

SY180H 000 Bacheloroppgave i sykepleie

Tema: Hjerneslag og afasi

Kandidatnummer: 315

Antall ord: 9328

Dato for innlevering: 27.04.2012

Fordord

For en del år siden skrev jeg et dikt hvor den ene strofen lyder slik:

En verden uten latter

En verden uten smil

En verden uten ord

Det er undergang, uten tvil

Tanken på å miste ordene mine, var utenkelig. Hvordan skulle jeg da kommunisere? Hvordan kunne jeg fått fram mine følelser, tanker og meninger? På hvilken måte skulle jeg fått formidlet det jeg ønsket å si, slik at mottakeren forsto?

I et annet dikt fra samme tidsrom har jeg skrevet:

Ord som pisker

Stemmer som hvisker

Ord sårer mer enn våpen

Det er de som holder oss våken

Jeg føler at denne strofen forklarer mye om hvor mye ord betyr for oss. Vi bruker ord hver dag. Kommuniserer med dem, formidler følelser og tanker på godt og vondt. Vi bruker ordene våre til å formidle ønskene våre. Vi bruker de for å uttrykke vår identitet. Hva gjør vi da den dagen vi ikke lenger har alle ordene tilgjengelig?

Communication After Stroke

By Vaughn Stone

Word

Can I have a word with you?

*For one or two words will have
to do, the place of words unspoken
in the quiet anguish of aphasia.*

*I try to fire on a target
only to discover it replaced by
multiple targets in the conversations of others.*

*People offer many alternatives,
because they can, and in their discomfort, must.*

*Silence is apparently too much to bear,
especially silence wasted on finding the
right word among painfully close,
but inappropriate choices.*

*Besides, who wants to talk to a 6-year-old
inhabiting the mind of a 60-year-old man?*

*To do so requires great courage,
thinking of yourself as vulnerable,
that it could be you instead.*

*If you have such courage,
can I have a word with you?*

(Stone, 2004)

Innholdsfortegnelse

Fordord	1
Communication After Stroke	2
1.0 INNLEDNING	5
1.1 Introduksjon av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling	6
1.3 Oppgavens oppbygging.....	6
2.0 METODE	8
2.1 Hva er metode?.....	8
2.1 Valg av metode.....	8
2.2 Litteratursøk og søkeord.....	8
2.3 Kildekritikk	9
2.4 Etske overveielser	11
TEORIDEL	12
3.0 HJERNESLAG.....	12
3.1 Apoplexia cerebri	12
3.2 Symptomer og tegn	12
3.3 Afasi	12
3.3.1 Generelt om afasi	12
3.3.2 Ulike typer afasi	13
4.0 KOMMUNIKASJON.....	14
4.1 Generelt om kommunikasjon	14
4.2 Non- verbal kommunikasjon	14
5.0 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI	15
5.1 Sykepleiedefinisjon	15
5.2 Kommunikasjon i Travelbees sykepleieteori	15

DRØFTINGSDEL.....	17
6.0 HVORDAN OPPLEVES DET Å VÆRE RAMMET AV AFASI?	17
7.0 HVORDAN KAN JEG SOM SYKEPLEIER GJØRE MEG FORSTÅTT OVERFOR PASIENTEN?	19
7.1 Kunnskap om pasienten, og vedkommendes oppfatning av å være afasirammet	19
7.2 Holdninger rundt pasienten som samtalepartner	20
7.3 Hvilke samtaleteknikker er det viktig å ha kunnskaper om i samtale med en afasirammet pasient?	22
7.4 Hvordan brukes non-verbal kommunikasjon i møte med den afasirammede?	24
8.0 HVORDAN KAN JEG SOM SYKEPLEIER FORSTÅ HVA PASIENTEN FORMIDLER TIL MEG?	25
8.1 Ulike elementer som har betydning for pasientens evne til å samtale	25
8.2 Hvordan tolke pasientens non-verbale kommunikasjon?.....	28
8.3 ”Jeg føler det pasienten føler, og handler ut fra følelsene mine”	29
9. 0 AVSLUTNING	31
LITTERATURLISTE	32
Pensumlitteratur	32
Selvvalgt litteratur	32

1.0 INNLEDNING

1.1 Introduksjon av tema

Dette er en bacheloroppgave i sykepleie, som er en avsluttende oppgave for sykepleierutdanningen. Jeg har valgt et tema som interesserer og engasjerer meg, og ser på denne oppgaven som en unik mulighet for å lære mer om dette temaet.

Å forstå - og bli forstått.

I denne oppgaven har jeg valgt å skrive om kommunikasjon med afasirammede pasienter. Tittelen "å forstå - og bli forstått" gjenspeiler det jeg ønsker å formidle i denne oppgaven; hvordan kan vi forstå pasienter som er rammet av afasi, og hvordan kan vi gjøre oss forstått overfor disse pasientene?

I Norge rammes lever det i dag ca 11 000 – 16 500 personer med afasi. Dette er et stort antall mennesker, og viser at det er stor sannsynlighet for at sykepleiere møter afasirammede pasienter i løpet av sin karriere. Siden slag er en av hovedårsakene til seriøs og langvarig funksjonshemming hos voksne, har denne pasientgruppen ofte kontakt med helsevesenet (Nordehn, Meredith, & Bye, 2006). Disse pasientene kan vi møte på sengepost og poliklinikk på sykehus, samt i kommunehelsetjenesten.

Jeg har i løpet av min tid som sykepleierstudent møtt flere pasienter som av ulike grunner har mistet sin taleevne, eller fått den betydelig redusert. Jeg har i disse situasjonene observert sykepleierne og annet helsepersonell i deres samspill med de aktuelle pasientene, og deres måte å kommunisere på. Jeg har ofte sittet igjen med en følelse av at sykepleieren og pasienten kommuniserte dårlig sammen, og hadde liten forståelse for hva den andre parten ønsket å fortelle eller formidle i samtalen.

Ut fra mine observasjoner har jeg inntrykk av at sykepleierne ofte blir usikre i relasjoner hvor pasienten har nedsatt taleevne. Jeg har inntrykk av at denne usikkerheten ofte bunner i at sykepleieren ikke har alternative kommunikasjonsformer, når pasienten ikke kan kommunisere verbalt med et fullkomment ordforråd.

Som sykepleier mener jeg at alle skal ha et ønske, og tilstrekkelige kunnskaper, til å gå inn i relasjoner med disse pasientene. Jeg valgte derfor dette temaet i denne oppgaven. Jeg har et ønske om at alle sykepleiere i framtiden skal ha kunnskaper og evner til å forstå og gjøre seg

forstått. Formålet med denne oppgaven er å innhente kunnskap om hvordan sykepleiere kan kommunisere med pasienter som er rammet av afasi.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Da jeg skulle komme fram til en problemstilling innenfor temaet mitt, var det viktig for meg at den var så tydelig som mulig. Jeg ønsket at det skulle komme klart fram i problemstillingen at det ikke bare er jeg som sykepleier som skal forstå hva pasienten prøver å fortelle meg, men også at jeg må gjøre meg forstått overfor pasienten. Problemstillingen min er som følgende:

Hvordan kan jeg som sykepleier formidle det jeg ønsker å si på en slik måte at det blir forstått av en pasient som er rammet av afasi? Og hvordan kan jeg forstå hva pasienten ønsker å formidle til meg?

Spørsmål knyttet til problemstillingen kan være:

- Er holdninger viktig når vi skal samtale med afasirammede pasienter?
- Hvordan brukes non-verbal kommunikasjon?
- Er miljøfaktorer viktig når vi skal samtale med disse pasientene?

Da dette er en oppgave med begrenset omfang, har jeg måtte avgrense problemstillingen. Jeg har valgt å fokusere på voksne mennesker som har blitt rammet av afasi etter hjerneslag. Jeg har ingen avgrensning når det gjelder hvor vi møter pasientene, oppgaven kan derfor gjelde pasienter både i sykehus og kommune.

1.3 Oppgavens oppbygging

Jeg har brukt boken "Metode og oppgaveskriving for studenter", skrevet av Dalland (2007) både oppgaveteknisk og som bakgrunn for oppgavens oppbygging.

I kapittel 2 har jeg skrevet om metoden jeg har brukt i oppgaven. Her har jeg også skrevet om litteratursøk, kildekritikk og etiske overveielser.

Kapittel 3, 4 og 5 er teori om hjerneslag og afasi, kommunikasjon og Joyce Travelbees sykepleieteori.

