kilder som vi føler inneholder det vi ønsker å få formidle med oppgaven. Vi ser at intervju kunne vært en god metode, men vi er fornøyde med det valget vi har gjort. Vi mener at det hermeneutiske vitenskapssynet var rett innfallsvinkel i vår oppgave.

2.4 Databaser og søkeord

For å finne relevant litteratur til oppgaven søkte vi på bibliotekets databaser, samt søkemotorer som "Cinahl", "Vård i Norden", "PubMed" og "NORART". Vi var også inne på Helsebibliotekets databaser. Da vi søkte etter litteratur var vi opptatt av å finne forskning av og for sykepleiere. Søkeordene vi brukte var: Hjerneslag, kommunikasjon, afasi, håpløshet og sykepleie. Disse søkeordene brukte vi på Norsk og Engelsk og satte dem opp i forskjellige kombinasjoner. Vi fikk flere hundre treff på de søkeordene vi brukte, men antallet artikler gikk ned når vi kombinerte søkeordene. For å finne relevant informasjon var vi i kontakt med helsetilsynet, afasiforbundet i Norge og slagforeningen.

2.5 Litteratur- og kildekritikk

I vår oppgave har vi tatt utgangspunkt i pensumlitteraturen fra dette studiet. Denne ser vi på som sikker, da den er valgt ut av fagpersoner ved universitetet. En god del av vårt pensum er kommet ut i nyere utgaver, men vi har valgt å bruke våre bøker da forandringene ikke er av betydning. De bøkene vi har brukt i tillegg til pensum mener vi er sikre kilder, da de også er fagbøker som er fagfelleurdert. Vi ser at noen av forfatterne har bidratt til flere av bøkene vi har brukt, både i og utenfor pensum, noe som vi mener gir dem troverdighet innenfor fagmiljøet. I oppgaven har vi presentert Kari Martinsens omsorgsfilosofi. I tillegg til hennes bøker har vi valgt å bruke vår pensumbok av Mekki og Tollefsen, hvor de intervjuer Martinsen. Her forklarer hun teorien sin på en god og lettfattelig måte, og vi føler at oppgaven vår blir beriket av de synspunkter som Martinsen uttrykker i intervjuet.

En av oss har vært utvekslingsstudent ved et sykepleiecollege i USA og vi har brukt deres pensumbok, *Medical- Surgical Nursing*, skrevet av Lewis mfl. Denne boken er skrevet av sykepleiere for sykepleiere og sykepleiestudenter, og boken er fagfelleurdert. Helsevesenet i Norge og andre land er forskjellig, men vi mener at teorien og utøvelsen av sykepleie er den samme og derfor ser vi på den internasjonale litteraturen vi har brukt som relevant. En slagpasient vil ha de samme symptomene verden over, derfor vil sykepleieren møte de samme utfordringene i Norge som i andre land.

Gjennom vårt søk etter forskningsartikler fant vi god internasjonal forskning som vi ser på som relevant i oppgaven. Tre av artiklene har vi lagt mer vekt på enn de andre, da de inneholdt den informasjonen vi var ute etter. I tillegg har vi brukt andre artikler som vi mener er gode, men det er disse tre som vi i hovedsak har brukt: Gordon mfl. (2009), Sundin mfl. (2000) og Long mfl. (2002). Alle disse har utført kvalitative studier, der de har intervjuet pasienter og sykepleiere. De fleste artiklene vi fant var på engelsk, så vi har selv oversatt dem. Da vi begge anser oss som gode i engelsk, mener vi at vi har fått den rette forståelsen, selv om det er en mulighet at vi har misforstått noe av innholdet. Alle artiklene vi har brukt er fagfelleurdert, noe som vil si at andre fagpersoner har gått gjennom forskningen og godkjent den før den ble utgitt. Dette ser vi derfor på som en sikker måte å få faktakunnskap. De fleste artiklene vi har anvendt er skrevet av sykepleiere, noe vi mener er positivt fordi vi skal bli

sykepleiere og ønsker informasjon ut fra et sykepleieperspektiv. Gjennom søkeprosessen kom vi fram til flere artikler som kunne se relevante ut, i en søkemotor som heter Wiley-Blackwell. Flere ganger forsøkte vi å kontakte dem for å få tilgang til artiklene, men vi fikk ikke respons.

I oppgaven vår har vi også valgt å bruke skjønnlitteratur. Denne er basert på slagpasientens egne erfaringer og man får se sykepleier- pasientinteraksjonen fra pasientens ståsted. Ut fra artiklene ser vi at mye av det som skrives stemmer overens med skjønnlitteraturen selv om skjønnlitteratur ikke kan ansees som fagstoff. Vi har ikke brukt disse bøkene for å finne faktakunnskaper, men for å berike oppgaven med en pasients opplevelse.

TEORIDEL

3.0 MEDISINSK TEORI

3.1 Hjernens oppbygning

Menneskehjernen er et av de mest kompliserte systemene på jorden. Hjernen er ansvarlig for mentale og intellektuelle funksjoner, og består av storehjernen, lillehjernen og hjernestammen (Sand mfl. 2007). Hjernen og ryggmargen inngår i sentralnervesystemet som er et høyt spesialisert system, ansvarlig for alle kroppens aktiviteter og bevegelser (Sanford 2007). Storehjernen er delt inn i to hjernehalvdeler, hemisfærer, som har nerveforbindelse selv om de nesten er adskilt. På grunn av tverrforbindelse mellom hjernehalvdelene styrer høyre hjernehalvdel venstre side av kroppen og motsatt. Hemisfærene løser forskjellige oppgaver, men samarbeider for at individet skal fungere som en helhet.

97% av menneskene har hjernebarken i venstre hemisfære, noe som gjør at venstre halvdel har hovedansvaret for språket. Brocas område, som er talesenteret, ligger i pannelappen. Ansikt, tunge og respirasjonsmusklene blir kordinert gjennom talesenteret slik at vi er i stand til å uttale ord og snakke forståelig. Når vi leser eller lytter til tale går informasjonen inn via Wernickes område i tinninglappen. Herfra blir nerveimpulser sendt videre til syns- og hørselsbarken og blir tolket der. I Wernickes område settes ord sammen til meningsfylte setninger som blir sendt til talesenteret (Sand mfl. 2007).

3.2 Hjerneslag

3.2.1 Generelt om hjerneslag

Hvert år rammes ca 15000 nordmenn av apoplexia cerebri, eller hjerneslag som det kalles på norsk (Helsedirektoratet 2010). Hjernen har et høyt energibehov og er avhengig av kontinuerlig tilførsel av oksygen og glukose. Ved hjerneslag er det en svikt i blodsirkulasjonen, som gjør at hjernecellene ikke får dekket dette behovet. Hjerneslag skyldes ofte arteriosklerose, høyt blodtrykk eller hjertesvikt (Jacobsen mfl. 2006). Arteriosklerose betyr at blodåren har fettavleiring og forkalkning i åreveggen. Dette gjør årene stivere, innsnevret og blodet har vanskelig for å sirkulere gjennom åren (Nylenna 2009:43).

Vanlige symptomer ved hjerneslag er lammelse i ekstremiteter, skjevhet i ansiktet, sensibilitetstap, talevansker og svelgvansker (Jacobsen mfl. 2006). Noen kan ha hodepine i begynnelsen, men forstår kanskje ikke alvoret før de ovennevnte symptomene inntre (Sanford 2007). Hjerneslag deles inn i to kategorier: infarkt og blødning, hvor infarkt omfatter 85- 90% av alle hjerneslag (Helsedirektoratet 2010).

3.2.2 Hjerneinfarkt

Hjerneinfarkt skyldes en trombe eller emboli i en eller flere av hjernens blodårer. De fleste slag skjer ifølge Sanford (2007) ved trombedannelse. Ved denne tilstanden er blodåren delvis eller helt okkludert. Dette resulterer i nedsatt blodgjennomstrømning og funksjonssvikt i deler av hjernen (Wergeland 2007). De fleste emboliene dannes i hjertet og følger sirkulasjonssystemet opp til hjernen hvor det fester seg. Ved trombotisk hjerneslag har man ofte faresignaler i form av et eller flere TIA (Transitorisk iskemisk anfall), som er en tilstand med forbigående oksygenmangel i deler av hjernen (Ibid). Her vil sirkulasjonen normalisere seg selv i løpet av kort tid. TIA er et alvorlig faresignal for at noe verre kan skje. Dersom funksjonssvikten varer i mer en et døgn, kalles det hjerneslag (Sanford 2007).

