

SPL3903 BACHELOROPPGAVE:

**KOMMUNIKASJON MED  
AFASIRAMMEDE PASIENTER**

FORFATTERE:  
ANJA HOLTEN, MARI SKUMLIEN FURUSETH  
OG MARIT LIER.

DATO: 19.05.16

# SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Kommunikasjon med afasirammede pasienter</u>	Dato: 19.05.16
Deltakere:	<u>Anja Holten</u>	
	<u>Mari Skumlien Furueth</u>	
	<u>Marit Lier</u>	
Veileder:	<u>Nina Beate Andfossen</u>	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	<u>Afasi, kommunikasjon, hjerneslag, autonomi</u>	
Antall sider/ord: 49/12672	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p><b>Bakgrunn:</b> Sykepleieren kommuniserer til enhver tid med alle pasienter, det er derfor viktig for sykepleieren å være god til å kommunisere for å formidle og for å forstå pasientenes budskap. God kommunikasjon kan føre til trygghet for pasienten, noe som kan sikre brukermedvirkning og føre til god pasientsikkerhet. Bakgrunnen for oppgaven er å belyse hvilke utfordringer vi som sykepleiere står ovenfor i møte med afasirammede pasienter for å sikre autonomi.</p> <p><b>Hensikt:</b> Undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å ivareta autonomien til pasienter med afasi etter hjerneslag, ved bruk av kommunikasjon.</p> <p><b>Metode:</b> Litteraturstudie. 7 artikler har blitt inkludert i denne oppgaven etter systematiske søk etter vitenskapelige forskningsartikler. Søkeord som er blitt anvendt: Afasi, slagpasienter, kommunikasjon, hjerneslag, omsorg, autonomi, sykepleie.</p> <p><b>Resultat:</b> Sammenfatning av resultat presenteres i 4 hovedtemaer. Kommunikasjonsstrategier, pasientens egen erfaring, gruppetilhørighet og meningsfulle aktiviteter, samt sykepleierens kunnskap og holdninger er temaer som sammenfattes og drøftes.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Sykepleieren bør vektlegge bruk av flere ulike kommunikasjonsstrategier, som er tilpasset til hver enkelt pasient. For å kunne utøve dette må sykepleieren ha nok kunnskap om ulike strategier, og når de bør benyttes. Sykepleieren bør snakke rolig, gi pasienten tid til å svare og inkludere pasienten i samtalen. Bildeverktøy og andre kommunikasjonsmetoder kan også brukes som supplement. Ved å benytte flere ulike kommunikasjonsmetoder og stille kontrollspørsmål, kan sykepleieren forstå om pasienten har forstått budskapet og hva pasienten selv formidler som viktig for han. Dette vil gi et godt grunnlag for sykepleieren til å ivareta pasientens autonomi.</p>		

# ABSTRACT

Title:	Communication with patients with aphasia	Date: 19.05.16
Participants:	Anja Holten	
	Mari Skumlien Furuseth	
	Marit Lier	
Supervisor:	Nina Beate Andfossen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Aphasia, communication, stroke, autonomy	
Number of pages/words: 49/12672	Number of appendix: 0	Availability: open
Short description of the bachelor thesis:		
<p><b>Background:</b> The nurse communicates at all times with all patients, it is important for the nurse to be good at communicating to convey and understand patients' message. Good communication can lead to safety for the patient, which can ensure user and lead to patient-safety. The aim of this study is to identify the challenges that nurses face meeting with aphasia patients to ensure autonomy.</p> <p><b>Purpose:</b> Examine how nurses can help to safeguard the autonomy of patients with aphasia after stroke, by using communication.</p> <p><b>Method:</b> Literature study. 7 articles have been included in this study by systematic search for scientific research papers. Keywords that have been used: Aphasia, stroke patients, communication, stroke, care, autonomy, nursing.</p> <p><b>Results:</b> Summary of the results is presented in 4 main themes, since the articles shows several similarities. Communication strategies, the patient's experience, group affiliation and meaningful activities as well as nurses' knowledge and attitudes are topics summarized and discussed.</p> <p><b>Conclusion:</b> The nurse should emphasize the use of several different communication strategies, which are adapted to each patient. In order to exercise this nurses have to have enough knowledge about different strategies, and when they are supposed to be used. The nurse should speak slowly, be able to give the patient time to respond and include the patient in conversation. Picture tools can also be used as supplement to the other communication strategies. By using several different methods of communication and control questions, the nurse understand whether the patient has understood the message and what the patient conveys as important. This will provide a good basis for the nurse to attend to patient autonomy.</p>		