Jeg har delt drøftingsdelen inn i 4 kapitler. Kapittel 6 omhandler pasientens opplevelse av å være rammet av afasi. I kapittel 7 drøfter jeg hvordan jeg som sykepleier kan gjøre meg forstått overfor en afasirammet, og i kapittel 8 drøfter jeg hvordan jeg kan forstå hva pasienten formidler til meg. I drøftingsdelen vil jeg ta med eksempler fra egen erfaring.

Kapittel 9 er avslutningskapitlet mitt, hvor jeg reflekterer over hva jeg har lært i denne skriveprosessen, og om oppgaven ble som forventet.

Antall ord: 9328

2.0 METODE

2.1 Hva er metode?

Vitenskap og metode henger sammen. Tranøy (1986) sier at å være vitenskapelig er å være metodisk. Metoden sier noe om hvordan vi bør gå fram for å framskaffe eller etterprøve ny kunnskap (Dalland, 2007). Vilhelm Aubert sier at:

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 et arsenal av metoder (Dalland, 2007, s. 83)

2.1 Valg av metode

For å finne svar på min problemstilling 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 overfladisk framstår som uklart og kaotisk (Dalland, 2007). Ved hjelp av hermeneutikken, vil jeg finne svar på problemstillingen min, ved å studere litteratur.

Metoden er redskapet vårt når vi skal undersøke noe. Det hjelper oss til å samle inn den informasjonen vi trenger i undersøkelsen vår (Dalland, 2007).

Jeg har valgt litteraturstudie som metode i denne oppgaven. Litteraturstudie er en kvalitativ metode, da jeg søker i litteratur for å finne data som kan karakterisere et fenomen, nemlig hvordan sykepleiere kan snakke sammen med en pasient som er rammet av afasi. Dalland (2007) sier at den kvalitative metoden fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle i tall. Ordet kvalitet viser til egenskaper ved fenomener, og kvalitativ metode bidrar til å finne data som kan karakterisere et fenomen.

2.2 Litteratursøk og søkeord

For å finne litteratur til mitt litteraturstudie søkte jeg i Scopus i universitetets bibliotekbase. De fleste artiklene jeg fant, lå i en base som heter Wiley Online Library. Søkeordene jeg brukte og som ga flest treff var: aphasia, approach, communication, nurse og understanding.

Artiklene jeg fant i mitt litteratursøk, som jeg har valgt å bruke er; Karin Sundin m.fl (tre artikler): "Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: A

phenomenological hermeneutic inquiry”, ”Communicating with people with stroke and aphasia: Understanding through sensation without words” og ”’Understanding and being understood’ as a creative caring phenomenon – In care of patients with stroke and aphasia”. Glenn Nordehn m.fl har skrevet ”A preliminary Investigation of Barriers to Achieving Patient-Centered Communication with Parents Who Have Stroke-Related Communication Disorders”. Den siste artikkelen jeg fant relevant er ”The use of conversational analysis: Nurse-patient interaction in communication disability after stroke”, skrevet av Clare Gordon m.fl.

I tillegg til å søke i skolens databaser, søkte jeg også i skolens bibliotekskatalog. Her fant jeg flere relevante bøker, blant annet Margit Corneliussen m.fl ”Afasi og samtale. Gode råd om kommunikasjon”. Eli Qvenild m.fl har skrevet boken ”Afasi – et praksisrettet perspektiv”. Denne boken, samt Travelbees ”Interpersonal aspects of nursing”, fant jeg ved å se i hyllene på skolens bibliotek. Anne Karin Elstads bok ”Maria, Maria” ble jeg oppmerksom på, etter at veileder tipset meg om boken.

Jeg har også søkt i pensumlitteratur etter relevant fagstoff, blant annet valgte jeg å bruke Eide og Eides ”Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, og etikk”.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Vi vurderer og karakteriserer kildene som benyttes (Dalland, 2007). Da jeg lette etter litteratur som jeg ønsket å bruke i min oppgave, hadde jeg fokus på at innholdet skulle være relevant i forhold til min problemstilling, eventuell forskning skulle være pålitelig og jeg har søkt å bruke mest mulig primærlitteratur (den opprinnelige utgaven av en tekst). Jeg søkte også å lete litteratur som var nyere enn 2005.

Det er lite forskning som omhandler kommunikasjon med afasirammede pasienter, noe flere av artiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven påpeker. Jeg fant to artikler skrevet i 2006 og 2009, men har også valgt å bruke tre artikler som er publisert i 2001 og 2002. Jeg fant disse artiklene relevant i forhold til min problemstilling, på tross av at er av noe eldre dato. Jeg mener at forskningen er pålitelig og aktuell selv i dagens samfunn. Det er ikke kommet noe banebrytende teknologi de siste ti årene som kan bedre kommunikasjon med denne pasientgruppen, og jeg mener at vi kommuniserer på samme måte i dag, som for ti år siden.

Jeg har brukt en fagartikkel skrevet av Fjærtoft og Indredavik (2007), som jeg har brukt for å finne statistikk på antall afasirammede. På tross av at dette er sekundærlitteratur, mener jeg den er pålitelig, blant annet da artikkelen ble publisert i Tidsskriftet for Den norske Legeforening, som er et anerkjent fagtidsskrift.

Videre har jeg funnet to bøker jeg har valgt å bruke. Boken "Afasi – et praksisrettet perspektiv" (Qvenild, 2010), er hovedsaklig rettet mot logopedutdanningen, men også relevant for min oppgave. Corneliussen m.fl har i samarbeid med Bredtvet Kompetansesenter gitt ut boken "Afasi og samtale. Råd om kommunikasjon". Dette er en bok rettet mot familie, pårørende, pasienter og helsepersonell. Boken er skrevet av fire logopeder, og en språkforsker. Jeg fant derfor boken pålitelig. Boken er også av nyere dato (2006).

Jeg har brukt en skjønnlitterær bok, Elstads (1988) "Maria, Maria". På tross av at den er av eldre dato er den relevant, da forfatteren selv har gjennomgått slag, og hun skildrer svært godt hvordan det oppleves å bli rammet av afasi.

Jeg har brukt noe pensumlitteratur. Jeg valgte å bruke Travelbees "Interpersonal aspects of nursing", i stedet for pensumlitteratur som omhandlet Travelbee, da jeg søkte å bruke primærlitteratur.

Til slutt har jeg valgt å bruke fem forskningsartikler. Nordehn m.fl har brukt to metoder i artikkelen; litteraturgjennomgang og fokusgruppe-intervju. Dette gjør at artikkelen inneholder både primær- og sekundærlitteratur. Gordon m.fl har gjort en observasjonstudie hvor sykepleiere er blitt observert sammen med pasienter med afasi. Sundin m.fl (2001) har intervjuet sykepleiere om en situasjon hvor de hadde opplevd god kommunikasjon med en afasirammet. Sundin m.fl, begge fra 2002, har filmet sykepleiere sammen med afasirammet pasient. I begge artiklene blir sykepleieren intervjuet i etterkant.

Alle artiklene inneholder sekundærlitteratur hvor de henviser til andre forfattere, spesielt i metoddelen. Selve forskningen og funnene er primærlitteratur, og jeg fant alle artiklene pålitelige og relevante. Jeg er derimot kritisk til at alle observasjonsstudiene er gjort på en sykehusavdeling, og jeg har inntrykk av at dette har preget forskningen. Kommunikasjonen som foregikk omhandlet mye rundt sykepleieoppgaver, som stell, medisiner o.l. På tross av dette kommer det godt fram i forskningen hvordan sykepleiere effektivt kan kommunisere med denne pasientgruppen. Når sykepleierne i etterkant har blitt intervjuet, har de også

reflektert over andre situasjoner hvor de har kommunisert godt med pasienter, noe som gir flere funn i forskningen, samt underbygger tidligere funn.

2.4 Ethiske overveielser

Jeg skal i denne oppgaven bruke litteratur skrevet av andre, samt pasienthistorier fra egen praksis. Det er da viktig med etiske overveielser. I forhold til kildebruk, er det viktig at jeg ikke trekker ut enkeltpoenger, løsrevet fra sammenhenger, men bruker kilden i sin helhet. Jeg må heller ikke legge til holdninger og synspunkter som ikke er reelle. Dette sikrer jeg meg ved å være kritisk overfor kildene jeg velger å bruke, samt gjøre det tydelig i teksten når jeg selv tolker kilden (for eksempel skrive: ”jeg tolker det slik at..”).