3.2.3 Hjerneblødning

Hjerneblødning skyldes blødning fra en arterie i hjernen. Blødningen inntre akutt og symptomene avhenger av det affiserte området i hjernen og blødningens størrelse (Jacobsen mfl. 2006). Avhengig av blødningens størrelse skjer progresjon over minutter til timer. CT er nødvendig for å konstatere om det er blødning eller infarkt, da symptomene ofte er like. Symptomer inkluderer nevrologiske utfall som forandring i pupillestørrelse og ensidig svakhet. Andre symptomer er hodepine, kvalme, oppkast, hypertensjon og nedsatt bevissthetsnivå. Dersom blødningen skyldes en sprukket aneurisme kan hodepinen bli beskrevet som den verste hodepinen personen noen gang har opplevd (Sanford 2007). Blødningen kan oppstå på grunn av en medfødt misdannelse eller skade på blodåren. En skade kan komme av arteriosklerose og/eller høyt trykk. Hypertensjon er den vanligste årsaken til hjerneblødning. Ofte inntre blødningen etter perioder med aktivitet. En hjerneblødning har ofte større dødelighet enn et hjerneinfarkt (Ibid).

3.2.4 Afasi

En tredjedel av slagpasienter har afasi i akuttfasen (Marshall mfl. 2010). Afasi er en manglende evne til å tale eller til å formulere sine tanker i meningsfulle ord, eller å forstå innholdet i ord eller skrift (Nylenna 2009:16). Afasi kommer av en skade til hjernen der det oppstår en redusert evne til å forstå og/eller formulere skriftlig og muntlig språk. Begrensninger i kommunikasjonen, slik som å snakke på telefon, lese en meny, tyde kroppsspråk og andre funksjonelle oppgaver er forbundet med afasi etter hjerneslag (Fucetola mfl. 2006).

3.3 Kriseteori

Når et menneske opplever tap, utløses følelser og mekanismer i kroppen som avgjør hvordan man klarer å håndtere tapet. Benner og Wrubel mener at et tap kan utløse stress, da et tap defineres som det å miste noe av betydning (Kirkevold 1998:200). Det kan være et dødsfall i form av ektefelle eller nære slektninger, det å miste jobben, skilsmisse eller tap av kroppsfunksjon. Alle mennesker vil møte et tap på forskjellig måte, avhengig av tidligere lærte mestringsstrategier. Dersom tapet får stor innvirkning på en person kan han gå over i en krisereaksjon (Walker mfl. 2007).

En krisereaksjon deles inn i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Håkonsen 2003). Sjokkfasen kommer ofte ved et uforventet tap, men alle former for tap fører med seg en sjokkreaksjon, da man ikke helt kan forberede seg på følelsen etter tapet. Noen vil i denne fasen benytte seg av forsvarsmekanismen benektelse, hvor personen beskytter seg selv mot vonde følelser. Personen bruker all sin psykiske energi på å forstå det som har skjedd (Ibid). Reaksjonsfasen inntreffer etter hvert som personen tar inn over seg det som har hendt. Her reduseres behovet for å benekte og man vil forstå og fordøye situasjonen slik at følelsene blir mindre overveldende. Denne fasen kan vare fra uker til måneder, avhengig av personen. For å holde ut i situasjonen vil det ubevisst tre fram forsvarsmekanismer som fortregning, rasjonalisering, projeksjon og regresjon. Ved å fortrenge "glemmer" man det som har skjedd og ved rasjonalisering vil man bortforklare problemet. Å projisere vil si at man legger ansvaret over på andre og ved regresjon går man tilbake til et tidligere utviklingsstadium. Personen vil etter hvert komme over i

bearbeidingsfasen, hvor han begynner å godta sin nye livssituasjon og kan se framover. Bearbeidingsfasen kan vare opptil flere år. I nyorienteringsfasen finner personen en ny normaltilstand, den psykiske smerten er nå borte, men savnet etter det som er tapt vil fortsatt være der resten av livet. Personen har akseptert hendelsen og opplever at det kan være godt å leve igjen, slik som før krisen inntraff (Ibid).

4.0 KOMMUNIKASJON

Kommunikasjon er en medfødt evne, og er utveksling av meningsfulle tegn og signaler mellom to eller flere parter. Kommunikasjon utøves ved for eksempel personlige samtaler, chatting på internett eller ved møte av en eller flere personer (Eide og Eide 2010). En samtale har to roller: transaksjon og interaksjon. Transaksjonen kan forklare som toveis formidling av informasjon, meninger og følelser. Interaksjonen er sosial konstruksjon av forhold og situasjoner (Gordon mfl. 2009). Medier kan gi informasjon til mange mennesker på en og samme tid, mens i en samtale føres en dialog hvor alle parter er involverte i det som blir formidlet. Informasjonen er avhengig av situasjonen rundt samtalen, og de forventningene hver av samtalepartnerne har med seg. Samtalen vil også være avhengig av hvem samtalepartneren er, for eksempel vil en samtale mellom elev og rektor ofte foregå på en annen måte enn samtale mellom flere elever. Gjennom samtalen gir samtalepartneren tilbakemelding på om budskapet når fram eller ikke, og hvordan budskapet blir mottatt. Deltakerne i samtalen vil både verbalt og nonverbalt sende signaler som gjør at man justerer, forandrer eller avslutter kommunikasjonen (Eide og Eide 2010).

Kommunikasjon deles inn i verbal og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er de ord som blir sagt eller hørt. Nonverbal kommunikasjon går ut på kroppsspråk, ansiktsuttrykk, kroppsholdning, bevegelse og stemmebruk. Vi responderer bekræftende eller avisende, henvendt eller uengasjert på måten vi bruker blick og kroppsspråk (Eide og Eide 2010).

5.0 SYKEPLEIETEORI

5.1 Grunnlag for valg av teoretikere

Personlig er vi opptatt av begrepet omsorg, og det føles naturlig å dra inn omsorgsteorier i vår oppgave. Kari Martinsen og Benner og Wrubels teorier er relevante i forhold til omsorg for slagpasienten. Når vi møter pasienter ønsker vi å skape en relasjon til dem og Kari Martinsen er her relevant, da hun sier at man skal våge nærvær. Benner og Wrubel har gode mestringsteorier som vi mener er relevante i forhold til problemstillingen.

5.2 Kari Martinsen

Kari Martinsen er en norsk sykepleier som blir sett på som nåtidens sykepleieteoretiker. Hennes teori bygger på begrepet omsorg, som hun mener er fundamentet i all sykepleie (Mekki og Tollefsen 2002:39). Hun mener at omsorg skal ytes uten å forvente noe til gjengjeld (Martinsen 2003:75). I teorien nevner hun to begreper, hjertelighet og faglighet, og beskriver hjertelighet som den virkende kraften i all sykepleie. Uten å ha hjertet med seg vil ikke utøvelsen av sykepleie bli god. På den andre siden trenger man en faglig kunnskap for å kunne gi pleie til hver enkelt pasient. Sykepleieren er sammen med pasienten hele døgnet, og tar hånd om pasientene når de andre profesjonene ikke er tilstede. Hun nevner betydningen av ”det kliniske blikk” og mener at sykepleieren gjennom erfaring og fagkunnskap utvikler et ”skjønn” som gjør henne i stand til å gi god behandling til hver enkelt pasient. Selv om diagnosen er den samme, vil pasientene kreve ulik pleie (Martinsen 1993:146 og Martinsen 2003). Martinsen mener at en god sykepleier tåler å stå i vanskelige situasjoner og våger nærvær, og at trangen til å hjelpe er kjernen i all sykepleie (Mekki og Tollefsen 2002:42). Hun sier at sykepleieren har kraft i sin posisjon og det ligger et stort moralsk ansvar for å handle til pasientens beste.