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 Introduksjon .....	5
1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder .....	6
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>8</b>
2.1 Kommunikasjon .....	8
2.2 Hjerneslag og Afasi .....	9
2.3 Autonomi .....	11
2.4 Sykepleieteorier .....	13
2.5 Hensikt og problemstilling .....	14
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>15</b>
3.1 Litteraturstudie som metode .....	15
3.2 Kvalitative og kvantitative studier .....	15
3.3 Søkestrategi .....	16
3.4 Analyse .....	18
3.5 Forskningsetikk .....	19
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>20</b>
4.2 Sammenfatning av artikler .....	27
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>32</b>
5.1 Kommunikasjonsstrategier .....	32
5.2 Pasientens egen erfaring .....	36
5.3 Gruppetilhørighet og meningsfulle aktiviteter .....	38
5.4 Sykepleierens kunnskap og holdninger .....	40
5.5 Metodiske overveielser .....	42
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>43</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>46</b>

# 1.0 INNLEDNING

## 1.1 Introduksjon

Hjerneslag, apoplexia cerebri, er en av de største og alvorligste folkesykdommer, som hvert år rammer ca. 15 000 personer i Norge. Hjerneslag er en den tredje hyppigste dødsårsaken i landet, og er en dominerende årsak til alvorlige funksjonshemninger. Konsekvensene av et hjerneslag er store både for de enkelte personene som rammes og for samfunnet. Verdens helseorganisasjon definerer hjerneslag som: "En plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død" (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011).

Ved hjerneslag kan det oppstå skade i språkområdet som medfører at taleevnen svikter helt eller delvis - afasi. Afasi kommer fra det greske ordet phasis, som betyr tale, og er en språkdefekt som følge av skaden i språkområdet hos personer som tidligere har fungert språklig normalt (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). Når denne språkdefekten oppstår kan det bli vanskelig for pasientene å uttrykke sine meninger. Dermed kan det for sykepleieren bli en utfordring å ivareta pasientens autonomi. Autonomi vil si at pasienten har rett til medbestemmelse, informasjon om sin egen helsetilstand og diagnose (Brinchmann 2013). Innenfor den medisinske etikken innebærer dette å vise respekt ovenfor pasientens rett til å velge eller nekte helsehjelp, dette inkluderer også å motta sykepleie (Nordtvedt og Grønseth 2010).

Hjerneslag etter blodpropp eller blødning i hjernen er ofte årsaken til afasi, men det kan også forekomme etter ytre hodeskader, hjernesvulster eller andre sykdommer (Corneliussen et al. 2014). Afasi er en vanskelig konsekvens av et hjerneslag, som kan oppleves som utfordrende for sykepleieren. Oppgaven begrenses til å omhandle pasienter som har vært utsatt for hjerneslag og hvor det har oppstått afasi som følge av skade i språkområdet. Siden vi bruker språket til å kommunisere med hverandre, vil det å miste språkevnen være en alvorlig funksjonshemning for den som rammes (Corneliussen mfl. 2014). Vurdering av språkvansker og gjenopptrening av språket er en langsom og krevende

oppgave. Derfor kan det være både vanskelig og utfordrende å sikre god kommunikasjon til denne pasientgruppen (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008).

Sykepleieren tilbringer mye tid med pasientene i forhold til andre yrkesgrupper. Kommunikasjon er en stor del av sykepleierens jobb. Sykepleiere kommuniserer med pasienter og pårørende i nesten enhver situasjon. Det er derfor en viktig egenskap for sykepleieren å være god til å kommunisere. God kommunikasjon kan føre til trygghet for pasient og pårørende, det kan sikre brukermedvirkning og føre til god pasientsikkerhet (Heyn 2015). I følge yrkesetiske retningsligner for sykepleiere er vi som sykepleiere pliktig til å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Sneltvedt 2013).

Sykepleierteoretikeren Virginia Henderson har beskrevet prinsipper for grunnleggende sykepleie som peker på at dette blant annet innebærer å hjelpe pasientene til å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for egne følelser og behov (Smebye og Helgesen 2012). En annen sykepleierteoretiker, Joyce Travelbee, legger vekt på betydningen av å etablere et forhold mellom sykepleier og pasient der partene er likeverdige og relasjonen er gjensidig. Travelbee forklarer dette med uttrykket menneske-til-menneske-forhold, og legger vekt på det mellommenneskelige mellom sykepleier og pasient (Kristoffersen 2012).

