



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

## **Nonverbal kommunikasjon - et budskap, flere tolkninger**



SY180H

Bacheloroppgave i Sykepleie

11. april 2014

Kandidatnummer: 100

Totalt antall sider: 35

foto: Gaute Frøystein

- Hvordan kan sykepleierens nonverbale kommunikasjon påvirke møte med pårørende til alvorlig syke barn i somatiske sykehus?



Du så meg  
Du satte deg ned  
Du lyttet  
Du viste med hele deg,  
at du hadde tid til meg  
Du gjorde en forskjell  
Alt jeg trengte der og da,  
var at noen tok seg tid,  
tid til å se – meg.

## INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling .....	1
1.2 Mine refleksjoner .....	1
1.3 Problemstilling .....	2
1.4 Avgrensning og presisering.....	3
1.5 Oppgavens framdrift.....	3
2.0 METODE .....	4
2.1 Om metode og metodiske retningslinjer .....	4
2.2 Kvalitativt forskningsintervju .....	4
2.2.1 Om intervju og intervju som metode.....	5
2.2.2 Bruk av intervju i denne studien.....	6
2.3 Etske betraktninger og metodekritikk .....	6
2.4 Forforståelse .....	7
3.0 INTERVJUANALYSE OG FUNN .....	8
3.1 Strukturanalyse.....	8
Tabell 1 – eksempel på strukturanalyse av teksten .....	8
3.2 Kort sammendrag .....	8
4.0 TEORI .....	9
4.1 Kommunikasjon .....	9
4.2 Forskjellige aspekter ved nonverbal kommunikasjon .....	9
4.3 Pårørende.....	10
4.4 Helse, stress og mestring.....	11
4.5 Kompetanse og profesjonalitet.....	12
4.6 Tidligere forskning.....	13
5.0 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIEFILOSOFI .....	15
5.1 Sykepleie .....	15
5.2 Kommunikasjon .....	16
5.3 Et menneske-til-menneske-forhold .....	16
5.4 Håp og lidelse.....	16
5.5 Å bruke seg selv terapeutisk.....	17
6.0 DISKUSJON .....	18
6.1 Møte med pårørende.....	18
6.2 Kompetanse.....	21
6.3 Mestring .....	24
6.4 Behovet for mer kunnskap .....	25
6.5 Konsekvenser for praksis .....	27
7.0 LITTERATURLISTE .....	28
8.0 VEDLEGG .....	30
8.1 Intervjuguide .....	30
8.2 Samtykkeerklæring.....	31
8.3 Søknad om tillatelse til innhenting av data .....	32

## **1.0 INNLEDNING**

### ***1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling***

Kommunikasjon er det som gjør oss mennesker i stand til å forstå hverandre, vi deler noe meningsfylt med et annet menneske (Rimondini, 2011). Med kommunikasjon kan sykepleieren formidle et budskap til pasienten. Noe sies med ord, men mye sies også uten ord (Knapp & Hall, 2010). En verbal setning kan oppfattes forskjellig avhengig av nonverbale forhold. For profesjonelle utøvere i omsorgsykker er det viktig å være bevisst hvor mye det nonverbale har å si for hvordan mottakeren, pårørende i denne oppgaven, oppfatter det som formidles. Hvorfor er vi så forskjellige i måten vi uttrykker oss på nonverbalt, og kan sykepleieren ha nytte av bedre kunnskaper om nonverbale forhold? Kan sykepleiere bedre ivareta pasienters og pårørendes behov for hjelp og omsorg om vi lærer oss å bruke nonverbal kommunikasjon mer bevisst? Joyce Travelbees teorier om å bruke seg selv terapeutisk understreker at selvinnsikt er viktig for å kunne hjelpe og påvirke positivt (1999). Gjennom å intervjuer en sykepleier på en barneavdeling ble rammene for oppgaven satt. For å kunne hjelpe pårørende, som kan reagere på forskjellige måter i en krise, trengs det flere ferdigheter. Disse ferdighetene består av ulike typer kompetanse. Målet med hjelpen er at de pårørende skal mestre situasjonen, og dette avhenger blant annet av hvilket fokus sykepleiere og pårørende har. Håpet og fokuset på det friske og positive er en vesentlig del av å mestre. Ved å gå nærmere inn på dette i intervjuet kom det fram flere aspekter som berører temaet. Fordi pårørende som er i en krisesituasjon er ekstra sårbare blir det enda viktigere at sykepleiere etablerer en god kommunikasjon (Eide, 2007). Hvordan krisetilstanden påvirker kommunikasjonen varierer, og dermed varierer også pårørendes behov (Böckmann & Kjellebold, 2010). Sykepleierens empati blir synlig gjennom nonverbal kommunikasjon (Travelbee, 1999). Pårørende i krisesituasjoner har behov for hjelp til å mestre situasjonen, og mestringen påvirkes av håpet. Å bevare håpet er essensielt for å mestre vanskelige situasjoner (Renolen, 2008; Travelbee, 1999). Å påvirke i positiv retning krever selvinnsikt (Travelbee, 1999).

### ***1.2 Mine refleksjoner***

Denne oppgaven innledes med et lite dikt jeg har skrevet. Diktet er inspirert av en hendelse fra da jeg var helt alene i en svært vanskelig situasjon som pårørende. Jeg skjønnte ikke selv at jeg trengte noen å prate med, før en sykepleier kom inn i rommet, satte seg ned og stilte meg spørsmål om hvordan jeg hadde det. Det hadde vært så lett å svare at ”det går fint” dersom

hun hadde stilt dette spørsmålet uten å vise at hun faktisk hadde tid til å høre på hva jeg hadde å si. Jeg opplevde det at hun satte seg ned overfor meg som en ekte interesse i å lytte til mine tanker og følelser. I denne sårbare situasjonen opplevde jeg også at når leger eller sykepleiere snakket med meg, så var det ikke bare ordene som ble viktige, det var hvordan de ble sagt, hvilket tonefall de ble sagt i, om det var øyekontakt ved formidlingen, og om ansiktsuttrykket sa noe i seg selv. Jeg tør påstå at jeg overanalyserte hver minste detalj i søken etter det positive, og i redselen for det negative. Kommunikasjon er jo både verbalt og nonverbalt, og det verbale vil alltid suppleres med en rekke nonverbale inntrykk, men det var ikke klart for meg hvor viktig det faktisk kan være å få dette til på "riktig" måte når man kommuniserer med mennesker i krise. Jeg har opplevd hvor viktig det kan være at sykepleieren uttrykker seg på en hensiktsmessig måte når hun skal hjelpe pårørende til å mestre en svært vanskelig situasjon.

### **1.3 Problemstilling**

*Hvordan kan sykepleierens nonverbale kommunikasjon påvirke møte med pårørende til alvorlig syke barn i somatiske sykehus? Det er vanskelig å vite selv hvordan vi formidler et budskap nonverbalt, og hvordan vi blir oppfattet. Stemmebruk, ansiktsuttrykk, bevegelser og øyekontakt er med på å påvirke de holdningene og følelsene som kommer til uttrykk. For å kunne bevisstgjøre seg sin egen bruk av nonverbal kommunikasjon må man trene seg opp, men det skal ikke nødvendigvis så mye trening til før man har et grunnlag for å endre sine kommunikasjonsvaner (Eide, 2007). For å kunne lære, må sykepleieren ha tilgang til kunnskapen og være åpen for å tilegne seg den, men hun må først være klar over hva hun faktisk trenger å kunne, og vite at det finnes teori om temaet. Å vite at nonverbal kommunikasjon påvirker samhandling er en ting, men i hvilken grad den gjør det er også viktig. Joyce Travelbee sier: "Det som avgjør om målene nås, er sykepleierens atferd i denne interaktive prosessen, og graden av hensiktsmessighet for den syke i handlingene hennes" (1999, s. 135). Så, hva er hensiktsmessig? Hva forteller litteraturen om dette, og hva sier den intervjuede? Kan sykepleieren egentlig finne noe bestemt å forholde seg til når hun ønsker å trygge og berolige pårørende i krise ved bevisst bruk av nonverbal kommunikasjon? Einar Aadland skriver "Samspillet mellom mennesker er alltid komplekst og mangetydig. Derfor er det aldri snakk om å komme fram til «den sanne forklaringen» på slike forhold. Men man kan arbeide for å finne sannsynlige og sterkt medvirkende årsaker til at forhold er som de er" (2004, s. 132). Jeg ønsker å belyse de medvirkende nonverbale årsakene som vi har grunn til å tro påvirker sykepleierens kommunikasjon i møte med pårørende.*

### ***1.4 Avgrensning og presisering***

Jeg har valgt å avgrense kommunikasjonstemaet til å dreie seg hovedsakelig om nonverbal kommunikasjon. Jeg har også valgt å avgrense dette til forholdet mellom sykepleier og pårørende til alvorlig syke barn i en kritisk fase. Med alvorlig syke barn mener jeg at barnet er i en slik forfatning at man ikke vet om det vil overleve, få vedvarende sykdom eller senskader. Med kritisk fase menes de periodene hvor pårørende føler at de ikke har kontroll, og dermed sliter med å mestre situasjonen. Med pårørende menes voksne, ikke barn. Møtene mellom sykepleierne og de pårørende vil ta utgangspunkt i det somatiske sykehus. Intervjuet er gjort med en sykepleier som jobber ved en barneavdeling. Kulturforskjeller innen nonverbal kommunikasjon er ikke viet oppmerksomhet i denne oppgaven. Fokuset vil hovedsakelig være på sykepleierens eget nonverbale språk, ikke de pårørendes. For enkelhets skyld har jeg valgt å omtale sykepleieren som "hun" gjennom denne oppgaven.

### ***1.5 Oppgavens framdrift***

I kapittel 2 presenteres oppgavens metode og etiske refleksjoner vedrørende de valgene som er gjort. Kapittel 3 gir en analyse og et kort sammendrag av intervjuet. I kapittel 4 følger en oversikt over det teoretiske bakteppe for oppgaven. Der presenteres kommunikasjon som en helhet av både verbale og nonverbale aspekter. En innføring om pårørende og hva angst og redsel gjør med sansene våre. Hvordan vi reagerer i kriser, er også viet noe oppmerksomhet, samt litt om helse og mestring, og hva som er nødvendig sykepleierkompetanse. En oversikt over tidligere forskning avslutter kapittelet. Joyce Travelbees sykepleiefilosofi presenteres i kapittel 5. Som avsluttende del av oppgaven drøftes intervjuet opp mot teorien i kapittel 6, med en oppsummering og tydeliggjøring av hva dette har å si for senere praksis. Oppgaven inneholder 10944 ord.

## **2.0 METODE**

Hva er en metode? ”Den opprinnelige greske betydningen av ordet er veien til målet” (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009, s. 99). Det finnes flere vitenskapsteorier. De forskjellige vitenskapsteoriene styrer forskere i retning av forskjellige metoder, eventuelt valget av metode bestemmer det vitenskapelige perspektivet. Ved å benytte et hermeneutisk og et fenomenologisk perspektiv, innebærer dette ett sett med ”spilleregler” i forhold til bruken av metode (Aadland, 2004).