5.3 Patricia Benner og Judith Wrubel

Benner og Wrubel presenterte sin sykepleieteori i 1989. Som Kari Martinsen, tar også Benner og Wrubel utgangspunkt i omsorg, noe de mener er det primære i alt menneskelig liv. Omsorg er sentral i all sykepleie på grunn av at omsorgen skaper muligheter til å hjelpe og å motta hjelp (Kirkevold 1998:199). Mestring er individuelt og personlig, og Benner og Wrubel

ønsker at hvert menneske skal mestre sin livssituasjon på tross av sykdom, lidelse og tap (Kristoffersen 2005). Gjennom hele livet utarbeider mennesket mestringsstrategier som gjør at vi kan møte vanskelige situasjoner og komme gjennom dem. De karaktertrekkene vi har, avgjør hva som for oss vil være stressende, og hvordan vi vil mestre situasjonen. Mestring måles ut fra personens egen forståelse, vurdering og mulighet (Konsmo 2003). Sykepleieren skal hjelpe mennesket til å mestre tap, sykdom og lidelse. For å kunne yte denne hjelpen må de ta utgangspunkt i det som er viktig og gir mening for den enkelte pasienten (Ibid:85). Benner og Wrubel forklarer sykdom som en vesentlig kilde til stress, og forholdet mellom stress og mestring slik: *"Stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er det man gjør med dette bruddet"* (Kirkevold 1998:203). Med uhemmet funksjon forstår vi at en sykdom eller skade forandrer en kroppslig eller psykisk funksjon slik at vedkommende ikke lenger klarer å utføre de gjøremål som ellers ville vært naturlig for vedkommende.

DRØFTING

6.0 EKSEMPLER FRA PRAKSIS

6.1 Historie 1: Frustrasjon over å ikke bli forstått

Som sykepleierstudent var en av oss i praksis på en rehabiliteringsavdeling (i resten av historien brukes ”jeg”). Der møtte jeg flere pasienter som hadde hatt hjerneslag. En av situasjonene jeg møtte der har hatt stor betydning for hvordan jeg ser på sykepleierollen. Pasienten var en mann i 50-årene, han hadde hatt slag for første gang og hadde store fysiske utfall. Han hadde kraftig afasi og kunne bare bruke venstre tommel for å bekrefte eller avkrefte et spørsmål fra helsepersonellet. På grunn av dette stilte vi hovedsaklig ja/nei-spørsmål. En dag skulle jeg ha hovedansvaret for denne mannen. Etter frokost var det tydelig at han ønsket noe fra meg. Jeg stilte spørsmål om han ville på rommet, dette bekreftet han. Da vi kom på rommet spurte jeg om han ville i sengen, noe han normalt gjorde etter frokost. Han ønsket ikke dette, og heller ikke å se på TV eller gå på toalettet. Da jeg ikke forstod hva han ville av meg, beklaget jeg dette og sa at jeg ikke kunne forstå hva han ønsket. Da begynte pasienten å gråte, noe jeg følte veldig ubehagelig. Ingen av mine spørsmål ble bekreftet og jeg forstod ikke noe av det han forsøkte å formidle. Jeg hentet derfor en sykepleier som fant ut at han måtte på toalettet, noe han hadde avkrefte da jeg spurte. Etter denne hendelsen satt jeg igjen med en følelse av inkompetanse.

6.2 Historie 2: Fjernkontrollen og askebegeret

En av oss hadde kirurgisk praksis på nevrologisk intensivavdeling. Her kom slagpasienter inn i akuttfasen av slaget. Jeg hadde ansvaret for en dame i slutten av 50-årene med førstegangsslag, som hadde afasi. Hun kunne uttrykke seg verbalt, men samtalen var usammenhengende og hun uttalte ukorrekte ord. Selv var hun ikke klar over problemet, og ble aggressiv og fortvilet når vi ikke forstod henne. Hun ringte på klokken og ba meg om et askebeger. Jeg var høflig og sa til henne at hun dessverre ikke kunne røyke på sykehuset. Jeg merket at hun ble irritert over mitt svar, og fortsatte å rope askebeger. Jeg gjentok mitt svar og hun sa at jeg ikke måtte legge ord i munnen på henne. Jeg prøvde å finne fram til om det var noe annet hun ønsket, men hun bare ropte askebeger, og ble fysisk sint. Dette gjorde meg redd, og en annen sykepleier kom inn på rommet. Han hadde hørt alt bråket og lurte på hva jeg gjorde mot denne kvinnen. Han skjønnte med en gang at det hun ønsket var fjernkontrollen

til TV. Jeg følte meg dum og flau over hele situasjonen. Sykepleieren var ikke ufin på noen måte, likevel følte jeg meg som et dårlig sykepleieremne. Jeg skjønner at han hadde mer erfaring enn meg.

6.3 Historie 3: En sykepleiers opplevelse

Marylin Lanza (2006) er en amerikansk sykepleier som selv hadde hjerneslag i ung alder. Hun har skrevet en artikkel om hennes erfaringer. Hennes tenkning og evnen til å skrive var påvirket etter slaget. På grunn av afasi, følte hun det vanskelig å ytre sine tanker. Det kunne være helt enkle ord, som å forklare at hun måtte gå på toalettet. Flere ganger, da hun forsøkte å komme seg på toalettet, falt hun i gulvet. Sykepleiere ble irriterte på henne og forstod ikke hvorfor hun skulle reise seg opp. Hun forstod ikke meningen med ringeknappen de ba henne bruke. Da hun etter hvert klarte å bruke den, fungerte den ikke og hun kunne ikke forklare at den var defekt. Hun klarte ikke å formulere selv inne i hodet sitt et raskt nok svar for så å få det ut. Hennes mentale forandring var vanskelig å takle og hun forteller at hun følte seg nedstemt og sint, og gråt av frustrasjon (Ibid).

7.0 SYKEPLEIERS MØTE MED SLAGRAMMEDE MED AFASI

7.1 Våre erfaringer med håpløshet hos slagpasienter

De som opplever slag, spesielt for første gang, opplever det som stressende og bekymringsfullt (Sanford 2007). Vår erfaring er at slagpasientene ofte var bekymret, tårefulle og forvirret i de første dagene etter slaget. Uvitenhet om framtiden kan være en faktor til dette. Tidlige emosjonelle reaksjoner til slag kan inkludere håpløshet, frustrasjon, irritabilitet og sinne. Med bakgrunn i historiene ser vi at alle pasientene hadde en form av emosjonell reaksjon i forbindelse med sitt slag. Slagpasienten er i en krisereaksjon, fordi en tidligere funksjon er tapt eller forandret. Vår problemstilling er vinklet inn på pasienter med afasi, og vi ser at krisen kan bli større hos disse, da de har problemer med å uttrykke seg eller forstå oss. Vi ser at pasienter som får afasi kommer inn i noe vi velger å kalle en vond sirkel, med frustrasjon, fortvilelse og håpløshet. Pasienten klarer ikke å uttrykke sine behov, som forsterker kommunikasjonsproblemet og påvirker håpløsheten. Her må sykepleiere komme inn med gode kommunikasjonsferdigheter, slik at pasientens behov blir sett og at pasienten kan hjelpes ut av håpløsheten. I historie 1-3 var pasientene i en håpløs tilstand, noe som ble uttrykt gjennom frustrasjon, sinne, gråt og fortvilelse. Vi som sykepleierstudenter satt ikke inne med tilfredsstillende erfaring og kommunikasjonsferdigheter til å hjelpe disse pasientene.

7.2 Hva gjør sykepleier i møte med slagpasienter med afasi?

Mennesket er en helhet, og ut fra en holistisk tankegang ser vi at alle mennesker har grunnleggende behov som er fysiske, psykiske, sosiale og åndelige (Blix og Breivik 2006). Når mennesket blir sykt, påvirkes alle delene, og som sykepleiere må vi ha kunnskap til å kunne behandle alle delene på lik linje. Når det kommer inn slagpasienter, arbeider sykepleieren i team sammen med andre yrkesgrupper, som lege, fysio- og ergoterapeut, logoped mfl. Vi mener at sykepleierens innsikt, kunnskaper og holdning er viktige for at rehabiliteringen av pasienten skal bli vellykket. Sykepleieren gjør observasjoner som er avgjørende for den helhetlige omsorgen og observasjonene gir informasjon om pasientens tilstand, noe de andre yrkesgruppene er avhengige av. Norsk sykepleierforbund (NSF) har vedtatt yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere i Norge, som sier:

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 (2008:7).