Sykepleierens oppgave er å støtte, fremme, beskytte og/eller erstatte individets omsorg for seg selv og å gjøre dette på en slik måte at det fører individet fram til optimal egenomsorg. Hensikten med sykepleien er å hjelpe pasienten til selvstendighet eller til å mestre sin sykdom/funksjonssvikt. (Natvig, 1997, s. 379)

### **1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder**

NTNU i Gjøvik har to fokusområder innenfor forskning i klinisk sykepleie. Disse forskningsområdene er *profesjonskompetanse og kvalitet i sykepleie*, som studerer sykepleierens funksjon og forskningsområder. Pasientsikkerhet inngår under begge områdene (Lillemoen 2015).

Denne oppgaven kan relateres til forskningsområdet "*Kvalitet i sykepleie*". Ved å ha god kommunikasjon med pasienten kan sykepleieren sikre brukermedvirkning, pasientens autonomi og få innblikk i pasientens forståelse rundt situasjonen. Med dette vil sykepleieren bedre kunne ivareta pasienten, slik at hans eller hennes behov blir imøtekommet. Sykepleieren kan ved god kommunikasjon gi pasienten nødvendig og tilstrekkelig informasjon, som kan bidra til at pasienten kan føle seg trygg og ivaretatt.

## 2.0 BAKGRUNN

I bakgrunnen presenteres teori om kommunikasjon, hjerneslag og afasi, som et grunnlag for å kunne besvare oppgavens problemstilling. Videre er autonomi definert etterfulgt av en beskrivelse av sykepleieteorier. Deretter presenteres oppgavens hensikt og problemstilling.

### 2.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon er definert som en prosess der et budskap som inneholder informasjon, blir overført eller formidlet, og har blitt beskrevet som en gjensidig prosess der meldinger blir sendt og mottatt, enten verbalt eller non-verbalt (Heyn 2015). Kommunikasjon er utveksling av meningsfulle tegn mellom flere parter, og i sammenheng med sykepleie kan denne utvekslingen skje i samtale med pasient og deres pårørende. Alt som formidles eller utveksles med pasienten er kommunikasjon. Måten dette blir gjort på kalles kommunikasjonsmetoder, og kan være enten verbale eller non-verbale (Eide og Eide 2009). Det å kommunisere pågår i flere kanaler samtidig, fordi den verbale kommunikasjonen alltid blir ledsaget av non-verbal kommunikasjon. Det vil si at i tillegg til det vi sier, formidler vi også budskap via kroppsspråk som bevegelser og ansiktsuttrykk. Altså bruker vi flere ulike kommunikasjonskanaler samtidig for å bringe frem budskapet (Håkonsen 2011).

Kommunikasjonsprosessen har flere ulike komponenter, der hensikten er å bringe informasjon fra en person til en annen. Kommunikasjonsprosessen består av kilde → sender → budskap → kanal → mottaker. Det er i tillegg en rekke faktorer som påvirker senderen av budskapet, som dermed påvirker innholdet, måten budskapet blir gitt og faktorer som påvirker mottakeren av budskapet. Disse faktorene kan blant annet være forventninger og forståelse. Alle parter i kommunikasjonen har forventninger som styrer kommunikasjonsprosessen. I tillegg har partene en forståelse av situasjonen. Denne forståelsen påvirker kommunikasjonen, og er ulik ettersom hvem en kommuniserer med. Forståelsen av situasjonen vil altså være ulik med for eksempel medstudenter enn pasienter, fordi situasjonen stiller ulike krav til form og innhold på kommunikasjonen. For å ha en effektiv kommunikasjonsprosess er det viktig at partene i kommunikasjonsprosessen har en felles forståelse av det som skjer (Håkonsen 2011). Omtrent 40% av



hjerneslagpasientene opplever å få kommunikasjonsvansker som skyldes språk- og talevansker, pragmatiske vansker og andre relaterte kognitive svekkelser (Helsedirektoratet 2010).

## **2.2 Hjerneslag og Afasi**

Betegnelsen på hjerneslag er en plutselig skade på hjernevevet som følge av at blodtilførselen opphører til et område av hjernen, enten på grunn av infarkt eller blødning. Hjernevevet er svært sårbart for forandring i blodforsyningen og vil raskt dø ved opphør av glukose- og oksygentilførselen (Bertelsen 2015). Disponerende faktorer er blant annet alder, høyt blodtrykk, røyking, overvekt, lite fysisk aktivitet, diabetes mellitus, hyperkolesterolemi, hjertesvikt og atrieflimmer. Symptomer ved hjerneslag oppstår som regel plutselig, men kan også utvikle seg mer gradvis i løpet av minutter eller timer. Hvilke symptomer pasienten får, og hvilke konsekvenser det medfører, er avhengig av hvor i hjernen skaden inntreffer. Symptomene varierer fra nedsatt kraft i en arm til lammelser, sviktende språkfunksjon, kognitiv svikt og psykiske forandringer. Nedsatt bevissthet, koma og fallende blodtrykk er alvorlige symptomer (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011).