### ***2.1 Om metode og metodiske retningslinjer***

Jeg valgte et hermeneutisk-fenomenologisk perspektiv. Jeg ønsker å fokusere på hva nonverbal kommunikasjon er, altså fenomenet, men også betydningen av dette. Ved å se på tidligere forskning som er gjort i forhold til forskjellige aspekter av nonverbal kommunikasjon, har jeg et grunnlag for å diskutere og reflektere over egne og andres empiriske data, samtidig som jeg selv vil gjøre et intervju og få egne data. Den hermeneutiske tilnærmingen innebærer en fortolkning av disse dataene (Aadland, 2004). Som metode velger jeg altså å benytte meg av et kvalitativt forskningsintervju, for å få høre fra sykepleieren selv hvordan han/hun opplever påvirkningen av nonverbal kommunikasjon i møte med pårørende, om han/hun gjør noen bevisste valg i forhold til kroppsspråk, og om erfaring versus kunnskap i forhold til bevissthet av egen framtrede. En kvalitativ metode gjør det mulig å få en forståelse av hvordan noe oppleves, mens en kvantitativ metode, som for eksempel å telle opp hvor mange som svarer at de er bevisst sitt nonverbale språk ved en spørreundersøkelse, bare vil gi en opinionsundersøkelse, og ikke et innblikk i de faktiske forhold (Aadland, 2004; Dalland, 2007).

### ***2.2 Kvalitativt forskningsintervju***

Hensikten med et forskningsintervju er både å få et innblikk i informantens livsverden, og en innsikt i en forståelse av en tematikk som muligens deles av flere i samme gruppe (Dalland, 2007). Når man gjør et intervju er kvaliteten på intervjuet avhengig av mye. Intervjuerens personlige egenskaper i form av å kommunisere, lytte og forstå kan anses som selve verktøyet man bruker for å produsere ny kunnskap, og erfaring fra gjennomføring av tidligere intervjuer har også stor betydning. Samtidig vil informantens individualitet påvirke resultatet. Å ha nok kunnskap om temaet det intervjues i er vesentlig for å kunne gi gode oppfølgingsspørsmål og

følge tråden i svarene til informanten. Kunnskapen produseres gjennom en sosial interaksjon mellom intervjueren og informanten (Kvale et al., 2009).

### ***2.2.1 Om intervju og intervju som metode***

Når man gjennomfører et intervju er det flere ting man bør tenke på. Hvor skal intervjuet gjøres? Hvilke omgivelser ønsker man? Kan man forvente mye støy eller avbrytelser? Har man nye batterier i båndopptakeren? Ønsker man å notere i tillegg? Dette er bare noen av forberedelsene til et intervju. Et godt resultat forutsetter at intervjueren er godt forberedt (Kvale et al., 2009). En intervjuguide kan hjelpe intervjueren å holde fokuset i intervjuet, og sørge for at man ikke glemmer relevante spørsmål. En halvstrukturert intervjuguide har en oversikt over temaene, men man kan stille spørsmålene i den rekkefølgen man vil (Dalland, 2007). Når intervjuet så er gjennomført må det transkriberes. Dette kan gjøres på forskjellige måter avhengig av hva man er opptatt av å studere. Om man ønsker å forske på det språklige i intervjuet er en lingvistisk transkripsjon det rette. Dette innebærer en rekke koder for pauser, intonasjon, og lyder, og er et tidkrevende og møysommelig arbeid. Om man derimot er opptatt av innholdet i intervjuet, og fortolkningen av det, kan man transkribere litt friere, men det bør være ordrett. Det viktigste er imidlertid at man redegjør tydelig for hvordan transkripsjonen er gjort. I overgangen fra muntlig til skriftlig språk skifter man form på det språklige spillet, og man blir nødt til å oversette innholdet for å kunne tolke det. Gjengivelsen av intervjuet i en skriftlig form må tilpasses for å få en leselig flyt (Kvale et al., 2009). Etter transkripsjonen analyseres intervjuet. Dette kan også skje på forskjellige måter avhengig av målet. Om målet er som i denne oppgaven, å hente ut informantens meninger, kan man benytte meningskoding, meningskondensering, eller meningsfortolkning. Meningskoding innebærer å gjennomgå alle intervjuene og krysse av for nøkkelord, som igjen gir en kvantitativ analyse av gjentagelsen av nøkkelordene. Meningskondensering, eller meningsfortetting, kan presenteres i en matrise hvor den naturlige enheten fra intervjuet kondenseres til en kort presentasjon av et sentralt tema, som igjen gir grunnlag for å sammenfatte de sentrale temaene til en kortere tekst av helheten. En meningsfortolkning kan konsentrere seg om et lite utsnitt av et intervju, og fortolke denne lille delen ved å utbrodere innholdet i flere tolkninger (Ibid.). Om man velger å benytte meningsfortetting sorterer man den forkortede teksten under de forskjellige temaene. Temaene i intervjuene må til slutt tolkes og sammenfattes til en beskrivelse av de funnene man har gjort (Dalland, 2007).

Intervjurapporten kan beskrives som et kunstverk som er resultatet av de tekniske metodene



man har benyttet for å nå målet. Et kunstverk skal helst fange interesse, mens teknikkene man benytter skal sikre kvaliteten (Kvale et al., 2009).

### ***2.2.2 Bruk av intervju i denne studien***

Informanten ble intervjuet i cirka en time. Vi satt på et møterom, og ble kun avbrutt en gang mot slutten av intervjuet. Det var en vifte i rommet som jeg skrudde av før intervjuet, ellers var det ingen lyder eller støy som ødela for kvaliteten på opptaket. Det transkriberte intervjuet skulle ikke brukes til en detaljert språkanalyse, så jeg la ikke vekt på å ta med alle pauser, følelsesuttrykk, og diverse ikke-ord som ”mm”. Poenget med transkripsjonen var å få en lettlest gjengivelse av intervjuet, der hovedfokus er på innholdet av det informanten forteller, ikke hvordan det fortelles. Jeg valgte altså en litterær stil (Kvale et al., 2009). Enkelte setninger omgjøres i analysen fra muntlig til skriftlig form på en slik måte at sammenhengen blir mer forståelig, og enkelte repetisjoner vil utebli, dette er i tråd med Steinar Kvaless anbefalinger (Ibid.). Omfanget av transkripsjonen var cirka 12500 ord, og av disse kom cirka 10300 fra informanten, noe som bidrar til å vurdere kvaliteten av intervjuet. Informantens svar bør være lengre enn intervjuerens spørsmål (Dalland, 2007). For å analysere intervjuet har jeg benyttet en hermeneutisk tilnærming ved å lese gjennom intervjuet først en gang for å få en intuitiv forståelse av teksten, for så å trekke ut deler av det som igjen fremstår i en meningsfortetting (Kvale et al., 2009). Jeg har benyttet en matrise med fire forskjellige kolonner for å sortere meningsfortettingen fra opprinnelig tekst til sentralt tema, og de sentrale temaene inn i subtema og tema. Helheten vil igjen dannes av de inndelte temaene, og fortolkningen har dermed vært gjennom en nedbryting av helheten til deler, for så å bygges opp igjen til et sammendrag av fortolkningene. Når det gjelder verifisering av intervjuet, så er dette foretatt av min veileder på denne oppgaven.

### ***2.3 Ethiske betraktninger og metodekritikk***

Ethiske refleksjoner handler om moralske spørsmål, og om det å handle rettferdig og rimelig overfor andre (Eide, 2007). I forkant av intervjuet, ble tillatelse til gjennomføring gitt av leder for avdelingen det ble søkt til, det var også denne som valgte ut den aktuelle informanten. Informanten fikk skriftlig informasjon om sine rettigheter, og leverte et skriftlig samtykke før intervjuet. Informantens rett til frivillig deltakelse, og til å trekke seg når som helst, i tillegg til ivaretagelse av anonymitet og taushetsplikt, ble også understreket muntlig før intervjuet. Informantens uttalelser er tolket i sin helhet, slik at utsagn ikke blir tatt ut av sammenheng. Etersom jeg bare har ett intervju å forholde meg til, inneholder analysen kun en fortolkning

av dette intervjuet. Dette kan anses som en svakhet i denne oppgaven, da det kunne ha gitt et bredere perspektiv å analysere flere intervju opp mot hverandre, men grunnet oppgavens tidsbegrensning og omfang har jeg valgt å bare gjøre ett intervju. Intervjuet er gjennomført, transkribert, og analysert av meg, så min personlige forforståelse og egne tanker kan ha preget dette arbeidet. Jeg har vært dette bevisst, og prøvd å forholde meg så nøytral og objektiv som mulig.

#### ***2.4 Forforståelse***

Min forforståelse om nonverbal kommunikasjon er at den kan bety mye for hvordan et budskap oppfattes. Min oppfatning av nonverbal kommunikasjon er basert på tidligere kontakt med helsevesenet, både som pasient og pårørende. Interessen for temaet med fokus på sykepleierens rolle kommer av innsikten jeg fikk gjennom denne kontakten. Man får et innblikk fra en annen vinkel, noe som i mitt tilfelle gjorde problemstillingen tydeligere. Å være pasient har også preget tankene til legene Per Fuggeli (2013) og Maria Gjerpe (2013), i forhold til hensiktsmessig og omsorgsfull framturen fra helsepersonellens side. Gjerpe sier at denne erfaringen kunne vært nyttig å ha for alle leger. Min egen erfaring kan derfor være en ressurs i forhold til refleksjoner, men fokuset i oppgaven skal ikke være på pårørendes opplevelser. Fokuset skal være på hvordan man som sykepleier kan kommunisere med pårørende for å oppnå det som Travelbee kaller målet med sykepleien, nemlig at den man ønsker å hjelpe føler seg hjulpet. Det er til syvende og sist pasienten eller pårørende som kan si noe om kommunikasjonen har vært god eller ikke (Eide, 2007). Etter å ha lært mer om temaet gjennom teori og intervju har jeg fått et mer nyansert syn på fenomenet, et bredere perspektiv. Jeg har i denne oppgaven et fokus som sykepleier og på sykepleierens rolle, men ser at mine erfaringer som pårørende er viktig å klarlegge.

### 3.0 INTERVJUANALYSE OG FUNN

#### 3.1 Strukturanalyse

Strukturanalysen inneholder en inndeling av 58 nummererte meningsfortettinger av den naturlige enheten, som igjen er inndelt i 13 subtema, og 5 temaer. Et utdrag fra matrisen vises i tabellen under for å gi et innblikk i hvordan arbeidet med analysen ble gjort. De fem temaene er nonverbal kommunikasjon; god kommunikasjon; helse og mestring; kompetanse; og pårørendes reaksjoner.