Ut fra dette sitatet ser vi at som sykepleier har vi et ansvar for pasienten og vi bør behandle pasientene slik vi selv ønsker å bli behandlet. For å kunne gjøre dette må vi, i følge Martinsen, ha tilstrekkelig kunnskap og omsorg for pasienten, da omsorg er det avgjørende i all pasientkontakt (Martinsen 2003). Benner og Wrubel skriver: *"Omsorg er et dypt uttrykk for håp"* (Konsmo 2003:98). Med dette forstår vi at sykepleiere gjennom god omsorg kan bidra til å fremme håp hos pasienten. På den andre siden ser vi at håp eller håpløshet uttrykker et behov for omsorg. I en studie gjort av Long mfl. (2002) der de så på sykepleiers særegne rolle i rehabilitering av slagpasienter, fant de at sykepleierne ønsket å være omsorgsgivere, men at for mye tid gikk bort i planlegging og koordinering. Vi ser på sykepleierens rolle som viktig, da det ofte er sykepleierne som er en slags "mellommann" i kommunikasjonen mellom pasienten og de andre yrkesgruppene, og det er vi sykepleiere som til enhver tid skal vite hva som skjer med pasienten i forhold til planlegging og behandling. Vi ser at omsorg er en viktig egenskap i alle yrker hvor man kommer i kontakt med mennesker, men for å føle seg trygg i rollen som sykepleier ser vi at den faglige plattformen også er av stor betydning. De fleste mennesker har omsorg for andre, men uten fagkunnskap kan man ikke hjelpe et sykt menneske til rehabilitering, på samme måte som man uten omsorg ikke kan hjelpe en pasient ut av håpløsheten.

En slagpasient kan ha flere behov, da slaget kan påvirke kroppsfunksjonen, utløse kommunikasjonsproblemer og psykiske forandringer. Dette kan vanskeliggjøre omsorgen og pleien pasienten får hos sykepleier, fordi slagpasienten ikke klarer å uttrykke behovet for hjelp, og sykepleier trenger kunnskap og erfaring for å se behovet (Sundin mfl. 2000). Om vi ser på historie 1 og 2, vil vi se at den erfarne sykepleier klarte å forstå hva pasienten ønsket, mens vi som sykepleierstudenter misforstod pasientens behov. Hva er det som gjør at noen med erfaring ser dette så tydelig? Ut fra våre refleksjoner rundt disse historiene har vi den oppfatning at dersom man blir kjent med pasienten skaper man et forhold som bedrer forståelsen. Dersom man har utviklet et tillitsforhold kan det være lettere for pasienten å bearbeide sine følelser sammen med sykepleier. Vi undrer oss over om en erfaren sykepleier

har lettere for å danne dette tillitsforholdet, da pasientens behov kanskje lettere blir observert fordi en sykepleier med erfaring har utviklet et "klinisk blikk". Dette går ut på at man ser hele pasienten og pasientens symptomer, forverringer og forbedringer, og klarer å danne et bilde basert på de observasjoner sykepleiere gjør. Sundin mfl. (2000) intervjuet flere erfarne sykepleiere om deres møte med afaspasienter, og her kom det frem at sykepleierne mente det var viktig å se på pasientene som enkeltindivider. På den måten identifiserte de seg med pasientene og satte seg inn i pasientens situasjon. Å behandle slagpasienten som et likeverdig menneske gjorde kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier bedre og dette hadde god effekt på behandlingen. Som nyutdannet tror vi det er viktig å lære av de erfarne sykepleierne, selv om alle lærer gjennom å prøve og feile. Den erfarne sykepleieren sitter inne med mye kunnskap som vi mener er til hjelp for andre sykepleiere og pasienter.

Eide og Eide (2010) nevner tre begreper som ligger til grunne for god kommunikasjon og omsorg. Disse begrepene er empati, fagkunnskap og målorientering. Det at en sykepleier har empati mener vi er viktig for å kunne forstå pasientens følelser og reaksjoner, da empati går ut på evnen til å lytte og evnen til å sette seg inn i en annens situasjon. På lik linje med Martinsen mener vi at god pleie er avhengig av at vi har engasjement og innlevelse i pasientens situasjon. Empati har stor betydning for å kunne oppfatte pasientens følelser og bekymringer som ofte blir kommunisert vagt og indirekte. Kunnskapsmessig må vi forstå hva som skjer med pasienten, og gjennom god kunnskap kan vi betrygge vedkommende. "*Uten tilstrekkelig fagkunnskap vil man ikke være i stand til å oppdage det som er viktig for pasienten*" (Eide og Eide 2010:42). Målorientering er evnen og viljen til å la yrkesrollens målsetting, det å gi god omsorg og hjelp, styre kommunikasjonen. Vi ser på det som viktig å hjelpe pasienten til å sette mål for behandling og rehabilitering. Gjennom å sette mål har både pasient og sykepleier noe å strekke seg etter. Målet kan gi håp og pasienten kan da ved å se framover, redusere følelsen av håpløshet. I sin forskning fant Wibe (1999) at pasientene beskrev det å komme seg etter slaget som oppnåelse av personlige mål. Det at de trodde på de målene de hadde satt seg, og håp om å nå målene, var motiverende faktorer for alle pasientene i rehabiliteringsfasen. Benner og Wrubel trekker frem at man ikke må sette urealistiske mål, da ikke alle pasienter gjenvinner sin normalfunksjon (Konsmo 2003). Videre skriver de at mål er viktig for å ha noe å strekke seg etter. Når pasienten målene vil han oppleve mestring, som også er et sentralt begrep i deres teori. Gjennom å nå mål, får slagpasienten glede, styrke og energi og pasienten får da en følelse av kontroll og mestring som er vesentlig for håpet.

7.3 Hvordan bidrar sykepleier til å redusere følelse av håpløshet?

Et hjerneslag kan være en trussel til selve livet og reaksjonene til denne trusselen er forskjellig fra individ til individ. Noen reagerer med frykt, benektelse, håpløshet, sinne og sorg. I en situasjon som hjelpetrengende står håpet sentralt som en vilje til å kjempe og overleve (Blix og Breivik 2006:97). Elstad forklarer situasjonen som hjelpetrengende i *Maria, Maria....*:

Endelig forstod de hva hun ville, endelig fikk hun hjelp. Men opplevelsen opprører henne, følelsen av hjelpeløshet, av å være helt overlatt til seg selv. Denne ensomheten skremmer. Hun kjenner savnet av ordene som kan hjelpe henne ut av dette. En spiss redsel i henne. Vil ordene finne veien ut av henne igjen, nå fram til dem som er utenfor henne? For de er jo der, alle ordene, inne i henne (1988:84).