I forhold til at jeg skal bruke pasienthistorier i min oppgave, har jeg informert de det gjelder. Jeg har lovet anonymisering. Jeg anonymiserer også praksisplasser og institusjoner som blir nevnt i oppgaven.

TEORIDEL

3.0 HJERNESLAG

3.1 Apoplexia cerebri

Apoplexia cerebri, også kalt hjerneslag, oppstår når deler av hjernen helt eller delvis mister sin blodforsyning. Dette kan skje ved trombose, emboli eller blødning i arterier som forsyner hjernen. De affiserte cellene får for lite oksygen til å kunne fungere, og etter noen timer vil cellene skades og etterhvert dø (Wergeland, Ryen, & Olsen, 2001).

15 % av alle dødsfall i Norge skyldes hjerneslag. Arteriosklerose (avleiring i arterieveggen), høyt blodtrykk og hjertesvikt forekommer ofte samtidig med hjerneslag (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes, & Røise, 2009).

Årlig rammes 14 000 - 15 000 personer i Norge av hjerneslag (Fjærtøft & Indredavik, 2007). Hjerneslag rammer oftest eldre, men kan også ramme unge. Hjerneinfarkt er årsak til 80 % av hjerneslagene, mens hjerneblødning er årsak til 15 % (Jacobsen m.fl, 2009).

3.2 Symptomer og tegn

Lammelser i ekstremiteter rammer motsatt side av den delen av hjernen som er rammet, og pasienten får nedsatt muskelkraft (parese) i armer og bein. Pasienten kan også bli helt uten muskelkraft (paralyse). Nedre del av ansiktet kan også bli rammet, og pasienten får en skjevhet rundt munnen. Følelsen i den lamme kroppsdelen kan bli redusert eller helt fraværende. Pasienten kan også få svelgvansker, dysfagi, som følge av lammelser i svelgmuskulaturen. Også hosterefleksen kan være redusert (Jacobsen m.fl, 2009).

3.3 Afasi

3.3.1 Generelt om afasi

Talesenteret hos de fleste mennesker ligger i venstre side i hjernen. Dersom dette rammes, får pasienten afasi (manglende taleevne), eller dysfagi (redusert taleevne) (Jacobsen m.fl, 2009). Jeg vil ikke gå inn på dysfagi i denne oppgaven, men derimot kun fokusere på afasi.

20 - 30 % av alle slagpasienter rammes av afasi i en eller annen form. Dette betyr at årlig rammes 2800 - 4500 personer av afasi. Det forventes at antall hjerneslag vil øke med 50 % de neste 25 årene, da antallet eldre vil øke. Det er beregnet at det lever ca 55 000 personer i

Norge som har gjennomgått hjerneslag. Dette kan gi oss et tall på ca. 11 000 - 16 500 personer som lever med afasi i Norge i dag (Fjærtøft & Indredavik, 2007).

3.3.2 Ulike typer afasi

Det fins ni ulike typer afasi, men jeg vil i denne oppgaven bare gå inn på de tre av de vanligste typene. De fleste pasienter har en kombinasjon av ulike former for afasi (Wergeland m.fl, 2001). Felles for alle typene afasi jeg skal nevne, er at lese – og skrivevansker opptrer i ulik grad.

Brocas afasi, også kalt Motorisk (ekspressiv) afasi, er skader i fremre språkområde og fører til vansker med å uttrykke seg. Talen kan være oppstykket med pauser, og bokstaver kan bli blandet. Ord kan bli forvansket, og pasienten kan ofte bare si ja og nei, og enkelte fraser og faste uttrykk. De faste uttrykkene kan ofte være banning (Wergeland m.fl, 2001). Enkeltord uttales anstrengt og nølende, og setningsoppbyggingen er enkel med dårlig grammatikk. Pasienten må ofte lete etter ord, og har vansker for å gjenta ord og setninger. Substantiv er lettere å finne fram for dem enn verb (Qvenild, Haukeland, Haaland-Johnsen, Knoph, & Lind, 2010).

Wernickes afasi, også kalt sensorisk (impressiv) afasi, er vansker med å forstå tale. Skaden ligger i bakre språkområde i hjernen. Pasienten kan ha en strøm av tale, men ofte er innholdet uforståelig (Wergeland m.fl, 2001). Pasienten har variert grad av grammatikkbruk. Ord blir ofte forvekslet, og pasienten kan danne nye ord. Pasienten er ofte ikke klar over de språklige feilene, og har også nedsatt evne til å gjenta og benevne ord (Qvenild m.fl, 2010).

Global afasi (Total afasi) er problemer med alle former for språklig funksjon. I dette tilfellet er det omfattende skader i språkområdet i hjernen. Pasienten har problemer med å uttrykke seg, samt forstå tale. Ofte bruker pasienten kun meningsløse enstavelsesord eller banneord (Wergeland m.fl, 2001).

4.0 KOMMUNIKASJON

4.1 Generelt om kommunikasjon

Kommunikasjon er å ha noe felles, delaktiggjøre noen, ha en forbindelse med. Profesjonell kommunikasjon hører til vår yrkesrolle som sykepleiere. Profesjonell kommunikasjon bør være hjelpende, det vil si faglig velbegrunnet og til hjelp for den andre (Eide & Eide, 2007).

Eide og Eide definerer kommunikasjon som ”utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter” (Eide & Eide, 2007, s. 17). Raaheim sier at å kommunisere er å skape. Gjennom samhandlingen som finner sted, skapes nye forutsetninger som gjør det mulig å ha noe til felles (Raaheim, 2002).

Raaheim påpeker også at det i en kommunikasjonsprosess er utveksling av tegn mellom to eller flere parter. Han sier at vi har en sender og en mottaker. Senderen har et budskap som vedkommende ønsker å formidle. For at mottaker skal oppfatte dette budskapet, koder han det, slik at det blir forståelig for mottakeren. Mottakeren må være i stand for å gjøre en avkoding for at budskapet skal være meningsfull. Mottaker sender så feedback tilbake til senderen om hvordan budskapet er oppfattet. På denne måten kan senderen rette opp eventuelle misforståelser, endre sitt budskap og formidle det på en annen måte (Raaheim, 2002).

4.2 Non- verbal kommunikasjon

Kommunikasjon kan være ikke-verbal (non-verbal). Formidlingen skjer da via kroppsspråk, mimikk, gester, holdning etc. Også øyekontakt, kroppsstilling og fysisk avstand går under ikke-verbal kommunikasjon og har stor betydning for hvordan mottakeren oppfatter vårt budskap (Raaheim, 2002). Eide og Eide bekrefter også at denne typen kommunikasjon har stor betydning for oppfattelsen av vårt budskap, og at det ofte kan være tydeligere og mer direkte enn mange ord (Eide & Eide, 2007).

Raaheim sier at hvorvidt vi blir forstått ofte kan være mer avhengig av fantasi og mot enn av gode verbale språkferdigheter. Om dette sier han ”Fantasi til stadig finne nye måter å ”si” ting på, og mot til å faktisk ”si” det på nytt og på nytt” (Raaheim, 2002, s. 192).

5.0 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI

Joyce Travelbee ble født i USA i 1926 og har arbeidet som psykiatrisk sykepleier. Hun er spesielt opptatt av mellommenneskelige forhold i sykepleien, og hennes filosofi og sykepleieteori har hatt stor innflytelse innenfor norsk sykepleierutdanning (Kristoffersen, 2005).

5.1 Sykepleiedefinisjon

Travelbee sier at det er sykepleierens oppgave å skape et menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Sykepleier og pasient skal møte hverandre i en relasjon hvor begge parter opptrer som to unike mennesker, og ikke i roller som sykepleier og pasient (Travelbee, 1971).

Travelbee definerer sykepleie slik:

Nursing is an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assists individual, family, or community to prevent or cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to find meaning in these experiences (Travelbee, 1971, s. 7).

Travelbee sier her at sykepleierens oppgave er å hjelpe et individ til å finne mening i de erfaringene vedkommende har etter å ha gjennomgått sykdom og lidelse. Sykepleieren skal gjennom en mellommenneskelig prosess hjelpe til med å mestre disse erfaringene.