**Tabell 1 – eksempel på strukturanalyse av teksten**

Utdrag fra strukturanalysen

	Meningsfortetting		Funn	
	Naturlig enhet	Sentralt tema	Subtema	Tema
9	når jeg da går inn på rommet så prøver jeg hvertfall veldig hardt på å være sånn som jeg var før operasjonen – altså ikke la dem få inntrykk av at jeg vet noen ting – prøver å skjule det litt selv om – du kan si at det egentlig er litt slemt da å drive å skjule det, men jeg	bevisst bruke sitt nonverbale språk for å fremstå som nøytral, ikke avsløre det man tenker med nonverbal kommunikasjon, slik at det verbale kan gi budskapet først i en passende setting	nonverbal kommunikasjon avslører det man ikke sier	Informantens syn på nonverbal kommunikasjon
10	...noen leger har jo da en veldig sånn nedbrutt holdning hvor de er lei seg og kommer inn og så blir det litt for direkte på trøsten, altså du må ikke gå rett på å trøste folk, for da skjønner de med en gang hva det er du egentlig skal si. Du må ha fokus på det friske inntil det – jeg tror det er den beste formen å kommunisere budskapet til pasienten.	ha fokus på det friske, hold stemningen stabil selv om du har dårlige nyheter	fokus på det friske	Helse og mestring
15	det er selvfølgelig blitt lettere å ikke ta med seg jobben hjem jo mer erfaring jeg har fått, for jeg har blitt tryggere på meg selv og vet hva som er rett, og hva som er feil	erfaring gir trygghet på egen kompetanse	kunnskap og trygghet	Kompetanse
17	for der heller var det aldri sånn – åå, (navn), du er syk, og du skal... du kan dø og så... ikke fokus på det, men fokus på det friske, selv om det friske kanskje var fem prosent, så brukte vi det friske...	fokus på det friske uansett hvor liten prosentdel det er i den store sammenhengen	fokus på det friske	Helse og mestring

#### 3.2 Kort sammendrag

I møte med pårørende til alvorlig syke barn er det viktig å ha fokus på det friske. Man må være positiv, men også alvorlig. Samhandlingen krever kunnskap i et bredt spekter, både medisinsk og sosialt, og særlig innen kommunikasjon. Erfaringen man får etter hvert som man jobber gjør en tryggere på seg selv og egne ferdigheter. God kommunikasjon handler om stabilitet, kontinuitet, ro, trygghet, blikkontakt, berøring, ærlighet, og tydelighet med mer. Det er mange viktige elementer innen nonverbal kommunikasjon man må ta hensyn til.

Pårørendes reaksjoner er forskjellige, og det er også behovene.

## 4.0 TEORI

Valget av teori for oppgaven er basert på det som er aktuelt i forhold til problemstillingen, og de aktuelle temaene som kom fram gjennom intervjuet.

### 4.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan beskrives som enkle budskap mellom sender og mottager, hvor effekten av de nonverbale og verbale signalene er viktig. Eller mer komplekst som en veksling mellom initiativ til samtale fra den ene parten, og respons fra den andre, hvorpå et nytt initiativ tas av den første for å holde samtalen gående, et dynamisk samspill. Det er en gjensidig forståelse og opplevelse av mening som gir en god dialog. Evnene til god kommunikasjon kan trenes opp (Eide, 2007). For å få et grunnlag for god kommunikasjon må man være lyttende, ha en åpen holdning, og kommunisere åpent, direkte og faglig velbegrunnet tilbake. Som sykepleier ønsker man å kommunisere på en hjelpende måte, og disse ferdighetene kan opparbeides og læres. Kommunikasjons-etikk er med å gjøre kommunikasjonen god gjennom refleksjon som *”forutsetter at man oppdager hva som står på spill og for hvem”* (Eide, 2007, s. 99). Det handler om å være forberedt, faglig oppdatert, respektfull, ydmyk, vise omsorg, og rett og slett yte kvalitet. Kommunikasjon, både verbal og nonverbal, kan fremme nærhet og tilknytning, men også avstand (Eide, 2007). Å skille helt mellom verbal og nonverbal kommunikasjon er så å si en umulighet, for det vil alltid følge nonverbale signaler med det verbale. Men, en definisjon kan være at nonverbal kommunikasjon er signalene vi sender som tillegges mening av mottakeren (Knapp & Hall, 2010).

### 4.2 Forskjellige aspekter ved nonverbal kommunikasjon

Når vi gir et budskap er det ikke bare viktig å tenke på *hva* vi formidler, men også *hvordan* vi formidler det (Finset, 2013). Vi gir hele tiden uttrykk for følelser, holdninger, og personlighet, og noen er mer sensitive for signalene enn andre. Det vi føler og tenker kan komme til uttrykk nonverbalt, og skjer både bevisst og ubevisst. I tilfeller hvor vi må svare raskt er vi som regel mindre bevisst signalene vi sender. Når vi bruker sarkasme er tonefallet vårt bevisst, mens vi ubevisst lar det *”skinne gjennom”* at vi misliker en person (Knapp & Hall, 2010). Når sykepleieren toner seg inn på pårørendes stemningsleie, bidrar dette til å skape trygghet og tillit, sier Eide (2007). *”Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på”* (Fuggeli, 2013, s. 88). Det er sjelden vi klarer å tolke den andre helt korrekt, og nonverbal kommunikasjon må tolkes, dermed er det alltid en mulighet for misforståelser

(Eide, 2007). *"Hjelperens nonverbale kommunikasjon er kanskje viktigere enn vi umiddelbart tenker oss, fordi vi gjennom det nonverbale signaliserer hvorvidt vi er innstilt på å lytte og hjelpe, noe som er avgjørende for hvorvidt pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt"* (Eide, 2007, s. 198). Vi tolker som sagt signaler fra de rundt oss, men vi tolker også det at signaler uteblir. Om vi forventer en handling, for eksempel at noen nikker til oss for å hilse, og det ikke skjer, så legger vi mening i det også (Knapp & Hall, 2010). Det er flere aspekter ved nonverbal kommunikasjon. Disse vil enten bekrefte eller svekke det vi uttrykker verbalt ut ifra om det verbale og det nonverbale stemmer overens (Eide, 2007). Når det er kongruens i det verbale og det nonverbale tolkes budskapet mer riktig, og vi husker gjerne bedre det som ble kommunisert. Det skaper tydelighet (Knapp & Hall, 2010). Derimot er det ikke nødvendigvis slik at det er kongruens i det sykepleieren føler og det hun uttrykker nonverbalt. Dette er et mye omdiskutert tema. Knapp og Hall presenterer forskere som mener at nonverbale ansiktsuttrykk kommer spontant, og andre forskere som mener å kunne bevise at de ikke gjør det. Dermed kan det diskuteres om sykepleierens ansiktsuttrykk ubevisst avslører følelser eller ikke, og om pårørende kan skille mellom ærlighet og uærlighet ut ifra dette (Ibid.). Nonverbal kommunikasjon er ikke bare kroppsspråk, øyekontakt, berøring, tonefall, ansiktsuttrykk, bekreftende lyder osv. Lyssetting, akustikk, temperatur, bråk, musikk, lukt, farger, interiør, med mer, er alle eksempler på omgivelser som kan påvirke kommunikasjonen. Omgivelser defineres også som nonverbal kommunikasjon (Ibid.).

### **4.3 Pårørende**

Å være pårørende er noe de fleste av oss vil oppleve i løpet av livet. Det kan være i lange perioder ved vedvarende sykdom, eller i korte mer intense perioder, uansett er det følelsesmessig utfordrende (Bøckmann & Kjellebold, 2010). Bøckmann og Kjellebold sier at *"helsepersonell har ansvar for å tilrettelegge forholdene slik at pårørende får oppfylt sine rettigheter og gjort bruk av sine ressurser"* (2010, s. 7). I paragraf tre i pasientrettighetsloven står det at pårørende til barn under 16 år har rett til å få informasjon om barns helsetilstand, risikoer, bivirkninger, tiltak i forbindelse med påførte skader, osv. Kort sagt, tilstrekkelig informasjon er en rettighet, men det står også at *"informasjonen skal gis på en hensynsfull måte"* (*"Helse- og omsorgsdepartementet," 2001, s. §3-5*). Kommunikasjon mellom pårørende og helsepersonell er avgjørende når et barn er sykt, ettersom det er pårørende som innehar de fleste av barnets opplysninger. Samtalene med pårørende er altså nødvendige, men pårørendes behov for å snakke med helsepersonell vil variere. Noen har et stort behov for å prate, mens andre er mer opptatt av det som blir gjort. Når pårørende opplever en krise er det viktig at

man observerer og tolker signaler slik at man kan gi den hjelpen det er behov for. Å være til stede i stillhet kan være nok. Den erfaringsbaserte og teoretiske kunnskapen sykepleierne har skal gjøre dem i stand til å gjenkjenne og forstå krisereaksjoner (Bøckmann & Kjellevold, 2010). Når et barn er sykt rammes hele familien, men som foreldre eller nærmeste pårørende er man nødt til å finne en måte å takle det på. Det kan kreve tilrettelegging i hverdagen, og by på økonomiske og praktiske utfordringer. Samtidig blir man nødt til å forholde seg til usikkerhet, medisiner, og ubehag for barnet som er sykt, og øvrig families reaksjoner (Ibid.). For å ivareta det syke barnet må man finne en måte å håndtere stresset på. Man står maktesløs tilbake uten å kunne hjelpe sitt eget barn, og er avhengig av andres ekspertise. Det er en enorm påkjenning, men barnet bør ikke være nødt til preges av de voksnes opplevelser (Bøckmann & Kjellevold, 2010; Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Å akseptere at barnet er sykt betyr ikke at man har gitt opp håpet. *”Håp og optimisme kan bidra til en gradvis tilpasning til situasjonen”* (Bøckmann & Kjellevold, 2010, s. 213), derfor er det avgjørende å ha fokus på det positive.