I dette sitatet ser vi at Maria, med sin afasi, hadde vansker for å uttrykke seg. Dette gjorde at hun var i en situasjon hvor hun følte seg helt hjelpeløs. Vi mener at hjelpeløshet kan føre til håpløshet, da man i en hjelpeløs tilstand føler seg ensom og ressursløs. Dersom man ikke får hjelp kan dette påvirke følelsen av håp, fordi man blir værende i en situasjon hvor man er avhengig av andre og den hjelpen man får er avhengig av at omsorgspersonene ser behovet. Her må sykepleier bruke sitt kliniske blikk for å se etter behovet hos pasienten og på denne måten redusere hjelpeløsheten slik at han ikke kommer i en håpløs tilstand. Håpet kommer innenfra og gir mening med tilværelsen og er en kraft som gjør mennesket i stand til å mestre vanskelige situasjoner (Blix og Breivik 2006). Dersom pasienten ikke ser tegn til forandringer eller forbedring med tilværelsen, er han preget av håpløshet. Vi mener at en viktig faktor for å redusere håpløshet, er å gi pasienten en følelse av å mestre igjen. Benner og Wrubel mener at det er viktig å håpe for å kunne mestre en situasjon (Konsmo 2003:98). Hvis vi arbeider målbevisst for at pasienten skal mestre en situasjon, vil pasienten oppleve håp. Mange slagpasienter kommer seg ikke ut av "håpløsheten" og utvikler depresjon (Fucetola mfl. 2006). Dersom pasienten er preget av håpløshet, vil han fokusere på nåtiden og dens mangel av håp, mens en pasient som opplever håp vil se positivt på fremtiden og dens muligheter. Sykepleieren har som oppgave å få pasienten til å holde fast ved håpet, og unngå at pasienten opplever håpløshet. Her skriver Wibe (1999) om viktigheten av følelsesmessig støtte i tiden etter slaget, da denne gir mulighet til å ventilere negative følelser. Slik vi forstår Benner og Wrubels teori, er følelser et viktig hjelpemiddel for å kunne fungere optimalt, og sykepleieren må hjelpe pasienten til å finne ut av følelsesregisteret slik at pasienten kan komme seg videre.

Hjerneslag kan sees på som en sykdom for hele familien, da rollene innad i familien blir forandret og familien påvirkes emosjonelt, sosialt, og økonomisk. Pasientene er bekymret for hvordan deres tap vil innvirke på familielivet, og ved at sykepleier tar hånd om pårørende og gir dem informasjon kan de oppleve mestring i situasjonen og de kan hjelpe pasienten til mestring. Dersom omsorgspersonene preges av håpløshet og manglende mestring blir situasjonen verre for pasienten (Wibe 1999). Vi mener derfor at sykepleierne bør være positive hos slagpasienter og oppmuntre pårørende til det samme. Ved sykdom mener vi at pasienten trenger noen å prate med som kan etablere håp for fremtiden. Forskning viser at pårørende og pasienter ønsker informasjon i akutfasen, slik at de vet hvordan fremtiden kan utarte seg og hvor stort funksjonstap man kan forvente (Fucetola mfl. 2006). Det er av betydning at sykepleier tilpasser informasjon som blir gitt, slik at den blir lettfattelig og at pasientens emosjonelle tilstand blir tatt hensyn til. Med dette mener vi at sykepleieren kun gir den informasjonen som er nødvendig dersom pasienten preges av håpløshet. Får pasienten for mye informasjon kan det være forvirrende og kan bidra negativt i rehabiliteringsfasen.

Martinsen sier at målet med pleien er å finne den lidendes livsmot ved at man tar utgangspunkt i pasientens totale livssituasjon (Martinsen 1993:141). Livsmot ser vi på som noe lignende med håp, og dermed det motsatte av håpløshet. Gjennom sin måte å møte pasienten på, ved å skåne ham for påkjenninger og ta vare på hans livsmuligheter, kan sykepleier fremme pasientens livsmot. Vi mener det er viktig å få pasienten til å fokusere på det positive i livet for å gjenvinne livskvalitet. Det å spørre pasienten om humøret, og om de opplever noen spesielle følelsesmessige symptomer, ser enkelte sykepleiere på som vanskelig og ukomfortabelt (Knapp 2010). Sanford (2007) forteller om viktigheten av å være tilstede for å motvirke håpløshet. Her er det viktig at sykepleieren tar opp temaet angående pasientens følelser. Gjennom å diskutere følelser kan sykepleier hjelpe til ved mestring av tap, men her må sykepleier tillate at pasienten uttrykker disse følelsene. I historie 1 uttrykte pasienten sin håpløshet i form av gråt og fortvilelse. Som sykepleierstudent var det vanskelig å oppleve at pasienten hadde det tungt, men da kunnskapene ikke lå til rette var det ikke lett å hjelpe pasienten.

7.4 Hvordan kan sykepleier bruke sine ferdigheter i god kommunikasjon med pasient?

7.4.1 Profesjonell kommunikasjon- verbal og nonverbal

Vår kommunikasjon endrer seg i forhold til om det er pasienter, kollegaer, familie eller venner vi kommuniserer med. Profesjonell kommunikasjon er faglig begrunnet og til hjelp for den andre (Eide og Eide 2010:18). Det å gå inn i en profesjonell rolle, ser vi på som positivt, da vi gir pasienten trygghet i vår fagkunnskap. Om samtalene med pasientene bare hadde dreid seg om været og dagligdagse oppgaver ville nok ikke pasientene følt seg trygge på oss som sykepleiere. Samtidig må vi passe på å ikke bli for profesjonell, slik at vi får et anstrengt forhold til pasientene. Sundin (2002) skriver at dersom man har opparbeidet et tillitsforhold til pasienten kan man bruke humor og være løs i praten. Det å tillate humor i en kriseprosess kan hjelpe både pasient og pårørende til å oppleve håp. Man må passe på at humoren ikke gjør pasienten til latter, men at den skjer på pasientens premisser og når pasienten er klar for det. Gjennom kommunikasjon kan håp skapes, og Benner og Wrubel beskriver at håpet kan overføres mellom to personer i en situasjon (Konsmo 2003:98).

Slik vi ser det er målet med god kommunikasjon å bidra til at pasienten føler mestring og redusere pasientens håpløshet. Hjelpende kommunikasjon bidrar til å skape trygghet og tillit. Om man føler seg trygg på samtalepartneren gjør det at samtalen blir mer personlig, og delt kunnskap mellom de to samtalepartnerne kan gjøre samtalen suksessfull (Hesketh mfl. 2008). Dette kan bidra til at tilværelsen føles mindre håpløs for pasienten, da han tør å uttrykke seg. Effektiv sykepleie- pasientkommunikasjon skal være terapeutisk og fokusere på enkeltindividet (Gordon mfl. 2009). Gjennom god kommunikasjon i yrkesutøvelsen føler vi at de verdier som er nevnt i sitatet fra NSF virkelig gjøres. Begrepet empowerment har stor betydning her, da det innebærer at pasientene får beholde mest mulig makt og kontroll over sin situasjon. Dette ser vi også i Martinsens teori, hvor hun mener at pasienten skal føle kontroll selv i situasjoner der sykepleieren ivaretar flere av pasientens behov. Sykepleier assisterer pasienten til å bidra i beslutningsprosesser og utøver myndighet der dette er naturlig og mulig (Eide og Eide 2010:19). Long mfl. (2002) beskriver at sykepleiere i rehabiliteringsavdelinger har vansker med å styre unna den naturlige omsorgsrollen de er opplærte til. Han skriver at sykepleiere synes det er vanskelig å se på at pasienten strever, og at man derfor ofte trår til for å hjelpe. Ofte avsluttet sykepleierne setningene til pasientene, fordi de ikke likte å se at pasientene strevde med å finne ordene. Som vi ser av historie 2, ble

pasienten irritert og følte at det ble lagt ord i munnen på henne. Pasienten kan bli flau over å ikke svare fort nok eller rett på spørsmålene som blir stilt. Vi ser at det er viktig at pasienten får prøve seg på kommunikasjon uten at vi avbryter eller stiller nye spørsmål. På denne måten vil pasienten oppleve mestring. I en studie utført av Gordon mfl. (2009) kom det frem at slagpasienter med afasi vegret seg over å samtale med sykepleiere, fordi sykepleier ofte avbrøt pasientene da spørsmål skulle besvares. Sykepleierne klarte ikke å se at pasienten slet med å finne ord, og stilte dermed spørsmålet på nytt eller kom med nye spørsmål. Pasientene uttrykte at de følte seg oversett da de ikke fikk tid til å svare for seg, og det ble fort vanskelig med mange spørsmål på en gang. Dette bidrar negativt til håpløshet, da det stilles for mange krav til pasienten som han ikke kan mestre.