Travelbee mener at det trengs mer sykepleieforskning for å finne en klar definisjon på helse. Dette sier hun fordi subjektiv helse er individuelt. Hun sier at "a person is as healthy as he perceives himself to be at any given time" (Travelbee, 1971, s. 9). Videre sier hun at mennesker definerer egen helse ulikt. Noen kan oppleve god helse dersom de er i stand til å jobbe, eller utføre daglige gjøremål. Hun mener også at en person kan oppleve god helse, på tross av en diagnostisert lidelse. Motsatt kan også dårlig helse oppleves, på tross av manglende diagnose (Travelbee, 1971). Dette påpeker også Kristoffersen, og sier at et menneske kan oppleve fravær av helse selv om det ikke foreligger en medisinsk diagnose. Kristoffersen har også oppfattet at Travelbee ikke har noen klar definisjon av begrepet helse, men sier at hvert enkelt menneske er så sykt eller friskt som det føler seg. (Kristoffersen, 2005).

5.2 Kommunikasjon i Travelbees sykepleieteori

Travelbee sier at kommunikasjon forekommer hele tiden i relasjonen mellom sykepleier og pasient, selv når begge parter er stille. Hun vektlegger at vi kommuniserer non-verbalt med hverandre, og at vi ikke alltid vet at det foregår en kommunikasjon. Hun vektlegger at

sykepleieren må være i stand til å forstå meningen med det pasienten kommuniserer til oss, samt bruke denne informasjonen til å planlegge sykepleietiltak (Travelbee, 1971).

Sykepleieren må også være i stand til å forstå at det foreligger kommunikasjon og hva som blir kommunisert i situasjonen. Hun sier at det karakteristiske med kommunikasjonen er at sykepleieren møter behovet til pasienten. Travelbee beskriver kommunikasjon slik også Raaheim gjorde, nemlig at det er en prosess med en sender og mottaker og at meningen må forstås av de involverte (Travelbee, 1971).

Om kommunikasjon sier Travelbee:

A major assumption of this work, then, is that communication is a process which can enable the nurse to establish a human-to-human relationship and thereby fulfill the purpose of nursing, namely, to assist individuals and families to prevent and to cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to assist them to find meaning in these experiences (Travelbee, 1971, s. 93).

DRØFTINGSDEL

6.0 HVORDAN OPPLEVES DET Å VÆRE RAMMET AV AFASI?

Pasienter som har opplevd hjerneslag, gjennomgår en ny og krevende fase når vedkommende blir skrevet ut av sykehuset til hjemmet (eller annen bolig). Livet vil ikke bli som før, og pasienten og familien må prøve å gjenskape livet så godt som mulig. Mange av disse kan oppleve fortvilelse, og angst og depresjon er vanlig hos denne pasientgruppen (Kirkevold, 2007). Depresjon kan påvirke motivasjon, innsats og konsentrasjonsevnen, noe som kan ha negativ innvirkning på kommunikasjonen (Nordehn, Meredith, & Bye, 2006). Wergeland m.fl (2001) påpeker at også emosjonell labilitet er et problem for mange etter hjerneslag.

Afasi er en vanskelig konsekvens av hjerneslag. Vurdering av språkvanskene og gjenopptreningen av språket er en langsom og tidkrevende prosess. Den afasirammede står i fare for å bli sosialt isolert, grunnet kommunikasjonsvansker (Kirkevold, 2007). Elstad skildrer denne isolasjonen og ensomheten; ”Intenst kan Maria føle dette. Stillheten, kulden og ensomheten” (Elstad, 1988, s. 77). Andre mennesker kan oppleve det vanskelig å kommunisere med den afasirammede, og selv profesjonelle helsearbeidere føler seg utilstrekkelig i møte med denne pasientgruppen (Kirkevold, 2007).

Jeg har selv hatt pårørende som har fått hjerneslag, etterfulgt av afasi. Vi hadde store kommunikasjonsvansker i starten, og det var tydelig at vedkommende ble isolert fra omverdenen. Denne isolasjonen skyldtes problemer med å snakke, forstå, samt å lese og skrive.

Også pårørende blir berørt av afasi, og samspillet mellom familiemedlemmene kan bli berørt som følge av kommunikasjonsvansker (Kirkevold, 2007). Elstad (1988) beskriver i sin bok at Maria, som brått får hjerneslag og afasi, kunne se redselen i øynene til de pårørende. Som sykepleier ser jeg at det er viktig å også ivareta pårørende i en slik situasjon. Pårørende må få informasjon og råd om hvordan de kan kommunisere med pasienten. Kirkevold (2007) påpeker at alvorlig sykdom, slik som hjerneslag, kan forverre tidligere konflikter og samspillsproblemer i en familie, men også bringe dem nærmere hverandre. Det er derfor viktig å ikke glemme pårørende til den afasirammede.

Maria har ofte besøk av sine pårørende, og når hun begynner å prate litt til dem, sier hun gale ord. Hun fylles med fortvilelse, for det er ikke de ordene som er inne i hodet hennes. Hun føler seg hjelpsløs. Hun føler seg innestengt i et glassbur, hun hører og sanser virkeligheten

føler seg hjelpsløs. Hun føler seg innestengt i et glassbur, hun hører og sanser virkeligheten utenfor, men kan ikke nå fram til dem. Hun bruker alle kreftene på å kommunisere til dem med øynene, men ingen ser det. Hun føler seg full av takknemlighet når omverden derimot forstår henne, og hjelper henne. På tross av det føler hun seg ensom og overlatt til seg selv (Elstad, 1988). Hun sier 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 frem til dem som er utenfor henne? For de er jo der, alle ordene, inni henne (Elstad, 1988, ss. 84-85)

Når Maria blir i stand til å forme korte setninger og flere ord, former hun ordene på leppene sine, men hun tør ikke si dem høyt, hun er redd det ikke skal nytte igjen. Hun tør enda ikke håpe at ordene kommer tilbake. Hun føler hun beveger seg på en sjø med tynn is. Hun føler seg redd og alene, innestengt i seg selv. Hun prøver å lese, men alt er grått. ”Ordene farer i henne, i et regn av gnister til alle kanter [...] men hun kan ikke få samlet ordene, kan ikke få sagt det hun vil”. På tross av dette beskriver hun også en inderlig glede over at hun har klart å forme flere ord, og korte setninger (Elstad, 1988, s. 92).

Vi ser ut fra dette at en afasirammet blir overveldet av følelser. Det er sinne, fortvilelse, angst og redsel. Når pasienten gjør framskritt blir vedkommende overveldet av glede, men også redsel, frykt for å ikke klare det igjen.

7.0 HVORDAN KAN JEG SOM SYKEPLEIER GJØRE MEG FORSTÅTT OVERFOR PASIENTEN?

7.1 Kunnskap om pasienten, og vedkommendes oppfatning av å være afasirammet

Som sykepleier mener jeg det er viktig å kjenne til disse følelsene Elstad beskriver. Vi må vite hvordan den afasirammede har det, slik at vi best mulig kan kommunisere med vedkommende, og få dem ut av "glassburet".

Travelbee sier at helse er en subjektiv følelse, og helse kan oppleves som god, på tross av en diagnostisert tilstand. Motsatt kan de også oppleve dårlig helse, på tross av manglende diagnose. Jeg tolker det slik jeg som sykepleier må vite hvordan pasienten opplever sin helse, slik at jeg kan sette meg inn i pasientens situasjon.

Eide og Eide (2007) poengterer også at det kreves kunnskap om pasientens lidelse og evne til å sette seg inn i pasientens situasjon når vi skal kommunisere med afasirammede. Nordehn m.fl (2006) har i sin forskning omkring afasirammede beskrevet at afasirammede pasienter ønsker at vi skal høre på dem, og deres opplevelse av situasjonen. De vil at vi skal være åpne for informasjonen de kommer med. Sundin m.fl (2001) har også funnet i sin forskning at pleiere som har en vellykket kommunikasjon med disse pasientene, justerer pleien etter pasientens personlighet, og sier at relasjonen gror etter hvert som pleier og pasient blir bedre kjent.

Dette har jeg selv erfart i mitt møte med pasienter som hadde vansker med å kommunisere verbalt. I starten hadde jeg store vansker med kommunikasjon, men da jeg lærte personen å kjenne, og relasjonen vår ble sterkere, oppnådde vi bedre kommunikasjon. I refleksjon sammen med de aktuelle pasientene, har vi kommet fram til at vi har "vårt eget språk", vi har tilegnet oss kunnskaper om hvordan vi kan forstå hverandre, etter hvert som vi har lært hverandre å kjenne. Jeg har også i etterkant reflektert over hvordan jeg møter de ulike pasientene med kommunikasjonsvansker, og har ut fra dette sett at jeg justerer mine kommunikasjonsmåter ut fra hver enkelts personlighet og humør.