Et hjerneslag kan få konsekvenser for pasientens livsutfoldelse, livskvalitet og oppfatningen av sin egen kropp (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). Kommunikasjonsvansker som skyldes språk- og talevansker, pragmatiske vansker og andre relaterte kognitive svekkelser opptrer som nevnt tidligere, hos om lag 40 % av slagpasientene. Tidlig diagnostisering kan identifisere vanskene og tidlig intervensjon kan fremme bedring (Helsedirektoratet 2010). Siden denne oppgaven tar for seg afasirammede pasienter, er det symptomet sviktende språkfunksjon som beskrives nærmere.

Afasi oppstår som regel ved hjerneslag og skade i venstre hjernehalvdel, der språksenteret befinner seg. Det er vanlig å dele inn afasi etter hvilken grad språkforståelse eller språkproduksjonen er rammet. Både språkforståelsen og språkproduksjonen kan være rammet ved afasi. En lettere form for afasi er dysfasi, og betegnelsen brukes når det er en delvis og ikke fullstendig svikt. Det er viktig at det skilles mellom ulike former for afasi og dysartri. Ved afasi skyldes språkproblemene skade i språksenteret i hjernen, mens musklene

som brukes ved tale, samt nerveforsyningen til disse musklene er intakt. Dysartri er problemer med å uttale språket tydelig, og skyldes skade på musklene som brukes ved tale eller nerveforsyningen til disse (Gjerstad 2014). Slike skader kan være blant annet pareser i ansiktet, leppene eller tungen (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011).

Språket produseres i det fremre språkområdet. Dersom pasienten har bevart evnen til å forstå språket, men det tilstrebes evne til å uttrykke hva han tenker og føler, ligger skaden i dette området. Dette kalles motorisk afasi. Motorisk afasi kalles også ekspressiv afasi. Ved ekspressiv afasi kan pasienten blande sammen bokstaver eller gjøre ordene vanskelige. Oppstykket tale og begrenset ordforråd er også vanlig ved ekspressiv afasi. Noen pasienter kan kun bruke såkalt automatisk tale, som ja, nei, enkelte fraser og faste uttrykk. Faste uttrykk kan blant annet være banning (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011).

Sensorisk afasi oppstår dersom skaden sitter i det bakre språkområdet som omdanner lydene i språket via sansene til meningsbærende enheter (Eide og Eide 2009). Sensorisk afasi kalles også impressiv afasi. Ved impressiv afasi kan pasienten ha vanskelig for å oppfatte hva som blir sagt, og ha nedsatt språkforståelse. Typisk ved impressiv afasi er at pasienten kan snakke en flytende strøm av ord, men det er ofte meningsløst innhold i det som blir sagt. Denne typen afasi kan gjøre det vanskelig for pasienten å svare på konkrete spørsmål eller gjøre de handlingene han blir bedt om, fordi han ikke forstår hva som blir sagt og bedt om (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011).

Det finnes også en type afasi som kalles global afasi. Ved global afasi vil pasienten ha problemer med alle former for språklig kommunikasjon. Det skyldes omfattende skader i språkområdet, som fører til total afasi, og pasienten vil da ha både ekspressiv og impressiv afasi og de vanskene som dette medfører (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). Omlag en tredjedel av pasientene som rammes av hjerneslag vil få en varig funksjonshemming som påvirker dagliglivet og kan medføre avhengighet av andre. Derimot kan en begrense skadeomfanget og fremme reparasjons- og bedringsprosessene ved å innsette behandling, stimulering og rehabilitering tidlig (Helsedirektoratet 2010). Ved en slagenhet blir det tidlig igangsatt målrettet rehabilitering av den slagrammede. Målene for

rehabiliteringen vil avhenge av omfanget av hjerneskaden, hva pasienten kunne før hjerneslaget, og pasientens ønsker. Spesielt helsepersonell utfører rehabiliteringen. Både sykepleiere, fysioterapeuter og logopeder har en sentral rolle i opptreningen (Bertelsen 2015).