Det at pasienten får prøve seg selv, kan redusere følelsen av håpløshet. Gordon mfl. (2009) fant ut at sykepleierne forholdsvis stilte ja/nei spørsmål. Dette kan være hensiktsmessig i de første dagene etter slaget, men det er mindre terapeutisk på en rehabiliteringsavdeling fordi denne type spørsmål ikke utfordrer pasienten til å lete frem gode svar. Tidligere slagpasient Jill Taylor (2006) skriver i sin bok, *Med et slag*, at hun ønsket at sykepleierne skulle stille mer utfordrende spørsmål. Dette fordi hun ønsket å få hjernen tilbake til normalfunksjonen. Måten spørsmålene ble stilt, gjorde at hun følte seg som et barn. Sanford (2007) forteller om viktigheten av å behandle pasienten som en likeverdig voksen, noe Benner og Wrubel også drar fram i sin teori (Konsmo 2003:177). Pasienten er den samme selv om han har hatt et slag, og Benner og Wrubel forklarer at det er tilfeldighetene som rår over hvem som er pasient og hvem som er sykepleiere. Dette er noe vi mener at sykepleiere bør ha i bakhodet når vi utøver omsorgsfull pleie.

Hvis pasienten ikke forstår ord, kan man bruke kroppsspråket for å signalisere og støtte opp om det man verbalt uttrykker. ”*Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende, profesjonell ferdighet som hjelperen anvender gjennom hele hjelpeprosessen*” (Eide og Eide 2010:199). I møte med pasient bidrar nonverbal kommunikasjon til å bygge opp eller bryte ned tillit, trygghet, motivasjon og håp. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst sin nonverbale kommunikasjon fordi en stor del av kommunikasjonen er nonverbal. Gjennom den nonverbale kommunikasjonen signaliserer vi om vi er innstilt på å lytte og hjelpe og dette er avgjørende for at pasienten skal føre seg trygg og ivaretatt. En afasipasient tar i bruk alle tilgjengelige

ressurser under en samtale, dette inkluderer kroppsspråk, toneleie, lyder og de støtter seg ofte til det andre sier (Gordon mfl. 2009). Ofte unngår de øyekontakt med samtalepartneren til de er ferdige med det de har og si, for så å se på samtalepartneren når de forventer et svar (Ibid). Dette kan være et godt tips for sykepleiere å se etter, slik at man ikke avbryter pasienten. Fordi pasienter med afasi ofte har lange pauser mellom det de sier uten at setningen trenger å være over av den grunn, må vi følge med på det nonverbale som blir formidlet. Dersom vi hele tiden hjelper til ved å finne ord kan pasienten føle seg inkompetent og kanskje slutte å prate og dette kan forverre følelsen av håpløshet. Når det gjennom relasjonen er oppstått en åpenhet mellom pasient og sykepleier, er det lettere å forstå hva pasienten ønsker ut fra de signalene han sender (Sundin mfl. 2000). Tveiten (2008) mener at sykepleierne må se på pasientens signaler og være oppmerksom på kroppsspråk, reaksjoner og stemmeleie. Ved at sykepleieren er en god lytter vil pasienten oppleve at han blir sett og hørt, dette kan man oppnå ved å ha blikkontakt og lytte aktivt. Vi mener at sykepleieren gjennom å gi nonverbal respons, som å nikke og smile, viser at hun hører og vil den andre vel. Dersom slagpasienten har problemer med å uttrykke seg verbalt er det viktig at vi som sykepleiere oppmuntrer pasienten til å uttrykke budskapet uten bruk av ord. Klarer pasienten dette, kan det gjøre kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient bedre.

7.4.2 Hvilke hjelpemidler kan sykepleier ta i bruk i kommunikasjon med pasienter med afasi?

Det fins mange kommunikasjonsteknikker man kan benytte som sykepleiere. Noen pasienter kan finne det nyttig å skrive ned sine ønsker (Marshall mfl. 2010). Her kan sykepleiere bidra med hjelpemidler i form av penn, papir og tavle. Nonseid (2000) var lærer og forfatter og så på seg selv som et språkmenneske før hun fikk hjerneslag med afasi. Hun uttrykker at det var lettere å formulere ord skriftlig, fordi hun da hadde lengre tid på seg enn når hun i en samtale måtte finne ordene raskt. For de pasientene som sliter med å forstå sykepleieren, synes vi at sykepleieren kan forsøke å skrive korte setninger på en tavle. Det kan også være hensiktsmessig å bruke bildekort. På denne måten kan pasienten se tegningen og lese ordet under bildet og få en bedre forståelse av hva sykepleieren spør om.

En ide kan være å oppmuntre pasienten til å peke, nikke eller bruke tomlene, slik som pasienten i historie 1. Dette er en grei måte å vise sykepleieren om pasienten har forstått det som skal formidles. Sykepleieren må ikke late som om hun forstår pasienten, dersom hun ikke gjør det. I historie 1 sa sykepleierstudenten at hun ikke forstod, noe som resulterte i at pasienten ytret sin håpløshet da hun ikke fant andre måter for pasienten å formidle problemet på. Kanskje kunne sykepleierstudenten forsøkt en annen forklaringsmåte. Når det gjelder historien om fjernkontrollen og askebegeret trodde sykepleierstudenten at hun forstod hva pasienten ønsket, men det viste seg at hun ikke gjorde det. I begge situasjonene ble vi hjulpet av erfarne sykepleiere som gjennom sin erfaring kom frem til andre formidlingsmåter. For pasienter med afasi kan det være hensiktsmessig om sykepleieren bruker enkle ord og setninger og snakker rolig og tydelig. Pasienten må få ekstra tid til å tenke gjennom og respondere på det som er kommunisert (Sanford 2007). Slagpasienter bruker mye energi på å uttrykke seg og når de er trette eller fortvilet burde ikke sykepleieren tvinge kommunikasjonen, da pasientene kan bli utmattet. Taylor (2006) forteller angående sitt sykehusopphold at hun den første tiden var veldig sliten. Hun følte at de sykepleierne som stresset kommunikasjonen, sugde energi ut av henne og det gjorde at hun ikke ønsket å kommunisere med dem. Vi mener at god kommunikasjon kommer når sykepleier klarer å se pasientens energinivå og legger opp samtalen deretter. Håpløsheten kan på denne måten reduseres, da pasienten ikke blir utmattet. Vi mener dette går ut på å vise omsorg, slik som teoretikerne drar frem som vesentlig i rehabiliteringen (Konsmo 2003, Martinsen 2003).

For at pasientene skal forstå hva som skjer med dem og hva de kan forvente, er det utviklet et hjelpemiddel som heter *Stroke talk* (Cottrell og Davies 2006). Dette er en bok vi mener alle slagpasienter bør ha. Grunnen til at vi liker *Stroke talk* er at den omhandler hele sykehus- og rehabiliteringsoppholdet. Denne boken tar for seg alle undersøkelser, tester, behandlinger og typer terapi pasienten vil komme i kontakt med under sykehusinnleggelsen. Det er forklart på en enkel måte, med bilder og tekst. Dersom denne boken hadde vært tilgjengelig på avdelingen, kunne vi som sykepleiere enkelt ta den frem og bruke den i samtale med slagpasienten. Denne kan også redusere håpløsheten, da pasienten vet hvilke undersøkelser og utfordringer han kan møte. På samme måte som *Stroke talk*, kan en kalender kan være et godt hjelpemiddel for en pasient i rehabilitering, da man kan skrive opp avtaler og rutiner med klokkeslett. Pasienten er dermed forberedt og vet hva som skjer til hvilket tidspunkt.

7.5 Sykepleiers kommunikasjon med pasienter med afasi

Afasi deles inn i forskjellige grupper alt etter hvor stor grad språkforståelsen eller språkproduksjonen er rammet. Benner og Wrubel nevner at den erfarne sykepleieren ser fellestrekkene ved en sykdom, men at de også ser hvordan sykdommen utarter seg individuelt. Det er viktig å finne ut hvilken type afasi pasienten har, fordi dette kan gi en pekepinne på hvordan sykepleier må legge til rette for kommunikasjonen (Sanford 2007). Brocas (motorisk) afasi kalles det når pasienten har bevart evnen til å forstå språket, men har mistet evnen til å uttrykke det han tenker (Eide og Eide 2010:385). Pasienten har problemer med å finne ord, og talen vil være nølende og usammenhengende. Det kan være vanskelig for pasienten å motta store mengder informasjon. Ut fra våre observasjoner mener vi at pasienten i historie 1 hadde denne formen for afasi. Det virket som om pasienten forstod det som ble sagt, men han klarte ikke å uttrykke sine ønsker. I ettertid ser vi at mengden spørsmål som ble stilt fra vår side, var i overkant mange på samme tid og pasienten klarte ikke å sortere spørsmålene fra hverandre. Tålmodighet kommer inn som et sentralt begrep, hvor pasienten får god tid til å svare på det spørsmålet sykepleier har stilt, og sykepleier venter på et svar og lytter oppmerksomt på svaret. På denne måten inkluderes pasienten i samtalen og hans meninger blir hørt.