Når jeg ser tilbake på den tiden da jeg var ny, og ikke kjente disse pasientene, oppdager jeg at kommunikasjonen ofte dreide seg om å gjette og feile. Sundin m.fl (2002) sier

In situations when care providers have no knowledge about the consequence of the disease, or have not developed a relationship with the patient, they are forced to guess and try to see if their guesses are the right ones (Sundin m.fl, 2002, s. 96).

Ut fra dette ser jeg at det er viktig at vi får en relasjon til den afasirammede pasienten, for at kommunikasjonen skal bli vellykket. Relasjonen vokser etter hvert som vi lærer hverandre å kjenne. Jeg må sette meg inn i pasientens opplevelse av situasjonen, og ha kunnskaper om det arsenalet av følelser pasienten har omkring det å være afasirammet.

7.2 Holdninger rundt pasienten som samtalepartner

Jeg har flere ganger opplevd at pleiepersonell henvender seg til annet personell, i stedet for direkte til en afasirammet pasient. Det kan være at de forteller annet personal at de skal gi pasienten frokost, i stedet for å henvende seg direkte til pasienten, de snakker ”over hodet” på pasienten. Corneliussen m.fl (2006) bekrefter at det forekommer at temaer som omhandler pasienten blir diskutert over hodet på vedkommende. Elstad (1988) skildrer også dette:

Denne søsteren snakker *til* henne. For første gang snakker en av de hvitkledte til henne, ikke om henne, som om hun ikke eksisterte, ikke var et levende menneske lenger. Hun kjente seg hel igjen (Elstad, 1988, s. 82).

Det er viktig at vi som sykepleiere inkluderer pasienten i samtaler. Vi må snakke *med* pasienten, og ikke *om* pasienten. Jeg mener vi reduserer pasienten til en maskin – et objekt, dersom vi skal snakke ”over hodet” på pasienten. Vi må behandle pasienten som et likeverdig menneske, på tross av at vedkommende ikke kan respondere verbalt i samtalen.

Da jeg var uerfaren i pleieyrket og møtte pasienter med kommunikasjonsvansker første gang, hadde jeg en holdning om at disse pasientene ikke forsto det jeg sa. Jeg tenkte ikke på at dette var voksne mennesker med tanker, meninger og ønsker – slik som meg og deg! Jeg møtte dem ikke som voksne mennesker, med livserfaring og kunnskap. I løpet av min utdanning har jeg ofte reflektert over mine holdninger, og utviklet meg på bakgrunn av disse refleksjonene. I dag møter jeg denne pasientgruppen som tenkende, selvstendige individ. Jeg har lært at alle mennesker er forskjellige, unike, og jeg må møte dem og deres tanker, ønsker og følelser, som den personen de er.

Nordehn m.fl (2006) beskriver i sin forskning at pasienter opplever at sykepleiere behandler dem som om de ikke kan tenke. De ønsker at sykepleiere ikke skal hoppe til konklusjoner eller tro at de vet, da pasientene kan tenke selv. Sundin m.fl (2001, 2002) fant i sin forskning

at sykepleiere som kommuniserte bra med afasirammede prøvde å forstå pasienten som person. De prøvde å se hvordan vedkommende var unik og opplevde sin situasjon. De møtte pasientene med respekt som et verdig menneske. Corneliussen m.fl (2006) påpeker at det er viktig å vite at den afasirammede har godt bevarte kunnskaper og ferdigheter utover språkvanskene.

Ut fra dette ser jeg at holdningen min som sykepleier er viktig når jeg skal møte denne pasientgruppen. Jeg ser det er viktig å møte pasienten som en unik person med livserfaring, opplevelser, tanker og følelser. Jeg må se hvordan akkurat denne pasienten er unik, for å få en vellykket kommunikasjon med vedkommende.

Gordon m.fl (2009) sier i sin forskning at

[..] nurses tend to focus on physical care and to interact in what could be seen to be a superficial way. [...] researchers have described the qualities of effective nurse-patient communication as respectful, therapeutic and individualistic approach with commitment to the communication process. The conversation in our study, because of their task focus, appeared to be neither therapeutic nor individualistic (Gordon m.fl, 2009, s. 551).

Denne påstanden er jeg både enig og uenig i. Jeg tror at uerfarne pleiere kan møte pasientene med denne tilnærmingen, slik jeg selv gjorde da jeg var uerfaren. Etter hvert som vi har tilegnet oss erfaring og kunnskaper om relasjon mellom sykepleier og pasient gjennom praksis og teoretiske studier, har jeg en formening om at sykepleiere lærer å møte pasienten med en terapeutisk og individualisert tilnærming. Jeg har selv utviklet meg på disse områdene under studiene, og tror dette er en utvikling de fleste sykepleiere går gjennom. Denne voksende bevisstheten krever evne og vilje til refleksjon hos sykepleieren, men dette er noe vi aktivt jobber med under sykepleierutdanningen.

Jeg stiller meg delvis kritisk til forskningens påstand om at sykepleierne hadde en overfladisk holdning. Jeg mener at det er bortimot umulig å unngå at fysiske behov og rutiner blir fokusert på i en sykehusavdeling (hvor denne forskningen ble utført), da det ofte er tidspress og lite tid til å samtale med pasienter utover de daglige rutinene. Jeg har forståelse av at dette fokuset fører til minimalt med sosial og emosjonelle relasjoner, men stiller meg kritisk til deres påstand om at sykepleiere hadde en overfladisk holdning og har liten tiltro til dette. Jeg har en formening om at sykepleiere kan oppfattes overfladisk, når de fokuserer på fysiske behov og rutiner i sitt møte med pasienten. Dette betyr derimot ikke at vedkommende har den påståtte holdningen.

På en sykehusavdeling er det stort tidspress, og mange oppgaver som må gjøres i løpet av en vakt. Dette gjør at sykepleiere må prioritere, og ofte er det slik at fysiske behov må prioriteres før psykiske behov. I løpet av mine praksisperioder har jeg selv måtte prioritere på denne måten, da de fysiske behovene (stell, matservering, medisiner, undersøkelser, sår osv.) ofte var viktigere å utføre enn å sette seg ned og samtale med en pasient. Dette betyr nødvendigvis ikke at sykepleiere ikke *ønsker* å samtale med pasienten og få en emosjonell og sosial relasjon. Jeg mener derfor at denne påståtte holdningen kan dreie seg mer om tidsspørsmål, og prioriteringer, enn det dreier seg om en faktisk holdning hos de aktuelle sykepleierne.

7.3 Hvilke samtaleteknikker er det viktig å ha kunnskaper om i samtale med en afasirammet pasient?

Det er ikke bare holdningene våre som er viktig når vi skal gjøre oss forstått i samtale med afasirammede pasienter. Samtaleteknikker må vi også ha kunnskaper om når vi skal møte denne pasientgruppen.

Det kan være vanskelig å stille afasirammede pasienter et spørsmål, når vedkommende ikke kan svare verbalt. Corneliussen (2006) påpeker at mange med afasi kan svare ja når de mener nei og omvendt. Jeg har selv stått i disse vanskelige situasjonene flere ganger, hvor jeg har spurt en pasient om noe, men ikke fått ett adekvat svar. I disse situasjonene må vi ved hjelp av pasientens kroppsspråk vurdere om vedkommende mener ja eller nei. Jeg har flere ganger erfart at en pasient rister på hodet og sier ja. Det er da tydelig at vedkommende mener nei, på tross av at han sier ja.

Jeg har gjennom mitt arbeid med en afasirammet pasient prøvet og feilet når det kommer til spørreteknikker. Jeg har i perioder fått vedkommende til å peke og bruke kroppsspråk, for eksempel når jeg spør om vedkommende vil ha vinduet åpent på natten. Pasienten bruker da kroppsspråk for å svare, for eksempel ved å gjøre lukkebevegelser med hånden, for å påpeke at han vil ha det åpent. Jeg har også erfart at det er viktig å spørre om en ting av gangen. Et eksempel er at jeg venter på at pasienten svarer på spørsmål om vinduet skal være åpent, før jeg spør om gardinene skal lukkes.

Eide og Eide (2007) belyser også viktigheten av å spørre om en ting av gangen, slik at pasienten kan respondere på det første spørsmålet først (lukkede spørsmål). De påpeker at fordelene med lukkede spørsmål er at vedkommende kan svare ja eller nei på disse, ved for eksempel å nikke eller riste på hodet.