Selv om det er logopeder som tar seg av selve språktreningen, trenger pasienter med afasi også språklig stimulering resten av døgnet. Det viktigste bidraget fra helsepersonell er å snakke med pasienten og ikke over hodet på han (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). Et fint hjelpemiddel og utgangspunkt for kontakt mellom pasienten og de ulike faggruppene rundt pasienten kan være å bruke dagbøker der en oppsummerer hva som har skjedd i løpet av dagen. Notater om eventuell fremgang kan også skrives i boken (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). Rolige og trygge omgivelser er viktig i samtaler med afasirammede. God tid og tålmodighet er også en forutsetning for at samtalen skal bli meningsfull. Pasienten må få tid og oppmuntring for å våge å snakke. Samtidig som sykepleieren må våge å innrømme at en ikke forstår, hvis det er vanskelig å forstå hva pasienten ønsker. Når en snakker med pasienter som er rammet av afasi, bør en først og fremst konsentrere seg om situasjonen her og nå (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). Ved å gi pasienten tid til å uttrykke seg, vil pasienten kunne si sine egne meninger og være delaktig i behandlingen. Dette gjør at det blir enklere for sykepleieren å sikre at pasientens autonomi blir ivaretatt (Grasaas, Sjursen og Stordalen 2014).

## **2.3 Autonomi**

Ordet autonomi er opprinnelig gresk og består av to ord, *auto* som betyr selv og *nomos* som betyr lov, styring og regulering. Autonomi betyr da selvregulering eller selvstyring.

Medbestemmelse er viktig for pasienten slik at det blir mulig å kunne bestemme behandlingsform, eller rett til å nekte behandling. Pasientautonomi kan sees på eller forstås på tre ulike måter. Det er enten et prinsipp, en egenskap eller en rettighet (Slettebø 2001).

Autonomi som et prinsipp vil si at pasienten blir hørt på hva han selv mener skal gjøres, samt at pasientens egne behov og ønsker blir respektert når det skal fattes medisinske eller sykepleiefaglige beslutninger. Når man ser på autonomi som en egenskap knyttes dette til individets evne til å handle overens med egne planer og ønsker. Autonomi som rettighet vil

si at pasienten har krav på at sine valg blir respektert. Dette er først og fremst en etisk rettighet, og ikke bare en juridisk rettighet (Slettebø 2001). Det å være autonom vil med andre ord si at man har rett til handlefrihet over saker som angår en selv. Autonomi innebærer derfor å være selvstendig og ta egne valg, å være uavhengig av andre, vurdere alternative valg og ta en beslutning (Natvig 1997).

Pasienter har rett til å få informasjon om sin egen helsetilstand og diagnose, og om forhold som angår dem selv og deres egen livssituasjon (Brinchmann 2013). Pasientens personlige vurdering av sin situasjon og hva han eller hun syntes er best for seg, er et lovmessig pålegg som må tas hensyn til (Hansen og Lingås 2005).

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

(Pasient- og brukerrettighetsloven 2015)

Alle skal ha den nødvendige informasjonen som behøves for å kunne få innsikt i sin egen helsetilstand og hva helsehjelpen skal innebære. Pasienten skal også ha informasjon om mulige risikoer og eventuelle bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven 2011).

Slagpasienter har et stort behov for informasjon. De trenger å vite om hva som har skjedd, hvorfor han eventuelt ikke klarer å gjøre ting, hva som skal skje videre og hva slags prøver og undersøkelser han eller hun skal gjennom. Afasipasienter er ofte ikke i stand til å spørre om dette selv, og sykepleieren må da ta initiativet til å formidle informasjonen. Det er også viktig at sykepleieren observerer hva pasienten oppfatter, og om han klarer å uttrykke seg korrekt ved å bruke ja og nei, eller eventuelt på andre måter enn via språk (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). Å kunne gi uttrykk for egne behov og følelser er et grunnleggende behov. Grunnleggende behov er beskrevet i ulike sykepleieteorier (Kristoffersen 2008).

## **2.4 Sykepleieteorier**

De tre hovedtypene av teoretiske perspektiver på sykepleie legger vekt på forskjellige sider ved sykepleierfaget, og beskriver blant annet hva sykepleieren bør rette oppmerksomheten mot i møte med det syke mennesket.

Virginia Henderson legger i sin sykepleierteori vekt på 14 grunnprinsipper som legger vekt på sykepleierens ansvar for å ivareta en persons grunnleggende behov. Blant disse grunnprinsippene er “å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser”, med andre ord ser Henderson på kommunikasjon som et grunnleggende behov (Kristoffersen 2012).