#### **4.4 Helse, stress og mestring**

En krisereaksjon kjennetegnes av at pårørende opplever en psykisk ubalanse i sammenheng med at han konfronteres med noe vanskelig han ikke har kontroll over (Bøckmann & Kjellevold, 2010). Ubalansen oppstår fordi situasjonen krever mer enn pårørende selv har kunnskap og evner til å håndtere. Det som må gjøres er utenfor pårørendes kompetanse, han blir utilstrekkelige (Moesmand & Kjøllesdal, 2004; Walker, 2007). Pårørende mestrer kriser forskjellig. Noen klarer seg veldig bra, og noen håndterer det ikke i det hele tatt. Dette avhenger blant annet av den ”bagasjen” de har med seg og deres personlige egenskaper (Walker, 2007). Den som rammes av en traumatisk krise, som å ha et alvorlig sykt barn hvor ingen kan være sikre på at barnet vil overleve, vil oppleve at ens livsverden endrer seg. Hva som er viktig og ikke viktig får et nytt lys, og det som var trygt og forutsigbart har mistet sine holdepunkter (Eide, 2007). God kommunikasjon kan hjelpe den kriserammede å mestre situasjonen ved å bearbeide reaksjoner, gi nødvendig informasjon, dele tanker og følelser, og gi den støtte som medmenneskelig kontakt kan gi (Ibid.). For å takle krisen må pårørende gjøre en innsats selv, men hjelpen kan likevel være uvurderlig. Hvordan pårørende vurderer krisesituasjonen påvirker følelsene, som igjen påvirker mestringsprosessen. Angst og panikkangst er ikke uvanlig å oppleve når man står overfor en krise (Ibid.). I en angstpreget situasjon vil sansene våre skjerpes. Dette skyldes det autonome nervesystemet som forbereder den kriserammede på å flykte fra situasjonen (Kringlen, 2011; Sand, 2006). *”Kroppen*

*mobiliseres, og hjernen forsøker å finne hensiktsmessige måter å håndtere situasjonen på. Sansene skjerpes, hukommelsesfunksjonene endres, og man blir ofte oppmerksom på små detaljer” (Bøckmann & Kjellevoid, 2010, s. 105).* I sjokkfasen kan pårørende oppleve å være i en slags boble som beskytter mot virkeligheten, og som dermed gjør at man ikke tar inn over seg det alvorlige budskapet eller andre viktige beskjeder. Man kan dermed få problemer med å huske noe fra hendelsesforløpet, bli likegyldig eller paralyisert (Cullberg & Hambro, 2007). Kroppslige reaksjoner kan også forekomme, som at man fryser, skjelver, blir svimmel, ikke klarer å spise, eller føler en trang til å gå på do eller brette seg (Bøckmann & Kjellevoid, 2010; Waldenstrøm, 2007). Et positivt fokus og fokus på det friske er viktig i helsefremmende tiltak (Espnes & Smedslund, 2009). Håpet er essensielt for mestring, og gir styrke og energi til å stå i det som er vanskelig (Renolen, 2008). Å hjelpe pårørende med å bevare håpet og ha en positiv innstilling er en del av sykepleierens ansvar for å ivareta pårørendes helse (Bøckmann & Kjellevoid, 2010). I kritiske situasjoner oppleves en anspenhet i form av negative stressreaksjoner. Denne kan variere ut ifra tidligere opplevde lignende situasjoner og den sinnstilstanden pårørende er i fra før (Renolen, 2008). Hvordan pårørende håndterer stressreaksjonene, eller angsten sin på kan være forskjellig, og med varierende grad av hensiktsmessighet. Noen har egenskaper som gjør dem sterke og utholdende, andre er optimistiske av natur og takler situasjonen bedre på grunn av det, mens noen bruker humor. Humor i helsevesenet er et tema det har vært forsket mye på og det vises til at det absolutt har en positiv innvirkning på helsa (Ibid.). En måte å håndtere situasjonen på kan være med emosjonsfokusert mestring. Ved å skyve vekk tanker om at utfallet kan ende med døden og i stedet fokusere på at det skal gå bra, ha fokus på det friske, kan pårørende bevare en grad av kontroll og håp. Motivasjonen til å mestre en vanskelig situasjon øker når pårørende får en forståelse av det som skjer, og ser meningen med det som gjøres (Ibid.). *”Insiktsfull kommunikasjon i rolige omgivelser kan utgjøre den store forskjellen i pasientens følelse av mestring” (Renolen, 2008, s. 153).* Optimisme og kontroll står side ved side. Om pårørende føler at de har kontroll kan de lettere takle vanskeligheter, men det er opplevelsen av kontroll som er viktig, ikke at de faktisk har det (Walker, 2007). *”Not all situations are controllable, although most have some aspects that can be controlled” (Walker, 2007, s. 167).*

#### **4.5 Kompetanse og profesjonalitet**

Kompetanse handler om de kunnskapene og ferdighetene hver enkelt av oss besitter. Når vi setter kompetanse inn i en kontekst, for eksempel ledelseskompetanse, ser vi at begrepet beskriver en kollektiv kompetanse lederen må ha for å fungere som leder (Orvik, 2004). Per

Fugelli mener at det å kunne sitt fag, basert på forskning, er en forutsetning for tillit fra pasienten, det er ikke nok å ha gode personlige egenskaper (2013). Yrkeskompetanse er sammensatt av både teori og praksis, og består av flere kompetanseretninger, som medisin, sykdomslære, organisasjon, ledelse, kommunikasjon, med mer. Sykepleierkompetansen er et utgangspunkt for at sykepleiere skal kunne samarbeide og ha den samme forståelsen av faget (Orvik, 2004). I omsorgsykker er det spesielt viktig med gode sosiale ferdigheter, som innen det nonverbale handler om positiv bruk av smil, hodebevegelser, øyekontakt, berøring, nærhet, gestikulasjon og stemmebruk (Knapp & Hall, 2010). Profesjonalitet handler om kompetanse og kvalitet, og sykepleierens holdninger og verdier former hennes profesjonelle væremåte (Damsgaard, 2010). Å respektere andres forskjelligheter, autonomi, og integritet handler om etikk. Å yte sitt beste er et etisk ansvar, også når det gjelder kommunikasjon (Eide, 2007). *”En hjelper realiserer og formidler sin hjelpsomhet, samarbeidsvilje, fagkunnskap og respekt i stor grad gjennom kommunikasjon, gjennom holdninger, væremåte og språk”* (Eide, 2007, s. 125). Hvordan sykepleieren møter andre mennesker har betydning i omsorgsykker, sier Damsgaard. En del av det å være profesjonell innebærer også at man kan være personlig. Dette er tillitsskapende og viser engasjement og interesse, forutsatt at det er ektefølt og ikke påtatt. Privat må sykepleieren derimot ikke bli. Det vil si å betro seg med egne private historier og vanskeligheter. Man skal vise empati og forståelse, samt være tilgjengelig, men ikke uerstattelig. Det er også et poeng at sykepleieren ikke overtar pårørendes lidelse og synes så synd på dem at hun ikke klarer å hjelpe dem i mestringsprosessen (Damsgaard, 2010). For å samle sykepleierkompetansen med Aristoteles begrep, må man ha vitenskapelig teoretisk kunnskap, *episteme*, praktiske ferdigheter, *techne*, og evnen til etisk refleksjon, *fronesis* (Mekki & Tollefsen, 2000). Nybegynnerusikkerhet er ikke det samme som å ha lite kunnskap, vi må alle begynne et sted. Det handler om å hele tiden bruke den kunnskapen vi har, utvikle ny, og lære av de situasjonene vi står i, og dette krever erfaring over tid (Ibid.). Gjennom erfaring vil sykepleieren oppnå en selvsikkerhet som gjør henne trygg på seg selv og på egen kompetanse (Damsgaard, 2010).

#### **4.6 Tidligere forskning**

Det meste av forskning på nonverbal kommunikasjon er kommet etter andre verdenskrig. Særlig etter 1960 blomstret interessen for å forstå blant annet emosjonelle uttrykk knyttet til kroppslige signaler (Knapp & Hall, 2010). Det er mye forskning som støtter opp om at helsepersonell burde være bevisst sin egen nonverbale kommunikasjon, og at sensitiviteten for andres nonverbale uttrykk har mye å si for forståelsen av pasientens behov. Det vises til



større pasienttilfredshet når helsepersonell er sensitiv for tolkning av nonverbale signaler (Chan, 2013). I en intervjuundersøkelse av sykepleierstudenter med klinisk erfaring fra praksis, kom det fram at de alle syntes det var viktig med fokus på nonverbal kommunikasjon. De påpekte at den måtte tilpasses enkeltindividet, og at kvinner ofte uttrykte seg mer nonverbalt og var mer sensitive for signaler enn menn. De følte også at erfaring gjorde dem tryggere på egen bruk av nonverbale signaler, og tolkningen av pasientens, men noen mente at erfaringen også gjorde dem mer rutinepreget og dermed mindre uttrykksfulle (Ibid.). I et annet studie ble det forsket på om helsepersonell kunne trene opp ferdighetene sine slik at de ble flinkere til å tolke pasientens nonverbale signaler. Det ble konkludert med at det var mulig, og at det ikke bare var en fordel for å forstå pasientens behov, men også for å kunne kommunisere med passende signaler tilbake (Blanch-Hartigan & Ruben, 2013). Når det gjelder å trene opp egne nonverbale ferdigheter har en studie kommet fram til at en bevisstgjøring av temaet ikke er nok til at det hjelper på de faktiske handlingene. Det foreslås at fremtidig forskning har fokus på å finne ut *hvordan* man bedre trener opp sine personlige egenskaper. Bevisstgjøringen påvirker tilretteleggingen av omgivelsene men øker ikke nødvendigvis de personlige ferdighetene (Ishikawa, Hashimoto, Kinoshita, & Yano, 2010). I et vitenskapelig essay om sykepleiere og pårørende, tydeliggjøres det at man kan lære av egne erfaringer. Ved å reflektere over hendelser i plenum kan man også ta lærdom av hverandres erfaringer (Solvoll, Ursin, Brinchmann, & Lindseth, 2013). Essayet viser også til frustrasjonene man kan oppleve ved å måtte forholde seg til pårørende i tillegg til å følge opp pasienten, samt viktigheten av tydelig informasjon gjennom god og ektefølt kommunikasjon. I en annen studie om intensivsykepleiere og pårørende, kommer det fram at gode interaksjoner utvikles over tid, og at det avhenger av sykepleierens kompetanse, erfaring, og personlige egenskaper (Frivold & Dale, 2013). Annett Schirmer har gjort en studie om bruken av tonefall, og kommet fram til at måten vi sier ordene på, intonasjonen, styrken, stemningen (emosjonell prosodi), har betydning for hvordan innholdet oppfattes. Det ble også fokusert på om vi husker innholdet bedre om det sies på en følelsesladet måte (2010). I en kvalitativ studie om pasienters oppfatning av legers nonverbale språk, kom man fram til at de nonverbale uttrykkene som pasienter legger mest merke til er tonefall, øyekontakt, og ansiktsuttrykk. Det var viktig for pasientene at de ble snakket til med en positiv tone, og de følte at legen lyttet til dem og viste interesse når han hadde øyekontakt. Å smile ble sammenlignet med at man viste omsorg og forståelse (Marcinowicz, Konstantynowicz, & Godlewski, 2010). Betydningen av øyekontakt bekreftes også i flere studier gjort av Rita Gorawara-Bhat *et al.* om pasientfokusert kommunikasjon (2011; 2007; 2013).