Qvenild m.fl (2006) sier at nesten alle pasienter med afasi synes at sykepleierne snakker for fort. Videre sier de at det da er viktig å ta seg god tid i samtalesituasjonen, samt at vi ved å notere ned viktige stikkord eller tegne enkle tegninger, gjør det lettere for den afasirammede å oppfatte innholde i det vi sier. De sier at dette vil bidra til at pasienten holder konsentrasjonen oppe, da det er vanlig at denne pasientgruppen har vansker med å holde konsentrasjonen og oppmerksomheten over tid.

I samhandling med en afasirammet pasient, har jeg prøvd å tegne og notere stikkord underveis. Jeg oppdaget at dette naturlig senket taletempoet. Jeg snakket roligere, tok meg bedre tid, noe som førte til at pasienten lettere kunne forstå det jeg formidlet til vedkommende.

I dagens samfunn har vi mange hjelpemidler vi kan bruke i samtale med en afasirammet. Vi har smarttelefoner, nettbrett, datamaskiner og media, hvor vi kan slå opp bilder og nyhetsartikler. Disse hjelpemidlene har jeg erfart kan brukes aktivt for å øke pasientens forståelse av det vi ønsker å formidle.

Det var en kald vinterdag hvor jeg og en afasirammet ble tvunget til å være inne hele dagen, da vedkommende satt i rullestol og fortauene var fylt med snø. Pasienten hadde behov for å handle, da han var fri for middagsmat. Vedkommende har svært lite ordforråd, men kan si ja og nei og noen få småord. Vi hadde avtalt med annet personal at de skulle handle for pasienten, og at jeg og pasienten skulle skrive handleliste. Problemet var at pasienten har minimale skriveevner, så den oppgaven måtte jeg ta meg av.

Etter litt prøving og feiling foreslo jeg at vi skulle gå på internett og se på bilder av de ulike middagsrettene. Pasienten var svært positiv til dette, og sammen fikk vi skrevet handleliste, ved hjelp av bilder som jeg viste på datamaskinen. Ved hjelp av kreativitet og teknologi fikk vi handlet inn nødvendige varer, på tross av at pasienten ikke hadde mulighet å dra ut av leiligheten sin denne dagen.

Ut fra erfaring vet jeg at det er en fordel å bruke korte og enkle setninger i samtale med afasirammede, samt en tydelig og klar stemme. Det er derimot viktig at vi som sykepleiere husker på at vi ikke trenger å rope eller heve stemmen for å bli forstått. Jeg har inntrykk av at mange pleiere glemmer dette. Selv har jeg ofte tatt meg selv i at jeg snakker overdrevet høyt til pasienter med afasi. Da jeg først ble oppmerksom på dette, var det en pasient som sa til

meg ”du trenger ikke rope, jeg hører deg godt”. Jeg har til og med tatt meg selv i å snakke med en barnslig stemme, slik jeg prater med små barn, på tross av at jeg vet at dette er voksne mennesker, med kunnskap og erfaringer. Corneliussen m.fl (2006) bekrefter at det ikke er sjeldent afasirammede opplever å bli snakket til som om de var barn eller tunghørte.

Dette er noe jeg aktivt jobber med, og er oppmerksom på i møte med disse pasientene. Jeg ønsker ikke å være den sykepleieren som behandler denne pasientgruppen som små barn, jeg skal være en sykepleier som møter dem med respekt og likeverd. Jeg skal gå inn i relasjoner med dem som de voksne menneskene dem er. For å oppnå dette må jeg snakke til dem slik jeg snakker til personer uten kommunikasjonsproblemer.

7.4 Hvordan brukes non-verbal kommunikasjon i møte med den afasirammede?

En afasirammet pasient rynket brynene til meg og ga uttrykk for at jeg var sint en gang jeg skulle hjelpe ham i stell. Jeg smilte, men hadde armene i kryss foran meg, noe som gjorde at han tolket meg som sint. Etter denne episoden er jeg alltid oppmerksom på hvordan jeg bruker non-verbal kommunikasjon. Jeg tenker gjennom hvordan holdningen min er, hvordan jeg har armene mine og ansiktsuttrykk. Dette gjelder ikke kun i møte med afasirammede, men også andre pasientgrupper. Spesielt har jeg erfart at psykisk og fysisk utviklingshemmede lett tolker kroppsspråk, da jeg har jobbet mye med denne pasientgruppen. Jeg har opplevd at psykisk utviklingshemmede har påpekt at jeg har vært trist, dårlig humør og irritert, på tross av at jeg gjør alt jeg kan for å skjule det.

Sundin m.fl (2001) framhever at berøring er en non-verbal kommunikasjonsform som åpner mulighetene for forståelse. De sier at følelser overføres ved fysisk kontakt for eksempel å holde hender og stryke kinn. Videre sier de at non-verbal kommunikasjon er å dele følelser og erfaringer.

Ut fra dette ser vi at non-verbal kommunikasjon sier mye mer enn ord. På tross av at du sier du ikke er sint, vil omgivelsene tolke deg som sint dersom kroppsspråket ditt tilsier det. Eide og Eide (2007) sier at kroppslige uttrykk spiller en viktig rolle for å skape kontakt, samt formidle det en ønsker å si. De sier at disse kommunikasjonshandlingene forteller den andre noe om hva som skal skje, slik at vedkommende kan reagere på situasjonen, og gi uttrykk for hvordan vedkommende har forstått den.

8.0 HVORDAN KAN JEG SOM SYKEPLEIER FORSTÅ HVA PASIENTEN FORMIDLER TIL MEG?

Vi har sett på hvordan vi kan gjøre oss forstått overfor en afasirammet pasient, men for at kommunikasjon skal finne sted må vi ha en sender og en mottaker. Det er derfor viktig at vi ikke bare er i stand til å gjøre oss forstått overfor pasienten, men at vi også forstår det vedkommende formidler til oss. Travelbee vektlegger akkurat dette – at sykepleieren må være i stand til å forstå meningen med det pasienten formidler til oss.

8.1 Ulike elementer som har betydning for pasientens evne til å samtale

Gordon m.fl (2009) har i sin forskning funnet at afasirammede pasienter har vansker med å lede en samtale og endre tema, da de er avhengig av at den andre parten forstå det de prøver å si. De fant i sin forskning at 88 % av samtalene ble startet av sykepleiere, og de fleste samtalene var av formell karakter. Corneliussen m.fl (2006) bekrefter også dette. De sier at vi som sykepleiere holder på ordet og prater i vei, for å unngå vanskelige situasjoner. Vi fører en samtale på våre premisser. Dette gjør at pasienten føler seg mindreverdige. De påpeker at vi må sette prinsippet om lik deltakelse i fokus, og innstille oss på at den afasirammede er en reell, interessant og likeverdig samtalepartner.

Jeg har selv erfart at sykepleiere hovedsaklig styrer samtalen i relasjon med denne pasientgruppen. Selv prøver jeg aktivt å ikke styre samtalen, men heller innlede til en dialog med et smil. Jeg opplever at dette gir pasienten et signal om at jeg er klar for å samtale med vedkommende, og venter på at pasienten skal innlede samtalen. Eksempelvis gjorde jeg dette da en pasient kom inn i fellesarealet, hvor det satt flere pleiere og medpasienter. Jeg smilte og nikkete til pasienten, og vendte meg mot pasienten for å vise at jeg var interessert i å samtale. Vedkommende pekte så på en avis, hvor det stod et stort medieoppslag angående en stor ulykke. På denne måten ble samtalen startet av pasienten, og dreide seg om et tema som interesserte og engasjerte vedkommende.

Jeg mener at det er viktig at vi inkluderer pasienten i samtaler og lar vedkommende komme til orde. Hvis ikke, blir det vanskelig for vedkommende å formidle noe til oss. Vi må respektere pasienten som den kompetente, voksne personen vedkommende er. Vi som sykepleiere burde være flinkere til å la den afasirammede ta del i en samtale, og vi må gi vedkommende mulighet til å starte samtalen og styre samtaletema.

Corneliussen m.fl (2006) råder oss til å innta en spørrende og avventende holdning. Vi burde oppfordre pasienten til å si noe og ha en innstilling om at pasienten skal komme med sine ideer, tanker og spørsmål. Vi må ikke gjette oss til hva pasienten vil si, men dersom pasienten ber om det, kan vi bidra til å hjelpe i ordleting.

Når jeg er i samspill med en afasirammet, er jeg alltid fokusert på å prate med vedkommende, på tross av at han ikke kan svare meg verbalt. Dersom han gir uttrykk for at han vil ha en kopp kaffe, svarer jeg ”vil du ha kaffe? Ja, det skal du få”. Eide og Eide (2007) vektlegger at vi må bruke ord i situasjoner med disse pasientene. Vi skal ” snakke for” pasienten. På denne måten stimulerer vi deres språkforståelse og hindrer at de blir isolert. Vi får en dialog, slik at pasienten blir inkludert i en samtale, på tross av at vedkommende ikke kan snakke selv.