Ved Wernickes (sensorisk) afasi er mengden og hastigheten på samtalen normal. Samtalepartneren kan ha vansker med å forstå pasienten fordi han kommer med ordflommer uten mening, gjør mange grammatiske feil og kommer med tomme ord, som for eksempel ”du vet”, ”ting” og ”greier” (Marshall mfl. 2010). Disse pasientene vet som regel ikke at de gjør feil, og blir ofte irritert og frustrert når andre ikke forstår hva de ønsker å formidle. Som nevnt i historie 2 bad pasienten om et askebeleg og hun ble tydelig irritert over at den ene av oss ikke forstod henne. Vi mener at denne pasienten har Wernickes afasi, da pasienten selv ikke var klar over de ordfeilene hun gjorde, og hun ble tydelig frustrert da grammatiske feil ble påpekt.

Når det gjelder pasienten i historie 3 er vi usikker på hvilken form av afasi hun hadde, da det ikke kom godt fram i artikkelen. Pasienten klarte ikke å uttrykke sine ønsker, og vi er uvisse på om hun i begynnelsen forstod hva sykepleierne sa. Hun uttrykket sinne og frustrasjon, men det var fordi hun ikke klarte å formulere et svar. Det er mulig at hun hadde en tredje form for

afasi, global afasi. Ved global afasi har pasientene ofte en god situasjonsforståelse, hvor de kan forstå kroppsspråk, tonefall, lukter, døgnrytmer, handlinger og enkle nøkkelord (Eide og Eide 2010).

Det kan være vanskelig å samtale med noen som har språkproblemer. Ofte kan det være pinlig for den med problemet å skulle prate, og da må sykepleier utstråle trygghet og respekt slik at pasienten får motivasjon til å prate. Våre erfaringer er at dersom pasienten får prøve seg frem, og lykkes, vil han føle mestring og dermed mindre håpløshet ved situasjonen. Dette kan være fordi han selv har bidratt til bedring og kanskje føler kontroll ved denne situasjonen, noe som utløser håp for framtidige situasjoner. Vi synes Elstad skildrer dette godt: *”Full av tillit ser Maria opp på han, på et ansikt som utstråler trygghet og varme... Hun kjenner tryggheten som en varm strøm fra hånden som holder hennes”* (1998:93). Dersom sykepleieren selv er usikker i møtet med afasipasienter, kan dette vises for pasienten og det kan oppstå misforståelser. Pasienten kan se at sykepleieren føler seg brydd eller usikker i en situasjon og dette kan føre til at pasienten ikke våger å være oppriktig, for å ikke være til bry eller skåne sykepleieren. Et eksempel på dette kan være at pasienten nikker til at han har det bra, selv om han egentlig har smerter eller andre plager. Elstad (1988) forklarer hvor vanskelig det var å skulle svare på mange spørsmål samtidig og nevner en situasjon hvor hun tok seg til hodet for å vise at hun var sliten. Sykepleieren kom da inn med en hodepinetablett, som hun valgte å svelge for å være snill med sykepleieren og fordi hun ikke orket tanken på å forklare at hun bare var mentalt sliten. Ut fra denne situasjonen ser vi at det er viktig at vi tar oss god tid med pasienten, både til å høre på hva de har å si og å observere hva pasienten uttrykker. Som sykepleier bør vi rette oppmerksomheten mot pasienten, lytte aktivt og bruke våre kommunikasjonsferdigheter for å legge til rette for tillit og trygghet.

Kari Martinsen sier at en god sykepleier våger å stå i situasjonen. Dette utsagnet har stor betydning for oss, da vi mener det er viktig å våge å være nær pasienten. Vi mener det er lov å være usikker i situasjonen, men vi må prøve å vise pasienten at vi er trygg i vår rolle og at vi er der for å hjelpe ham og sammen etablere håp. Vi ser at Benner og Wrubel skriver om nærhet og distanse mellom sykepleier og pasient for å mestre en situasjon (Konsmo 2003:86). Her forstår vi at en god sykepleier skaper nærhet til pasienten, slik at hun lettere kan kjenne pasientens følelser. Selv om det er viktig å være nær pasienten, må sykepleier etablere en

beskyttende distanse til pasienten. På denne måten kommer man nært, men ikke for nært. Sundin mfl. (2000) skriver at sykeleier bør vise med kroppsspråket at hun har tid til pasienten. En enkel måte å gjøre dette på kan være å sette seg ned ved siden av pasienten og få øyekontakt. Ved å sende blandede signaler, som å si at man har god tid når man står med det ene benet utenfor døren, kan man forsterke håpløsheten. Her mener vi det er viktig å signalisere med kroppsspråket at vi vil høre hva pasienten har å si. For afasirammede er det vanskelig i seg selv å samtale, så dersom pasienten ser at sykepleieren har dårlig tid, vil han kanskje ikke orke å bruke de kreftene det tar på å forme setninger. Sykepleieren må ha en viss sosial kompetanse, noe Blix og Breivik beskriver som *"evnen og viljen til å etablere mellommenneskelige relasjoner, og til å gjennomføre og være utholdene i dem"* (2006:82). Dette går ut på at vi i vår sykepleierrolle søker og opprettholder kontakt med våre pasienter, og våger å stå i situasjonen som Martinsen har beskrevet.

Forskning viser at sykepleiere ofte fokuserer på fysisk pleie og at interaksjonen er rutine- og prosedyrepreget, med begrenset sosial og emosjonell interaksjon (Gordon mfl. 2009). Dersom vi er prosedyreorientert tror vi at pasienten og pårørende mister sykepleiers emosjonelle og sosiale støtte. På den andre siden ser vi at Sundin mfl. (2000) drar frem at erfarne sykepleiere verdsetter den følelsesmessige overføringen som kommer gjennom god kommunikasjon. Vår erfaring er at sykepleiere er flinke til å ta seg av emosjonelle behov. Gordon mfl. (2009) drar frem begrepet tidspress som hovedårsak til den begrensede sosiale og emosjonelle kommunikasjonen. I en travel hverdag kan vi forstå at det med mange prosedyrer og arbeidsoppgaver kan bli lite tid som man prioriterer slik at interaksjonen blir mindre viktig. Det er vanskelig å måle det psykiske og emosjonelle, mens man tydelig kan se en fysisk forbedring eller forverring. Derfor er det lettere å behandle dette, da det er det man kan se med det blotte øye. Når pasienten opplever at det blir viet tid til hans emosjonelle behov, kan dette bidra til å redusere håpløshet fordi sykepleieren viser at pasientens følelser er vesentlig.

8.0 AVSLUTNING:

I denne oppgaven har vi tatt for oss pasienter med hjerneslag og afasi, og hvordan god kommunikasjon med sykepleiere kan forbedre deres følelse av håpløshet. Vi har drøftet oppgaven ut fra et hermeneutisk vitenskapssyn, fordi vi mener at dette synet passer best i relasjonen mellom mennesker, og fordi dette synet streber etter å finne svaret på noe som er uklart. Vi har brukt omsorgsteoriene til Kari Martinsen og Benner og Wrubel, fordi vi mener at disse er relevante i sykepleiers møte med afasirammede. Ut fra deres teorier har vi kommet frem til at sykepleiere må tørre å stå i situasjonen og de må ikke være redde for kropps- og blikkontakt. Som sykepleier må man være trygg i sin rolle og ikke vise usikkerhet om det er tilstede. Grunnen til dette kan være at følelsene projiseres over til pasienten og dette kan bremse rehabiliteringen. Vi tror at det tar lang tid å bli sikker i sin rolle som sykepleier og vi har sett på viktigheten med erfaring og det å ha et klinisk blikk. Vi tror at erfaringen vil bygge seg opp over tid, og at man etter hvert vil føle seg tryggere på bakgrunn av erfaringen. Benner og Wrubels tanker om mestring har vi drøftet i oppgaven, og vi mener at håp og mestring går hånd i hånd. Ved å oppleve mestring vil pasienten ha styrket håp for fremtiden.