## 5.0 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIEFILOSOFI

Travelbees definisjon av sentrale begrep stemmer godt overens med informantens synspunkter og underbygger flere påstander fra andre forskere og teoretikere som denne oppgaven er bygget på. Hun definerer pasienter på en slik måte at *”et menneske er sykepleierens pasient når det søker hjelp fordi det opplever et problem eller en krise”* (Kristoffersen, 2005, s. 28). Med dette i tankene vil forskning som fokuserer på pasienten også kunne anvendes i forhold til pårørende. Hun påpeker også at sympati gjerne uttrykkes gjennom nonverbal kommunikasjon, og at sympati kan være avgjørende for at pasienten blir i stand til å mestre sin situasjon. Et annet perspektiv som passer godt med informantens beskrivelser i intervjuet, er at sykepleieren må bruke seg selv bevisst i møte med pårørende. Sykepleieren må lære seg hvordan hun bruker seg selv terapeutisk. Hun forkaster i utgangspunktet ”rollene” pasient og sykepleier, og forholder seg til mennesker som enkeltindivider med personlige trekk og kjennetegn (Kristoffersen, 2005). *”Actually there are no patients. There are only individual human beings in need of the care, services and assistance of other human beings whom it is believed can render the assistance that is needed”* (Travelbee, 1996, s. vii).

### 5.1 Sykepleie

*”Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe individer, familier eller samfunn til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig til å finne mening i disse erfaringene”* (Travelbee, 1999, s. 17). For at sykepleieren skal være i stand til å hjelpe andre å mestre sine vanskeligheter, er det noen grunnleggende ting som må være til stede, sier Travelbee. Sykepleieren må inneha de nødvendige faglige kunnskapene, men også evnen til å benytte seg av dem. For å opparbeide et hjelpende forhold til den hjelpetrequende er man også avhengig av å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999). Travelbee skriver: *”Evnen til å utøve effektiv sykepleie og hjelpe et menneske i krise krever studier og en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte, det kan ikke overlates til tilfeldigheter eller intuisjon”* (Travelbee, 1999, s. 22). Hun påpeker at den samhandlingen som skjer mellom hjelperen og den hjelpetrequende er mer komplisert enn en hvilken som helst teknisk prosedyre. Det humanistiske menneskesynet, fokuset på omsorg og det å bry seg om hverandre er sentralt i Travelbees filosofi (Ibid.).

## **5.2 Kommunikasjon**

Sykepleieren kan bruke kommunikasjon som en metode for å oppnå et mål (Travelbee, 1999). For en sykepleier er målet, som beskrevet ovenfor, å hjelpe andre. Når to møtes foregår det kommunikasjon selv om de er tause. I tråd med det som er sagt tidligere i kapittel 4.5 om profesjonalitet, så sier Travelbee at man som sykepleier både må skjønne hva som blir sagt, og forstå at det blir kommunisert noe. Å tolke den andres behov uavhengig av om de uttrykkes muntlig er en del av dette (1999). Travelbees tanker om verbal og nonverbal kommunikasjon er for det meste det samme som er beskrevet i teoridelen. Hun sier: *”Non-verbal kommunikasjon er en kontinuerlig prosess i alle dagliglivets møter ansikt til ansikt”* (1999, s. 138). Det som skiller seg litt fra annen kommunikasjonsteori er uttalelsen om at *”hvis budskapet oppfattes og tolkes korrekt, kan vi si at det har foregått kommunikasjon”* (1999, s. 139). Dette blir litt selvmotsigende når man ser på den andre uttalelsen om at det er en kontinuerlig prosess.

## **5.3 Et menneske-til-menneske-forhold**

*”Grunntanken er at menneske-til-menneske-forholdet er det virkemidlet som sykepleiers mål og hensikt oppfylles gjennom”* (Travelbee, 1999, s. 169). Det er i dette forholdet at Travelbee forkaster betegnelsen pasient og sykepleier. Rollene må bort og hver og en må betraktes som individer for å oppnå dette menneske-til-menneske-forholdet. Dess bedre man lærer hverandre å kjenne, dess bedre er dette forholdet, og jo større mulighet har man til å nå sykepleiermålene om å hjelpe individet med å mestre sine lidelser. Empati og sympati er viktig i denne prosessen. Empati er evnen til å leve seg inn i og forstå den andres tanker og følelser. Empati og sympati differensieres ved at empati gir en forståelse av situasjonen, mens sympati handler om å leve seg inn i den andres følelser og påvirkes av disse på en slik måte at man ønsker å hjelpe den andre. Travelbee mener at empati ikke er nok til å påvirke sykepleieren til å ønske å gjøre noe aktivt for å hjelpe (2007).

## **5.4 Håp og lidelse**

Håpet er nøkkelen til mestring (Travelbee, 1999). Å håpe på en positiv endring kan ha et mer eller mindre realistiske mål, men håpet er uansett virkningsfullt. I utgangspunktet er håpet basert på de erfaringene vi har med tillit til andre. Om vi har møtt mye motgang og lite hjelp, er vi mindre positivt innstilt og har vanskeligere for å tro at noe positivt vil skje (Ibid.). Lidelse kan defineres som en varierende grad av smerte, og de fleste ønsker å komme seg ut av sin lidelse. Å forstå eller finne mening med lidelsen kan være nødvendig for å akseptere

eller mestre den. Å sette seg inn i andres smerte er svært vanskelig, noe som gjør at den som opplever det kan føle seg veldig alene. For å hjelpe noen gjennom smertene for å finne håpet kreves det et menneske-til-menneske-forhold (Ibid.).

### **5.5 Å bruke seg selv terapeutisk**

Når vi omgås andre mennesker har vi en innvirkning på dem ut ifra hvordan vi oppfører oss. Å få innsikt i egen virkning på andre er nødvendig for å kunne bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999). *”Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, gjør hun bevisst bruk av sin egen personlighet og egne kunnskaper med sikte på å bevirke forandring hos den syke”* (1999, s. 44). Det krever fornuft, intelligens, kunnskap, innsikt, og et reflektert syn på menneskelig adferd, men også en ydmykhet i forhold til hvor lite vi faktisk vet. Det vil alltid være mer å lære. Man må tørre å være sårbar, tørre å være et medmenneske, og tørre å være i nuet og se virkeligheten for det den er. *”Det betyr å lære den vanskelige leksen at fortiden er forbi, at fremtiden ennå ikke er kommet, og at alt et menneske har, er øyeblikkets «nå»”* (1999, s. 46). Men denne selvinnsikten må man påvirke den lidende til å mestre her-og-nå og dermed påvirke fremtiden (Ibid.).

## 6.0 DISKUSJON

Gjennom intervjuet som ble gjort i forbindelse med denne oppgaven, kom det fram flere interessante synspunkter på nonverbal kommunikasjon. Informanten har flere års erfaring som sykepleier, og har jobbet i flere år ved forskjellige barneavdelinger. Mange samtaler med pårørende til alvorlig syke barn, gir et godt grunnlag for innsikt i, og forståelse av disse møtene. Muligens deles informantens synspunkter av flere sykepleiere i samme gruppe. For å holde en rød tråd gjennom diskusjonen av intervjuets funn, er diskusjonen inndelt i fire underkapitler. Møte med pårørende, Kompetanse, Mestring, og Behovet for mer kunnskap. Kommunikasjon diskuteres i alle fire. Et femte, og avsluttende underkapittel sier noe om konsekvensene for praksis. Med utgangspunkt i hvordan sykepleierens nonverbale kommunikasjon kan påvirke møte med pårørende til alvorlig syke barn, starter den røde tråden ved å forklare hvordan man kan hjelpe pårørende i krise. Dette handler om fokus og å bevare håpet, og det forutsetter at sykepleieren har kompetanse til å påvirke pårørende på en god måte. Med tilstrekkelig kompetanse og riktig fokus kan sykepleieren hjelpe pårørende å mestre situasjonen. Så er spørsmålet, trenger sykepleiere mer kompetanse og kunnskaper om nonverbal kommunikasjon, og er dette ferdigheter det er mulig å tilegne seg? Jeg vil bruke ”han” om informanten, og ”hun” om sykepleieren, dette er kun for å gi en bedre flyt i lesingen.

### 6.1 Møte med pårørende

Når sykepleieren møter pårørende, og har dårlige nyheter, sier informanten at det er viktig å holde stemningen stabil. Sykepleieren må forholde seg alvorlig, men samtidig være seg selv, bare ha en nedtonet adferd. Om man prøver å være noe annet enn seg selv kommer man inn i en kunstig rolle som gjør kommunikasjonen vanskelig og uekte. Sykepleieren må gjøre det hun vet hun er god på som gir god kommunikasjon. Her får informanten støtte i sine uttalelser av Travelbee, som sier: *”Hver enkelt sykepleier er unik, og vil derfor finne seg bedre til rette med visse teknikker enn med andre. Ingen bør presse seg til å bruke en bestemt teknikk, hvis det fører til at spontaniteten og naturligheten går tapt i den mellommenneskelige prosessen”* (Travelbee, 1999, s. 154). Så sier informanten, at når man formidler dårlige nyheter er det viktig at man ikke avslører budskapet nonverbalt før man gjør det verbalt. På denne måten dempes inntrykket litt, sier han. Dette krever en bevisst demping av egne nonverbale uttrykk for å fremstå mer nøytral, noe Eide (2007) sier er mulig med trening og bevisstgjøring av ansiktsuttrykk. Men det totale uttrykket består av mer enn bare ansiktet. Å prøve å unngå å

sende ut nonverbale signaler er så å si ikke mulig, ”ikke-signalene” vil mest sannsynlig oppfattes som at man er uinteressert, holder noe tilbake, eller er ukomfortabel (Knapp & Hall, 2010). *”When a doctor tries to act professionally neutral by being somewhat blank and unexpressive, the patient is likely to read the lack of cues as aloofness or disinterest, perhaps even suspecting the doctor of withholding important information”* (Knapp & Hall, 2010, s. 4). Å holde tilbake informasjon i påvente av at legen skal få muligheten til å komme med den, kan være nødvendig, men som eksempelet til Knapp og Hall beskriver, kan denne tilgjorte nøytraliteten gi feil signaler. Samtidig må sykepleieren tilpasse seg sykepleierrollen, noe som kan kreve at hun må tilpasse de nonverbale signalene så de passer inn i situasjonen (2010). *”Each of us has a multitude of roles to play in life, and a skilled understanding of the nonverbal cues relevant to each role is important for the smooth functioning of society and can serve to keep us in good standing with others* (Knapp & Hall, 2010, s. 67).