Sundin m.fl (2001) beskriver at nærhet er viktig i relasjon med denne pasientgruppen. Man skal derimot ikke komme for nær, da dette kan føre til lidelse og urealistiske forhåpninger fra pasientens side. Dersom man kommer for nær, kan både pasientens og sykepleierens integritet trues. De kaller denne nærheten beskyttende avstand.

Care providers get a feeling about where to set boundaries in the care relationship: they decide on the degree of closeness between themselves and the patients. As one care provider stated: I always want a sort of distance to all patients, not want them too near, inside me, [...] (Sundin m.fl, 2001, s. 484).

Denne beskyttende avstanden mener jeg faller naturlig når vi skal jobbe tett med en afasirammet pasient. Jeg har selv opplevd at det må bygges en god relasjon med pasienten før kommunikasjonen kan bli vellykket. Jeg må være nær pasienten, for å lære vedkommende å kjenne. Jeg har også erfart at jeg må ha tid til å sitte sammen med pasienten å prøve å forstå hva vedkommende ønsker å formidle til meg, for å lære vedkommende og kjenne. Jeg har kunnskaper om at pasienten trenger tid til å lete etter ord i samtale, såkalt ordleting, og må derfor være tålmodig og gi pasienten den tiden vedkommende trenger i samtale.

Ofte er jeg i situasjoner hvor jeg ikke klarer å forstå hva pasienten ønsker å formidle til meg. Jeg er da ærlig med pasienten og forklarer at jeg ikke forstår, men at vi har god tid, og kan prøve på nytt. Jeg mener det er viktig å være ærlig om at jeg ikke forstår pasienten. Jeg ønsker å være ærlig med pasienten, slik at vi kan ha en relasjon som er preget av ærlighet og tillit. Ved å vise pasienten at jeg har god tid, og er ærlig, har jeg erfart at relasjonen til pasienten

vokser seg sterkere, da jeg mener at ærlighet og tid bygger grunnlaget for å lære hverandre å kjenne.

Corneliussen m.fl (2006) sier at en god samtale er basert på trygghet, og tillit og respekt for hverandre. Sundin og Jansson (2002) påpeker også at respekt er viktig. De sier at det er nødvendig å komme i samme høyde som pasienten, for at vedkommende skal føle seg respektert. Selv plei jeg å sette meg på huk dersom en stol ikke er tilgjengelig, for å komme i samme høyde som en pasient som sitter.

Sundin m.fl (2001) understreker viktigheten av å ha god tid og god relasjon med pasienten:

Care providers have to show patients that they have enough time for them and pave the way to peace and quiet and relaxation, so that patients thinks it worth the trouble of trying to communicate. It is important that patients do not feel that care providers ate irritated and under stress. As one care provider stated: [...] you cannot have one foot in the room and one foot outside (Sundin m.fl, 2001, s 485)

The motivation of care providers is to be sensitive to patients' desires, thus fulfilling the patients' expectations and satisfying both the patients and themselves. They experience a requirement to remain by patients until such understanding has been reached (Sundin m.fl, 2001, s 484).

Jeg tenker at dersom vi ikke liker å være sammen med pasienten, blir det vanskelig å finne motivasjonen som trengs for å være sensitiv overfor pasientens ønsker og forventinger. Videre tenker jeg at dersom vi ikke klarer å kommunisere med pasienten, blir det vanskelig å like og være sammen med pasienten. Jeg mener at dersom vi klarer å forstå og bli forstått i samtale med pasienten, liker vi også å være sammen med pasienten. Selv opplever jeg stor mestringsfølelse når jeg forstår og blir forstått i samtale med en afasirammet. Jeg blir glad for å ha mestret kommunikasjonen, og vil tilbringe mer tid sammen med pasienten – jeg liker å være sammen med vedkommende.

Jeg har alltid blitt beskrevet som en glad og humoristisk person. I relasjon med pasienter med kommunikasjonsvansker bruker jeg alltid humor aktivt. Jeg mener at humor gir en mer avslappet og behagelig atmosfære. Ut fra erfaring vet jeg at jeg må justere humoren etter pasientens personlighet, da alle har ulik form for humor og varierende forståelse av ironi og sarkasme. Spesielt bruker jeg humor i vanskelig, eller pinlige situasjoner, som for eksempel når jeg hjelper pasienten i dusjen. Jeg opplever at dette trekker fokuset vekk fra pasientens nakenhet og eventuelt ubehag i forbindelse med dette. Jeg føler at når vi ler sammen, blir vår

relasjon tettere, og vi møtes som to likeverdige mennesker, og ikke som sykepleier og pasient i egne roller.

Felles forståelse er et uttrykk jeg har brukt mye i mitt arbeid med mennesker som har kommunikasjonsvansker. Når noen spør meg hvordan jeg kommuniserer med disse menneskene, har jeg vanskelig for å forklare. Jeg beskriver for dem at vi over tid har fått en tett relasjon, og ”et eget språk” og på denne måten oppnår en felles forståelse. Sundin m.fl (2002) sier at vi må ha konsentrasjon, interesse i den andre og inspirasjon for å oppnå en felles forståelse.

På tross av at vi har fått en god relasjon med pasienten, har god tid og kjenner pasienten godt, kan misforståelser oppstå. Jeg har opplevd misforståelser i samtale med pasienter, på tross av at vi vanligvis kommuniserer godt sammen. Qvenild m.fl (2006) påpeker at vi bare behøver å rette opp misforståelser når det har betydning for den videre samtalen.

8.2 Hvordan tolke pasientens non-verbale kommunikasjon?

Når verbale ord mangler, blir det naturlig at non-verbal kommunikasjon blir en sentral måte å sende budskap på. I mitt arbeid med afasirammede må jeg hele tiden tolke non-verbal kommunikasjon, for å forstå hva vedkommende ønsker å formidle til meg.

Gordon m.fl (2009) påpeker at afasirammede bruker non-verbale tegn for å markere enden av sin tur i en samtale. Dette kan være å unngå øyekontakt til de er ferdig å prate. De belyser også viktigheten av øyekontakt i samtale med afasirammede. Sundin m.fl (2001) beskriver at sykepleierne tolket pasientens kroppsspråk, og så på uttrykket i øynene deres. Sykepleierne som deltok i forskningen sa at dersom øynene til pasienten hadde et tomt uttrykk – ”døde øyne”, fikk de en dårlig følelse og mente at det var nesten umulig å kommunisere med vedkommende.

Jeg bruker aktivt øyekontakt i samspill med denne pasientgruppen, da øynene sier mye om hva pasienten føler og tenker. Pasienten kan for eksempel ha stirrende blick, noe som jeg tolker som et tegn på at vedkommende er misfornøyd med noe.

Corneliussen m.fl (2006) påpeker også at øyekontakt er viktig, og at alle skal se og høre hverandre i en samtale. Jeg ser viktigheten i dette, men ingen av mine kilder har nevnt at det er en fordel å se hele ansiktet på samtalepartneren, spesielt munnen. Jeg har erfart å måtte bruke munnbind inne hos en pasient med afasi. Vedkommende slet med å forstå hva jeg sa, og

gjorde flere ganger tegn for å vise at jeg måtte ta av munnbindet. På tross av at han så øynene mine, forklarte han at han ikke forsto hva jeg sa når halve ansiktet mitt var dekket til.

Berøring er også viktig i samhandling med disse pasientene. Sundin m.fl (2002) beskriver at en forbindelse dannes ved berøring, og pasienten føler seg ikke forlatt. Det gir nærhet, og pasienten får selvtillitt og mot til å prøve å kommunisere og be om hjelp.

Jeg har erfart at afasirammede har lettere for å konsentrere seg, og forstå hva du formidler dersom jeg holder en hand på skulderen deres. Motsatt legger også pasienten ofte handen sin på min arm når vedkommende ønsker å formidle noe til meg. Jeg føler at denne berøringen gir bedre kontakt og et større grunnlag for forståelse. Det øker også konsentrasjonen mellom samtalepartneren, som igjen øker forståelsen.

Through touch the possibility of understanding and being understood is increased, as it facilitates relaxation, through engendering feelings of comfort, calm and security. Touch may also mediate acceptance of the patient and a confirmation of the patients' value (Sundin og Jansson, 2002, s. 111).