For å være en god sykepleier må man være bevisst sitt verbale- og nonverbale språk. Her har vi kommet frem til at det er viktig å behandle pasientene som et voksent, likeverdig menneske og ikke som et barn. Vi må tilpasse vår informasjon, og stille få og enkle spørsmål. Dette gjør at pasienten ikke får mer informasjon enn han kan håndtere og det blir enklere for ham å forstå informasjonen som blir gitt. Som sykepleier kan vi hjelpe pasienten til å etablere håp for fremtiden, og dette kan redusere følelsen av håpløshet. Dersom pasienten føler at situasjonen rundt ham er trygg og forutsigbar, vil dette hjelpe på humøret. Det finnes ulike hjelpemidler til personer med afasi og det er vår oppgave å bruke de hjelpemidlene som er tilgjengelig eller eventuelt lage for eksempel bildekort. I det tverrfaglige team må vi være bevisst vår rolle som sykepleiere, og vite hva vi kan få støtte og hjelp til hos de andre i teamet. Gjennom denne oppgaven føler vi at vi har fått svar på vår problemstilling, og vi føler oss bedre rustet til å møte disse pasientene i vårt yrke som sykepleiere.

LITTERATURLISTE:

Pensumlitteratur

- Blix, E.S., Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
- Dalland, O (2007) *Metode og oppgaveskrivning for studenter.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, E., Eide, H. (2010) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hummelvoll, J., K. (2008) *Helt ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Lund, K., Solheim, K. (2006) *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kringlen, E. (2009) *Psykiatri.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N. (2005) *Teoretiske perspektiver på sykepleie I: Kristoffersen, N., Nordtvedt, P., Skaug, E. A. Grunnleggende sykepleie. Bind 4.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nordtvedt, P. (2007) *Klinisk sykepleie - realiteter og utfordringer I: Almås, H. (Red.) Klinisk sykepleie Bind 1.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Mekki, T. E., Tollefsen, S. (2002) *På terskelen. Introduksjon til sykepleie som fag og yrke.* Oslo: Akribe Forlag
- Sand, O., Sjaastav, Ø., V., Haug, E., Bjålie, J. G. (2007) *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Thornquist, E (2006) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmodstad & Bjørke AS
- Walker, J., Payne, S., Smith, P., Jarrett, N. (2007) *Psychology for Nurses and the Caring Professions.* Scotland: McGraw- Hill Open University Press

Wergeland, A., Ryen, S., Olsen, T. G. (2007) *Sykepleie til pasienter med hjerneslag*. I: Almås H. (Red). *Klinisk sykepleie. Bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Selvvalgt litteratur

- Cottrell, S., Davies, A. (2006) *Stroke talk. A communication resource for hospital care*. London: Connect Press (S: 5- 15) 10 Sider
- Elstad, A. K.(1988) *Maria, Maria...* Oslo: H.Aschehoug & Co (S: 65-100) 35 sider
- Fucetola, R., Connor, L. T., Perry, J., Leo, P., Tucker, F. M., Corbetta, M. (2006) *Aphasia severity, semantics, and depression predict functional communication in acquired aphasia*. s.449-461 I: *Aphasiology* 20 (5) [Online] Tilgjengelig fra:
<http://proxy.augie.edu:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009203491&site=ehost-live&scope=site> [5 Januar 2011] 13 Sider
- Gordon, C., Ellis-Hill, C., Ashburn, A. (2009) *The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke*. s.544-553 I: *Journal of Advanced Nursing* 65 (3) [Online] Tilgjengelig fra:
<http://proxy.augie.edu:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010188968&site=ehost-live&scope=site> [5 Januar 2011] 10 Sider
- Helsedirektoratet (2010) *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Andvord Grafisk AS (S:1-19) 19 Sider
- Hesketh, A., Long, A., Patchick, E., Lee, J., Bowen, A. (2008) *The reliability of rating conversation as a measure of functional communication following stroke*. s.970- 984 I: *Tidsskriftet Aphasiology* 22 (9) [Online] Tilgjengelig fra:
<http://proxy.augie.edu:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009978215&site=ehost-live&scope=site> [5 Januar 2011] 14 Sider
- Håkonsen, K.M (2003) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (S:295- 311) 16 Sider
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS (S:168-182, 199-215) 30 Sider

- Knapp, P. (2010) *Mood and behavioral changes* I: Williams, J., Perry, L., Watkins, C. *Acute stroke nursing*. United Kingdom: John Wiley & sons, Ltd. Publication
(S:205-219) 14 Sider
- Konsmo, T. (2003) *En hatt med slør... Om omsorgens forhold til sykepleie- en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: Tano Aschehoug AS (S:79-98, 172-176) 23 Sider
- Lanza, M. (2006) *Psychological impact of stroke: A recovering nurse's story*. s.765-774
I: *Mental Health Nursing* 27 [Online] Tilgjengelig fra:
http://content.ebscohost.com/pdf18_21/pdf/2006/B9F/01Aug06/21807812.pdf?T=P&P=AN&K=21807812&S=R&D=afh&EbscoContent=dGJyMNLe80Seqa84y9fwOLCmr0mep rVSr664TLGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzX8I7n4bmF39%2FsU%2BPe7Yvy
[31. Mars 2011] 10 Sider
- Long, A. F., Kneafsey, R., Ryan, J., Berry, J. (2002) *The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team*. s.70-78 I: *Journal of Advanced Nursing* 37 (1)
[Online] Tilgjengelig fra:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&hid=24&sid=bebabe01-547d-4133-b77d-47f55b339c02%40sessionmgr10&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2002043467> [21. Mars 2011] 9 Sider
- Marshall, J., Hilari, K., Cruice, M. (2010) *Communication* I: Williams, J., Perry, L., Watkins, C. *Acute stroke nursing*. United Kingdom: John Wiley & sons, Ltd., Publication
(S:184-204) 20 Sider
- Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: TANO (S:138-157) 19 Sider
- Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: Universitetsforlaget
(S:14-34,67-79) 32 Sider
- Nonseid, K. B. (2000) *Etter slaget. Om å være pasient og helt menneske, med en alvorlig diagnose*. Ungarn: Libretto Forlag (S:14-42) 28 Sider

- Norsk Sykepleierforbund (2008) *NSFs yrkesetiske retningslinjer og ICNs etiske regler*
 [Online] Tilgjengelig fra:
<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf> [18. Februar 2011] 38 Sider
- Nylenna, M (2009) *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget Askehaug og Gyldendal
 (S: 16 og 43) 2 Sider
- Sanford, J. T. (2007) *Nursing management. Stroke I*: Lewis, S. L., Heitkemper, M. M., Dirksen, S. R., O'Brien, P. G., Bucher, L. *Medical – Surgical Nursing. Assessment and Management of Clinical Problems*. St. Louis, USA: Mosby Elsevier Inc.
 (S:1502-1526) 24 Sider
- Sundin, K., Jansson, L., Norberg, A. (2000) *Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words*. s.481-488 I: Journal of Clinical Nursing 9 (4) [Online] Tilgjengelig fra:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&hid=24&sid=bebabe01-547d-4133-b77d-47f55b339c02%40sessionmgr10&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=20010> [21. Mars 2011] 8 Sider
- Taylor, J. B. (2006) *Med et slag, hjerneforskerens reise fra hjerneslag til ny innsikt*. Trondheim: Cappelen Damm AS (S: 60-123) 63 Sider
- Wibe, Torunn (1999) *Stress og mestring etter hjerneslag*. Publikasjonsserie 3/1999. Oslo: Akademika AS (S:32-42) 10 Sider

Sum selvvalgt litteratur: 447 Sider