Når informanten sier at man ikke skal avsløre informasjon, men bevisst skjule det man vet, og dermed også de følelsene man får, så er spørsmålet, kan man skjule følelsene sine med bevisst bruk av ansiktsuttrykk? Om ansiktet er et speil til en persons følelser er mye diskutert. Ansiktet uttrykker følelser, holdninger, og gir tilbakemeldinger på andres kommentarer. Det sies at ansiktet er den primære kilden til informativ kommunikasjon ved siden av menneskets verbale språk (Knapp & Hall, 2010). Sosiale regler bestemmer hvordan vi skal uttrykke oss. Vi kan dermed bevisst styre hva vi uttrykker ved å tre inn i roller. Dette er innøvde reaksjoner som kommer av sosiale regler, og hva man er opplært til. Når det er en sosialt akseptert oppførsel – kollektivt godkjent – er det ikke uærlig. Uærlig blir det først om man gjør det for egen vinnings skyld (Ibid.). Det kan anses som sosiale ferdigheter eller modenhet å skjule noe for å skåne den andre. Man kan argumentere for at ansiktsuttrykk brukes for å kommunisere bevisst, ikke for å avsløre følelser, men det er også forskning som argumenterer for at det er spontane uttrykk som kommer uten at vi egentlig ønsker det (Ibid.). Eide sier at det går begge veier, ansiktsuttrykket påvirkes av følelsene, men følelsene kan også påvirkes av ansiktsuttrykket (2007). Det er altså ikke noen fasit på dette. Informantens framgangsmåte ser ut til å fungere for ham, og det er fint, men det er ikke dermed sagt at det fungerer for alle. Noen uttrykker kanskje mer enn andre ufrivillig. Det er mer komplekst enn enten eller. Vi påvirkes jo også av den andres følelser og uttrykk ved inntoning (Ibid.), så helheten består av mer enn bare ansiktsuttrykket. Skal man klare å formidle budskapet på en skånsom måte betyr det også mye *hvordan* det formidles (Eide, 2007; Finset & Piccolo, 2011). Informanten mener at sykepleieren bør ha en oppløftende stemning på en måte som påvirker pårørende til å se

muligheter. Dette støttes også i studien til Schirmer (2010) om tonefall. Når man snakker med et følelsesladet språk, sammenlignet med en nøytral talemåte, tar mottakeren til seg mer av budskapet. Ord er i utgangspunktet symboler med betydning, men betydningen påvirkes av måten de uttrykkes på sier Schirmer.

I forhold til kontinuitet sier informanten at det gir en trygghet for de pårørende å forholde seg til sykepleierne de allerede er blitt kjent med. Per Fuggeli, som selv har pasienterfaring påpeker også viktigheten av kontinuitet i oppfølgingen av pasienten. Han sier at man må bli kjent med pasienten for å skape trygghet, nærhet og åpenhet. *”Hvilken mening kan det være i å legge ett gram av dette «noe mer» fram for en lege jeg vil se én gang, i seks minutt av mitt liv?”* (Fuggeli, 2013, s. 87). Med «noe mer» mener Fuggeli alle spørsmålene pasienten egentlig har, men ikke vil utdype på grunn av mangelen på nærhet. For å få den nødvendige nærheten må sykepleieren også ha evnen til å føle sympati med pårørende, sier Travelbee (1999), og sympati kan uttrykkes gjennom nonverbal kommunikasjon. Kontinuitet handler også om å ha en stabil væremåte overfor pårørende, sier informanten. I motsetning til Travelbee er Damsgaard (2010) opptatt av at sykepleieren skal holde en viss distanse til den hun skal hjelpe, fordi for mye innlevelse kan gjøre henne ute av stand til å hjelpe konstruktivt, og denne forståelsen opplever jeg at informanten deler.

Ens egen sinnsstemning har også betydning for hvordan man håndterer en alvorlig ladet prat, sier informanten. Han sier at det er vanskelig å kjenne på andres sorg, og noen ganger feller han noen tårer selv. Bøckmann og Kjellebold skriver at omsorgsfull hjelp kan være å bare være tilstede i stillhet og la den andre få utslipp for alle sine følelser, og dette krever at man holder ut å kjenne på den andres fortvilelse. Det kan være mer utfordrende enn å føre en samtale (Bøckmann & Kjellebold, 2010). Pål Gulbrandsen sier at det medfører smerte å delta i andres lidelse, men om man tør å ta del i dette så vil man gjerne se at gråten ikke vedvarer. Ofte samler pårørende seg etter en forløsende gråt, og man kan fortsette samtalen. *”Så mitt klare råd om en endring i kommunikasjonen er å trene på å slippe gråten til. Tren på å tåle den. Og tren på å trøste”* (Gulbrandsen, 2013, s. 110). Berøring er også en måte å uttrykke medfølelse på sier informanten. Blikkontakten som oppnås ved å legge en hånd på skulderen er viktigere enn en klem sier han, og påpeker at en klem kan være å bryte pårørendes grenser. Knapp og Hall (2010) sier også at sykepleieren kan formidle mye til pårørende ved hjelp av berøring. Både sykepleierens måte å berøre på, situasjonen og pårørendes intimgrenser har betydning for hva som oppfattes. Fra vi er spedbarn går berøringskommunikasjonen gradvis

over til verbal kommunikasjon etter hvert som vi blir eldre, men vi assosierer fortsatt ord og meninger med berøring. Det er mer godtatt at kvinner berører hverandre enn at menn gjør det (Ibid.), og informanten påpekte også at det var en forskjell i hvordan mannlige og kvinnelige sykepleiere fikk kontakt med pårørende. Berøring øker intimiteten og gir en uformell setting, men den må være passende. *"Some kinds of touching behavior from nurses, if it is perceived as comforting and relaxing, would fit into the category of positive touching"* (Knapp & Hall, 2010, s. 271). Berøring kan ha en terapeutisk virkning og stor verdi for pårørende i stressede situasjoner, men det er viktig at sykepleieren er sensitiv for pårørendes reaksjoner ved berøring (Ibid.). Det hjelpende potensialet i berøringen må veies opp mot muligheten for å krenke. Gjennom refleksjoner under intervjuet ble informanten også bevisst andre måter han brukte berøring på. Han brukte det på en måte som Knapp og Hall (2010) kaller *"management touches"*. Det vil si at han kontrollerer en samtale uten å avbryte med ord. Man kan markere både en begynnelse og en avslutning av en samtale med berøring. Det er viktig at sykepleieren klarer å bryte av samtaler på en god måte når andre plikter kaller. Informanten sier at å disponere tiden sin, slik at sykepleieren får gjort alt hun skal, handler om å være profesjonell. I slike tilfeller er det viktig å ikke vise nonverbalt, for eksempel ved å se på klokka, at man har det travelt.

Samtalene med pårørende foregår på pasientrommet. Informanten sier at det bevarer roen i situasjonen ved at barnet får se på tv eller lignende mens foreldrene prater med helsepersonellet. Å endre omgivelsene kan gi unødvendig engstelse når pårørende ikke er vant med det. Han omtaler legens kontor som urovekkende fordi det ikke inngår i de vante rutinene, men ifølge Knapp og Hall er det flere grunner til at tryggheten trues ved andre omgivelser (2010). Jo mer formell en situasjon er, jo mindre avslappet og mer overfladisk er kommunikasjonen. Følelsen av gjenkjennelighet gir pårørende trygghet og forutsigbarhet (Ibid.). Ellers påpeker informanten at på barneavdelingen er de fleste sykepleierne flinke til å sette seg ned for å få øyekontakt og være på samme høydenivå som barn og pårørende. Viktigheten, i forhold pårørendes følelser av å bli tatt på alvor, og interessen sykepleieren uttrykker ved dette, kan vises til i flere av forskningsartiklene presentert i denne oppgaven, samt i bøkene til blant annet Eide (2007), Finset og Piccolo (2011), og Knapp og Hall (2010).

## **6.2 Kompetanse**

Informanten sier at oppfatningen av pårørendes behov er både subjektivt og situasjonsbetinget, og gjør at den enkelte sykepleier må handle ut fra egne vurderinger og



observasjoner. Dette bekrefter Knapp og Hall i kapittelet over, men for at sykepleieren skal lese pårørende på en god måte kreves det kunnskap. Informanten sier at mindre sykehus krever en bredere kunnskapsbase hos sykepleierne fordi de møter på flere diagnoser i samme avdeling, og ofte følger familien gjennom hele sykdomsforløpet. Det tilstrebes kontinuitet ved at de samme sykepleierne følger pasienten fra innleggelse til utskrivelse, noe som bidrar til bedre kommunikasjon fordi man lærer hverandre å kjenne. Kunnskapen man trenger er på flere plan, men mye kommer gjennom erfaring sier han. Sykepleiere tolker også situasjoner forskjellig. Kvinner skårer høyere på tester for nonverbal sensitivitet (Knapp & Hall, 2010). Dette kan også kobles til det man omtaler som kvinnelig intuisjon. Kvinner oppfatter mer av de nonverbale signalene som sendes ut, noe som kanskje kan gi inntrykk av at kvinner er mer nærtagende eller fintfølede (Ibid.). Dette vil ha betydning for kommunikasjon mellom motsatte kjønn, og er nok en grunn til at bevissthet rundt egne signaler forbedres. Med erfaring som pasient på barneavdelingen opplever informanten at å bruke seg selv aktivt ved å dele sine opplevelser, kan være en fordel for kommunikasjonen så lenge man klarer å skille mellom å være privat og personlig. Han sier at den kunnskapen man tar med seg fra egne erfaringer som pasient eller pårørende kan være en gevinst i forhold til å forstå og sette seg inn i situasjonen. Erfaringen hans tilsier at åpenheten rundt det, også er noe pårørende setter pris på. I studien om intensivsykepleiere og pårørende kom det fram at: *”...å ha egne livserfaringer var med på å gi nødvendige forutsetninger for å forstå og møte det enkelte menneske. En av deltakerne fortalte også at egne erfaringer som pårørende gjorde at hun selv lettere kunne sette seg inn i andres situasjon”* (Frivold & Dale, 2013, s. 98). Maria Gjerpe, som selv er lege, var syk over lengre tid og fikk kjenne pasienttilværelsen på kroppen. Hun også mener at dette er en erfaring som alle leger kunne hatt god nytte av. Man får et innblikk i hvor lite man egentlig vet, og at kilden til kunnskapen ligger i å lytte til og prøve å forstå hvordan pasienten har det, sier hun (2013).