8.3 ”Jeg føler det pasienten føler, og handler ut fra følelsene mine”

Det var en hektisk dag i praksis, og jeg hadde mye å tenke på. Jeg hadde fått i oppgave å hjelpe en pasient med praktiske gjøremål, noe som tok mye tid. En afasirammet pasient kom bort til meg og prøvde å formidle noe, men jeg forsto ikke hva. Jeg hentet annet personal, som raskt forsto hva pasienten ønsket å formidle. Jeg har i ettertid reflektert over denne episoden, og forstått at jeg ikke var åpen for pasientens følelser. Jeg hadde mye å tenke på, og var ikke mottakelig for å føle det pasienten følte i situasjonen.

I mitt arbeid med denne oppgaven har jeg ofte stoppet opp og reflektert over hvorfor jeg vanligvis kommuniserer godt med denne pasienten. Jeg har kommet fram til at jeg føler det vedkommende føler, og handler ut fra dette. Det har hendt at jeg har følt pasientens frustrasjon, og tatt vedkommende med meg ut på tur, for at vedkommende skal bli i bedre humør. Jeg har også følt pasientens sinne når jeg har kommet inn til vedkommende for å utføre morgenstell, og har da vært åpen for at pasienten skal få fortelle hvorfor vedkommende er sint.

Sundin m.fl (2001) fant i sin forskning at sykepleiere ikke reflekterte direkte og aktivt i samhandling med afasirammede, men ble guidet av følelsene sine. De fikk ideer om hvordan de skulle forholde seg og handle. De opplevde også en plikt til å være i relasjonen til

forståelse var oppnådd, på tross av at situasjonen opplevdes som stressende. De fant at sykepleieren prioriterte pasientens følelser høyere, eller likt med sykepleieroppgaven i situasjonen. De identifiserte seg med pasienten og strebet etter at begge parter skulle være fornøyd. Dette, i samspill med beskyttende avstand, førte til en åpenhet og felles forståelse på bakgrunn av at sykepleieren er sensitiv for følelser pasienten har og opplever de samme følelsene selv.

Selv har jeg lik prioritering til pasientens følelser, enn til sykepleieoppgavene jeg skal gjøre i samhandling med pasienten. Jeg streber etter at pasienten skal være fornøyd, noe som krever at jeg forstår og blir forstått i samtale med pasienten. Dette kan ta tid, og krever at jeg er sammen med pasienten til felles forståelse er oppnådd. Igjen ser jeg at en god relasjon til pasienten er nødvendig, for at kommunikasjon skal være vellykket. Ved å ha en god relasjon med pasienten, kan jeg være åpen for vedkommendes følelser, og handle ut fra disse.

This communication is not technical or strategic, but instead care providers share the patients' feelings in a silent dialogue, and allow these feelings to guide them. They are sharing the patients grief and suffering with courage (Sundin og Jansson, 2002, s. 113).

Ut fra dette ser jeg at jeg som sykepleier ikke nødvendigvis reflekterer aktivt i samspill med afasirammede, men styres av følelsene mine. Dersom jeg er åpen for disse følelsene, kan de fortelle meg hvordan jeg skal handle og forholde meg. Jeg vil forstå hva pasienten ønsker å formidle, dersom jeg er åpen for disse følelsene.

”When care providers combined physical touch and eye contact in a caring way, understanding and being understood without using words was often possible” (Sundin & Jansson, 2002, s. 114)

9.0 AVSLUTNING

Afasi er et tema jeg har interessert meg for i lang tid, og som jeg har hatt mye fokus på underveis i min sykepleierutdanning. Det falt derfor naturlig for meg å skrive om dette temaet i min bacheloroppgave.

Naturlig nok hadde jeg kunnskaper om temaet og en forforståelse om hvordan oppgaven skulle bli. Da jeg begynte å søke i litteratur, forsto jeg raskt at jeg fortsatt hadde mye å lære om temaet. Litteratursøket ble en oppdagelsesferd, hvor jeg hele tiden oppdaget noe nytt om emnet.

Litteraturstudiet har gitt meg mange nye kunnskaper om hvordan jeg kan samtale godt med en pasient som er rammet av afasi, samtidig som det har underbygd tidligere kunnskaper jeg hadde om emnet. Jeg har gjennom hele skriveprosessen reflektert over situasjoner hvor jeg har vært i samtale med en afasirammet, og lært hvordan jeg kan bli bedre i samtale med denne pasientgruppen. Jeg har gjennom refleksjoner også fått bedre forståelse for hvorfor jeg samtaler godt med pasienten i de situasjonene kommunikasjonen har vært vellykket.

Disse refleksjonene gjorde at jeg ble mer bevisst på egne erfaringer med denne pasientgruppen, som jeg kunne knytte opp mot den aktuelle litteraturen jeg hadde valgt å benytte.

Skriveprosessen har vært en prosess preget av mye refleksjon omkring egne erfaringer, samt en læringsprosess. Jeg har lært mye om meg selv, og hvordan jeg opptrer som sykepleier. Jeg gjennom refleksjoner blitt bevisst hvordan jeg i fremtiden vil møte denne pasientgruppen som sykepleier. Oppgaven har bidratt til at jeg nå har et bedre grunnlag for å samtale med pasienter som har kommunikasjonsvansker.

Jeg ser også at oppgaven er like relevant for pasienter som ikke lider av afasi, men av andre grunner har kommunikasjonsvansker. Oppgaven ble ikke som forventet, da jeg fant emner i litteraturen som jeg ikke hadde kunnskaper om fra før, men gjennom refleksjon kunne jeg knytte disse til egne erfaringer. Jeg er fornøyd med oppgaven, og føler jeg har utviklet meg som sykepleier gjennom skriveprosessen.

Jeg mener denne oppgaven har gitt meg et solid grunnlag for å forstå og bli forstått i møte med en afasirammet pasient.

LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur

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

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

Jacobsen, I.D m.fl (2009). *Karsykdommer*. I: D. Jacobsen, S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T. Buanes, & O. Røise, *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

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

Wergeland, A., Ryen, S., & Olsen, T. G. (2001). Sykepleie til pasienter med hjerneslag. I: H. Almås, *Klinisk sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Selvvalgt litteratur

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

Elstad, A. K. (1988). En annen virkelighet. I: *Maria, Maria* (ss. 65-212). Oslo: Aschehoug. **(146 sider)**

Fjærtøft, H., & Indredavik, B. (2007, 02 15). *Rehabilitering av pasienter med hjerneslag*. Hentet Januar 11, 2012 fra Tidsskriftet.no: <http://tidsskriftet.no/article/1490605> **(4 sider)**

Gordon, C., Ellis-Hill, C., & Ashburn, A. (2009, 02 03). *The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke*. Hentet 02 05, 2012 fra Journal of Advanced Nursing: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x/full> **(10 sider)**

Nordehn, G., Meredith, A., & Bye, L. (2006, 03 30). *A Preliminary Investigation of Barriers to Achieving Patient-Centered Communication with Patients Who Have Stroke-Related*

Communication Disorders. Hentet 03 02, 2012 fra Thomas Land Publishers Incorporated:
<http://thomasland.metapress.com/content/5k2wp6cdefdf8hg4/> (10 sider)

Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johnsen, L., Knoph, M. I., & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I: M. Lind, L. Haaland-Johnsen, M. I. Knoph, & E. Qvenild, *Afasi - et praksisrettet perspektiv*. Oslo: Novus Forlag. (15 sider)

Raaheim, A. (2002). Kommunikasjon. I: *Sosialpsykologi* (ss. 187-214). Bergen: Fagbokforlaget. (27 sider)

Stone, V. (2004, 02 15). *Word*. Hentet 02 15, 2012 fra Blog on brain injury:
<http://www.lapublishing.com/blog/2009/aphasia-stroke-brain-injury/>

Sundin, K., & Jansson, L. (2002, 12 20). '*Understanding and being understood*' as a creative caring phenomenon - in care og patients with stroke and aphasia. Hentet 27 01, 2012 fra Journal of Clinical Nursing: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x/pdf> (10 sider)

Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2002, 01 18). *Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry*. Hentet 03 01, 2012 fra Nursing Inquiry: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1800.2002.00135.x/abstract> (11 sider)

Sundin, K., Jansson, L., & Nordberg, A. (2001, 12 24). *Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words*. Hentet 02 05, 2012 fra Journal og Clinical Nursing: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2000.00379.x/full> (8 sider)

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A Davis Company. (234 sider)

Totalt antall sider selvvalgt litteratur: 564 sider.