Informanten sier at erfaringen man opparbeider seg i yrket gir en trygghet på egen kompetanse, og gjør sykepleieren mer bevisst sitt eget nonverbale språk. Man lærer seg hva som fungerer bra, og hva som fungerer dårlig, og vil gradvis vegre seg mindre for å gå inn i de vanskelige samtalen. Å ha en stille og forsiktig framtoning kan oppfattes som usikkert og passivt, noe som skaper en utrygg situasjon for pårørende, sier han. Man må ta styringa og vise at man innehar kompetanse til å gjøre jobben sin, og tonefall og intonasjon vil ha mye å si her. Informanten får også her støtte av studien til Frivold og Dale: *”Trygghet i forhold til egen yrkesutøvelse ble understreket, for eksempel å signalisere trygghet til pårørende*

*gjennom å vise at man var faglig dyktig og kompetent. Denne kompetansen ble opparbeidet over tid. Flere informanter husket godt den tiden da de var nyutdannet og hadde manglende erfaring, og dermed ikke følte de mestret situasjonen" (Frivold & Dale, 2013, s. 98).*

Informanten mener at sykepleierne på barneavdelingen utvikler bedre kommunikasjonsevner fordi de må forholde seg til pårørende i større grad enn på andre avdelinger. Man må informere flere enn bare pasienten, og barns pårørende har en tendens til å stille spørsmål som kan være omfattende å svare på; de ønsker å få en viss kontroll over situasjonen. Travelbee har også påpekt at det krever faglige kunnskaper å hjelpe mennesker i krise. Det er ikke noe man bør ta lett på, og krever mer innsikt i kunnskap enn bare det erfaringen vår gir oss. Hun mener det krever både studier og en intellektuell tilnæringsmåte. *"Evnen til å etablere kontakt synes å være avhengig av i hvilken grad sykepleieren har og kan anvende en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med en terapeutisk bruk av seg selv" (Travelbee, 1999, s. 136).* Den intellektuelle tilnæringsmåten kan sammenlignes med det Knapp og Hall (2010) beskriver som sosial kompetanse. *"The social competence that comprises such skill is essential in our daily life, both personal and professional. If we accept the premise that skill in nonverbal communication is important, and that some people are more effective at such communication than others, we may legitimately ask how they became effective, and whether these abilities can be developed in other people" (Knapp & Hall, 2010, s. 62).* Jeg kommer tilbake til sosial kompetanse i kapittel 6.4. Tryggheten på egen kompetanse har mye å si for hvordan man møter pårørende (Solvoll et al., 2013). Informanten mener det er viktig at sykepleieren har en trygghet basert på kunnskap og erfaring, og et mål om å gjøre det beste for pasient og pårørende.

Informanten sier at pårørende reagerer forskjellig i krisesituasjoner. Han sier at noen får med seg alt som blir sagt og legger merke til alt som skjer, mens andre går inn i en boble og får ikke med seg noe som helst. Det er viktig at sykepleieren er bevisst at pårørende i en krisesituasjon kan reagere på en måte som ikke er normalt for deres karakter, som for eksempel irrasjonelt eller med sinne (Moesmand & Kjøllesdal, 2004; Waldenstrøm, 2007). Informanten sier at pårørendes nonverbale kommunikasjon også kan påvirke sykepleierens handlinger. Om man opplever uvilje eller arroganse fra pårørende, vil man gi mindre av seg selv både verbalt og nonverbalt, sier han. Dette er en av de tingene man som profesjonell sykepleier bør håndtere på en slik måte at pårørende forstås ut ifra den situasjonen de er i (Damsgaard, 2010; Travelbee, 1999). Samtidig påpekes det nettopp hvor vanskelig dette kan

være i essayet til Solvoll et al. (2013), ved at man ikke alltid tar seg tid til å reflektere over egen framtrede og årsaken til denne.

### 6.3 Mestring

For å ta opp tråden fra kapittel 6.1, om at det er viktig å prioritere alle sine arbeidsoppgaver, sier informanten at han tilrettelegger for seg selv for å ikke komme i tidsnød. Et av pårørendes behov i en krise kan være så enkelt som at noen henter kaffe til dem, sier han, «*men dersom situasjonen har roet seg litt, så trenger jo ikke jeg å hente kaffe til dem, da kan de gjøre det selv, så har de også noe å ta seg til mens de venter*» (informanten). Problem-fokusert mestring handler om å gjøre noe aktivt for å redusere stress (Renolen, 2008). Når man som pårørende opplever en krise, sier informanten at det er viktig å ha fokus på det positive. Han sier at det er viktig å ha et godt humør, og at det han husker fra da han selv var pasient var at sykepleierne var opptatt av å fokusere på det friske. «*...for der var det aldri sånn – ååå du er syk og du kan dø og sånn – ikke fokus på det, men fokus på det friske, selv om det friske kanskje var fem prosent, så brukte vi det friske...*» (informanten). Dette er en av de erfaringene han bruker aktivt for å hjelpe pårørende å mestre krisesituasjoner. Erindringene fra egen innleggelse var at sykepleierens positivitet smittet, uansett hvor alvorlig situasjonen var. Det å ha fokus på det friske, selv om det kanskje bare er fem prosent, er viktig. Man må se det positive i situasjonen slik at man kan hjelpe på best mulig måte, å tenke negativt fører ikke til noe produktivt. Han sier at sykepleieren må tilrettelegge for de mulighetene som finnes. Dette handler om å holde mulighetene åpne og dermed bevare håpet. Pårørende må se mulighetene for at situasjonen kan endre seg til det bedre. Å gi den hjelpen som ønskes på en omsorgsfull måte er sykepleierens ansvar (Bøckmann & Kjellevold, 2010). I akutte situasjoner kan det være viktigere å holde rundt den kriserammede enn å komme med god-ord (Waldenstrøm, 2007). Sosial, emosjonell, praktisk og informativ støtte har betydning for hvordan man mestrer kritiske situasjoner (Renolen, 2008; Walker, 2007). «*Pårørende som får sosial støtte fra sitt vante sosiale støtteapparat og fra helsepersonell, har et bedre utgangspunkt for å mestre hensiktsmessig enn de som ikke får sosial støtte*» (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 168). Informanten sier at informasjon og oppdatering er viktig for at pårørende skal føle at de har kontroll i situasjonen, men at dette også avhenger av timing. Sykepleieren må vurdere og avgjøre utfra observasjoner om tidspunktet er riktig. Bøckmann og Kjellevold sier også at informasjon er svært viktig for de pårørendes kontroll, men samtidig kan man ha problemer med å ta til seg og huske det som blir sagt når man er i sjokk

(Bøckmann & Kjellevoid, 2010). Informantens poeng om timingen bekreftes også av Knapp og Hall (2010). De sier at tidsperspektivet er en del av omgivelsene våre, og dermed nonverbal kommunikasjon. Når, hvor lenge, hvor ofte, og hvor mange ganger noe skjer påvirker persepsjonen. Timingen av handlinger betyr noe for utfallet. Betydningen av tidspunkt forteller noe implisitt (Ibid.).

På spørsmål om det var noe mer informanten ønsket å fortelle, svarte han at fokus på det positive og å smile var noe av det viktigste han kunne komme på. Han sa: *"hvis ikke sykepleierne er positive, så er i hvert fall ikke pasienten det"*. Renolen (2008), Bøckmann og Kjellevoid (2010) og Travelbee (1999) knytter også positivitet, håp og mestring sammen. *"Latter er dessuten en god hjelp mot stress fordi det gir avspenning og ro"* (Renolen, 2008, s. 148). I et eksempel fra Norsk Ukeblad gjenforteller journalisten Lund (2014) historien til en familie hvor en liten jente ble alvorlig kreftsyk. Foreldrene forteller om hvordan de bevisst valgte å fokusere på de hverdagslige positive hendelsene, og hvordan de mente at dette hjalp både dem selv og barnet å komme seg gjennom de tyngste stundene: *«Midt i den tøffeste og vondeste perioden i familiens liv evner de samtidig å se klart hvordan situasjonen faktisk har ført noe godt med seg. De føler at de har fått en viktig og større forståelse av at livet må leves her og nå. Positivitetsfokuset har ført til mer samhold dem imellom»* (Lund, 2014, s. 4). Datterens smil holdt foreldrene oppe, og foreldrenes innstilling fikk datteren til å smile. Denne historien gir et innblikk i hvordan pårørende opplever positivitetsfokuset, og støtter informantens holdninger og annen teori i oppgaven.

#### **6.4 Behovet for mer kunnskap**

I følge informanten er kommunikasjon særlig utfordrende på en barneavdeling fordi man både må forholde seg til barna, noe som krever én type kommunikasjon, og samtidig forholde seg til pårørende. Han sier evnene og bevisstgjøringen gjerne kommer naturlig etterhvert som man erfarer, men før man tilegner seg den nødvendige kompetansen gjennom erfaring, kan bevisstgjøring gjennom informasjon i litteratur, kurs eller foredrag være et godt supplement. *"Understanding and effectively using nonverbal behavior is crucial to our success in virtually every social encounter we experience"* (Knapp & Hall, 2010, s. 21). For å oppnå en god kommunikasjon og relasjon til den vi kommuniserer med, er det altså av stor betydning at vi både forstår og bruker våre nonverbale uttrykk effektivt. Det legger fundamentet for å lykkes med å gjøre seg forstått, og at sykepleieren sender de riktige signalene som kreves av situasjonen (Knapp & Hall, 2010). *"We believe that increasing everyone's knowledge of*

*nonverbal cues is a good thing, and that both individuals and society benefit when communication skills are better*” (Knapp & Hall, 2010, s. 66). Når det gjelder sosiale ferdigheter, eller det Knapp og Hall (2010) kaller sosial kompetanse, så er det noe vi tilegner oss gjennom sosiale interaksjoner, gjennom kunnskap i teori og praksis, og erfaring, men noe ligger også i oss naturlig. Sosial kompetanse, kombinasjonen av sosial intelligens og emosjonell intelligens, er en lært kompetanse (Knapp & Hall, 2010). For noen ligger det mer naturlig enn for andre, men evnene til å uttrykke seg nonverbalt er definitivt en del av vår sosiale kompetanse (Ibid.). Pål Gulbrandsen sier at det er en myte at kommunikasjonsevner er en del av våre personlighetstrekk. *”Det mest alvorlige ved myten om kommunikasjon som et personlighetstrekk er at man kvier seg for å nærme seg med forbedringsforslag”* (Gulbrandsen, 2013, s. 104). Med dette sies det at det er forbedringspotensial for oss alle. *”Ingen sykepleier er ekspert på kommunikasjon i den forstand at hun ikke har mer å lære”* (Travelbee, 1999, s. 149). Og det kan læres. Hovedsakelig lærer vi oss hvordan vi bruker nonverbal kommunikasjon effektivt, gjennom vår erfaring i hverdagen. Fra vi er små lærer vi av tilbakemeldinger vi får, både verbale og nonverbale, og av å etterligne andre både bevisst og ubevisst. Vi tilpasser oss gjennom erfaring (Knapp & Hall, 2010). Forskningen til blant andre Blanch-Hartigan og Ruben (2013) viser til positive resultater ved oppøving av nonverbale ferdigheter. Den beste måten å forbedre evnene på er ved konkrete tilbakemeldinger på om det er samsvar mellom uttrykk og mening. Man kan øve seg på å bli bedre i nonverbal kommunikasjon, men uten noen form for feedback vil øvingen kunne være til liten nytte (Ibid.). Fordi vi mottar tilbakemeldinger fra andre på våre egne ansiktsuttrykk blir vi flinkere til å kontrollere disse uttrykkene enn andre kroppsbevegelser. Vi har egentlig ganske så god kontroll på det vi ønsker å uttrykke med ansiktet, men når det ikke er kongruens med det vi egentlig føler, kan en overdrivelse av uttrykkene avsløre at de ikke er ekte (Knapp & Hall, 2010). Å uttrykke seg effektivt og godt nonverbalt er en sosial kompetanse (Ibid.), og derfor forskjellig fra person til person, men det er mulig å trene seg opp og dermed forbedre disse egenskapene. Et utgangspunkt kan være at vi blir flinkere til å gi hverandre konstruktive tilbakemeldinger, særlig i de situasjonene hvor vi mener at det er et forbedringspotensial, ikke for å være belærende, men for å reflektere i fellesskap. *”Refleksjon er en stor del av å utvikle sine kommunikasjonsevner”* (Eide, 2007, s. 23). Dette kommer også fram i essayet til Solvoll et al. (2013).

### ***6.5 Konsekvenser for praksis***

Mitt mål med denne oppgaven var å belyse hvordan nonverbal kommunikasjon kan påvirke møtet mellom sykepleieren og pårørende. Som diskusjonen viser er det mye som påvirker dette møtet, og nonverbal kommunikasjon er en stor del av det. Vi har alltid mer å lære om kommunikasjon, og det er mulig å endre sin egen framferd ved hjelp av bevissthet, kunnskap og trening. Dette kan være et utgangspunkt til refleksjon hos leseren. Sykepleiere kan ifølge de funnene jeg har gjort gjennom denne oppgaven, alltid ha nytte av å være bevisst sine egne nonverbale uttrykk. Når man blir stilt spørsmål om sin egen bevissthet rundt nonverbal kommunikasjon, blir man «tvunget» til å reflektere over dette. Derfor kan jeg umulig slå fast med sikkerhet at informantens tilsynelatende svært bevisste holdning til nonverbal kommunikasjon er reell, men som et resultat av intervjuet har vedkommende måttet gjøre noen refleksjoner som kanskje kan eller allerede har påvirket hans egen nonverbale kommunikasjon.

## 7.0 LITTERATURLISTE

- Aadland, Einar. (2004). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforl.
- \*Blanch-Hartigan, Danielle, & Ruben, Mollie A. (2013). Training clinicians to accurately perceive their patients: Current state and future directions. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 228-236.
- \*Bøckmann, Kari, & Kjellevoid, Alice. (2010). *Pårørende i helsetjenesten: en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- \*Chan, Zenobia CY. (2013). Educational issues in nursing practice - A qualitative study on non-verbal sensitivity in nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1941-1950.
- \*Cullberg, Johan, & Hambro, Carl. (2007). *Mennesker i krise og utvikling: en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie*. [Oslo]: Universitetsforl.
- Dalland, Olav. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- \*Damsgaard, Hilde Larsen. (2010). *Den profesjonelle sykepleier*. [Oslo]: Cappelen akademisk forl.
- Eide, Hilde. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Espnes, Geir Arild, & Smedslund, Geir. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- \*Finset, Arnstein. (2013). Noen trekk ved klinisk kommunikasjon med utgangspunkt i en enkel kommunikasjonsmodell. I H. O. Engvold & K. Johnsen (red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 15-22). Oslo: Universitetsforl.
- \*Finset, Arnstein, & Piccolo, Lidia Del. (2011). Nonverbal Communication in Clinical Contexts. I M. Rimondini (red.), *Communication in Cognitive Behavioral Therapy* (s. 107-128). New York: Springer.
- \*Frivold, Gro, & Dale, Bjørg. (2013). Sykepleieres opplevelser av å være i interaksjon med pårørende i intensivavdeling. *NORDISK SYGEPLEJEFORSKNING*, 3(2), 90-104.
- \*Fuggeli, Per. (2013). Helsetjenestens gudestoff: tillit. I H. O. Engvold & K. Johnsen (red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 86-91). Oslo: Universitetsforl.
- \*Gjerpe, Maria. (2013). Uvitenhet - en kilde til visdom. I H. O. Engvold & K. Johnsen (red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 92-101). Oslo: Universitetsforl.
- \*Gorawara-Bhat, Rita, & Cook, Mary Ann. (2011). Eye contact in patient-centered communication. *Patient Education and Counseling*, 82(3), 442-447.
- \*Gorawara-Bhat, Rita, Cook, Mary Ann, & Sachs, Greg A. (2007). Nonverbal communication in doctor-elderly patient transactions (NDEPT): Development of a tool. *Patient Education and Counseling*, 66(2), 223-234.
- \*Gorawara-Bhat, Rita, Dethmers, David L., & Cook, Mary Ann. (2013). Physician eye contact and elder patient perceptions of understanding and adherence. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 375-380.
- \*Gulbrandsen, Pål. (2013). Klinisk kommunikasjon i sykehus - et skrikende forbedringsbehov. I H. O. Engvold & K. Johnsen (red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 102-112). Oslo: Universitetsforl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001, 01.01.2014). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Hentet 26.03, 2014, fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> - KAPITTEL\_3
- \*Ishikawa, Hirono, Hashimoto, Hideko, Kinoshita, Makoto, & Yano, Eiji. (2010). Can nonverbal communication skills be taught? *Medical Teacher*, 32(10), 860-863.
- \*Knapp, Mark L., & Hall, Judith A. (2010). *Nonverbal Communication in Human Interaction* (7 utg.). Wadsworth: Cengage Learning.

- Kringlen, Einar. (2011). *Psykometri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, Nina J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. r. Skaug (red.), *Grunnleggende Sykepleie 4* (s. 13-99). Oslo: Gyldendal akademisk.
- \*Kvale, Steinar, Brinkmann, Svend, Anderssen, Tone Margaret, & Rygge, Johan f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- \*Lund, Christin. (2014, 26.03.2014). *Da syke Selma ble Super-Selma*. Hentet 27.03, 2014, fra <http://www.klikk.no/produkt/hjemmesider/norskukeblad/reportasjer/article899168.ece>
- \*Marcinowicz, Ludmila, Konstantynowicz, Jerzy, & Godlewski, Cezary. (2010). Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 60(571), 83-87.
- Mekki, Tone Elin, & Tollefsen, Sissel. (2000). *På terskelen: introduksjon til sykepleie som fag og yrke*. Oslo: Akribe.
- Moesmand, Anna Marie, & Kjøllesdal, Astrid. (2004). *Å være akutt kritisk syk: om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Orvik, Arne. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- \*Renolen, Åse. (2008). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- \*Rimondini, Michaela. (2011). *Communication in Cognitive Behavioral Therapy*. New York: Springer.
- Sand, Olav, Sjaastad, Øystein V., Haug, Egil, Bjålie, Jan G., Toverud, Kari C. (2006). *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- \*Schirmer, Annett. (2010). Mark My Words: Tone of Voice Changes Affective Word Representations in Memory. *PLoS One*, 5(2), 1-9.
- \*Solvoll, Betty-Ann, Ursin, Gøril, Brinchmann, Berit Støre, & Lindseth, Anders. (2013). En sykepleiers erfaringer i møte med pårørende – og seg selv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 9(1), 82-94.
- Travelbee, Joyce. (1996). *Interpersonal aspects of nursing*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Travelbee, Joyce. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforl.
- Waldenstrøm, Egil. (2007). *Psykisk førstehjelp: ved katastrofer, ulykker og kriser*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.
- Walker, Jan. (2007). *Psychology for nurses and the caring professions*. Maidenhead: McGrawHill / Open University Press.

\*Selvvalgt litteratur



## 8.0 VEDLEGG

### 8.1 Intervjuguide

#### Hovedtema

Jeg ønsker å finne ut hvordan sykepleiere er bevisst sin egen nonverbale kommunikasjon i møte med pårørende som er i en angstfylt og stresset situasjon. I tillegg ønsker jeg å avdekke om sykepleiere har noen tanker om *betydningen* deres framtrede har, totalt sett, når det gjelder møtet med pasientene og deres nærmeste.

Intervjuet tar en time, er frivillig, og man kan trekke seg når som helst. Om man velger å trekke seg, underveis i intervjuet, eller i ettertid, vil alle notater, opptak og data knyttet til intervjuet slettes.

Jeg har valgt å intervju sykepleiere ved barneavdelingen fordi oppgavens spørsmålsstilling er: *Hvordan kan sykepleierens nonverbale kommunikasjon påvirke møte med pårørende til alvorlig syke barn i somatiske sykehus.*

1. Litt om informanten. Kan du si litt om deg selv?
2. Hvordan opplever du betydningen av nonverbal kommunikasjon i situasjoner der du har hatt samtaler med pårørende til alvorlig syke barn?
3. Hvordan tenker du at ditt eget humør, eller din sinnstilstand påvirker kommunikasjonen?
4. Hvilken betydning har dine tidligere erfaringer, når du møter pårørende i kritiske situasjoner?
5. Gjør du noen valg i forhold til kroppsspråk når du vet at du skal samtale med pasienter eller pårørende som opplever en vanskelig situasjon?
6. Kan du gi et eksempel på en erfaring du selv har gjort deg, som kan være nyttig for andre å ta lærdom av, positivt eller negativt?
7. Har dere noen opplæringstilbud innen kommunikasjon? Hvis ikke, er dette noe du tenker at kunne vært nyttig?
8. Er det noe du vil si før vi avslutter?

## **8.2 Samtykkeerklæring**

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet, og er villig til å stille til intervju. Jeg er informert om at deltagelsen er frivillig, og at jeg har anledning til å trekke meg når som helst.

Dato ..... Signatur .....

### **8.3 Søknad om tillatelse til innhenting av data**

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie

Som tredjeårsstudent på sykepleierutdanningen ved Universitetet i Nordland, har jeg nå kommet til min siste, og avsluttende oppgave, bacheloroppgaven.

Temaet i min bacheloroppgave er nonverbal kommunikasjon. Spørsmålsstillingen for oppgaven er: Hvordan kan sykepleierens nonverbale kommunikasjon påvirke møte med pårørende til alvorlig syke barn i somatiske sykehus?

Jeg ønsker å utføre en kvalitativ intervjuundersøkelse blant sykepleiere som jobber med alvorlig syke barn, og deres pårørende.

Jeg trenger en eller to informanter til denne oppgaven. Informantene trenger ikke forberede seg i forkant av intervjuet, da jeg er interessert i informantenes opplevelse av dette temaet.

Intervjuet er frivillig, og informanten har anledning til å trekke seg uten begrunnelse når som helst. Alle opplysninger behandles konfidensielt og anonymiseres. Notater og opptak slettes når oppgaven er ferdig, eller dersom en informant ønsker å trekke seg.

Intervjuet vil ta en time, og jeg vil benytte båndopptaker.

Dersom du har lyst til å være informant i denne undersøkelsen, så ta kontakt med meg direkte, så snart som mulig. Oppgaven skal leveres 11. April, så intervjuet må være gjennomført i god tid før dette. Helst i løpet av februar. Datoer som kan passe fint er 24, 25, eller 26 februar, men andre dager kan også avtales.

Vedlagt følger en samtykkeerklæring. Denne må signeres i forkant av intervjuet.

Med vennlig hilsen

---

xxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx  
Adr. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx  
Tlf. xx xx xx xx  
e-post: xxxxxxxx@xxxxxxx.no

Veileder ved Universitetet i Nordland:  
xxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx  
Tlf. xx xx xx xx  
e-post: xxxxxxxx@xxxxxxx.no