Interaksjonsteorier vektlegger samhandlingen mellom sykepleieren og pasienten som basis for sykepleie. I disse teoriene er det sentralt at mennesket selv tillegger hendelser og situasjoner en mening, og at menneskets oppfatning danner utgangspunkt for dets reaksjoner og adferd. For sykepleieren blir det en viktig oppgave å avdekke pasientens opplevelse av egen situasjon, noe som kan bli en utfordring når pasienten har afasi. Kommunikasjon er et sentralt begrep i interaksjonsteoriene, for det er gjennom kommunikasjonen en deler sine meninger og opplevelser med andre (Kristoffersen 2008).

Joyce Travelbees syn på sykepleierfunksjonen er: “at sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening med sykdom og lidelse” (Kristoffersen 2008, s 22). Et viktig element i Travelbees teori er kommunikasjon. Hun beskriver kommunikasjonen som et viktig redskap for sykepleieren for å kunne skape en god relasjon til pasienten. Gjennom å bruke kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person for da å kunne identifisere hans særegne behov. Dette står da helt sentralt i å kunne iverksette tiltak som er i samsvar med pasientens behov. Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på et eksistensialistisk menneskesyn, og på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Travelbee forholder seg til et hvert menneske som en unik person. Sykepleierens mål er å hjelpe mennesket til å mestre, bære og finne mening under sykdom, og videre hjelpe mennesket til å akseptere sin sårbarhet og til å bevare håp. Allerede fra barndommen utvikler mennesket tillit til omverdenen når

behovene blir imøtekommet, slik vil man bevare tillit og håp dersom man får hjelp når man har behov for det. Selv om det i dag er et ideal å være uavhengig av andre og selvstendig, er det et faktum at man likevel er avhengig av andre. Dette ser man spesielt i situasjoner hvor menneskets egne ressurser er utilstrekkelige. Ved å understøtte håpet hos mennesker som lider, hjelper sykepleieren dem til å mestre lidelsen i større grad enn de ellers ville ha gjort (Kristoffersen 2008).

En slagpasient med nyoppstått afasi er sykepleierens pasient, sett fra Travelbees syn, fordi han opplever en krise. Situasjonen kan være preget av lidelse og mangel på opplevelse av mening (Kristoffersen 2008). Det er viktigere for sykepleieren å kjenne til pasientens opplevelse av sin situasjon, og vite hvilken mening han tillegger den, enn å forholde seg til hans diagnose. Sykepleierens mål og hensikt kan bare oppnås gjennom etableringen av et virkelig menneske-til-menneske forhold. Travelbee mener dette etableres gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser, som er; Det innledende møtet, fremveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen 2008).

## ***2.5 Hensikt og problemstilling***

I denne oppgaven vil vi undersøke og vise hvordan sykepleieren gjennom kommunikasjon kan bidra til å ivareta autonomien hos pasienter med afasi etter hjerneslag.

For å komme frem til problemstillingen har vi valgt å inkludere pasienter med afasi som tidligere har vært friske og uten kommunikasjons- og språkproblemer. Vi velger å avgrense oppgaven til afasi som en språkvanske, siden det også er andre typer av språkproblemer som kan oppstå etter et hjerneslag. Vi fokuserer på pasientene som er innlagt på sykehus.

Problemstillingen oppgaven skal besvare er:

Hva bør sykepleier vektlegge i kommunikasjon med afasirammede pasienter for å ivareta deres autonomi?

## **3.0 Metode**

Under dette punktet er litteraturstudie som metode presentert, videre er kvantitativ og kvalitativ metode beskrevet. Det er gjort rede for søkestrategi for innhenting av vitenskapelige artikler, samt en redegjørelse av analyse og forskningsetikk.

### ***3.1 Litteraturstudie som metode***

For å besvare problemstillingen er metoden litteraturstudie brukt i denne oppgaven. Støren (2013) beskriver en litteraturstudie som en studie av det som er undersøkt og skrevet om virkeligheten av artikkelforfatterne. Innholdet i en litteraturstudie består av allerede eksisterende kunnskap som er presentert i artikler, som man henter ved å søke i databaser. En litteraturstudie skaper dermed ingen ny kunnskap, selv om det kan komme frem nye erkjennelser når kunnskap fra flere artikler sammenstilles.

En litteraturstudie handler om å systematisere kunnskapen for å skape oversikt over kunnskap som er viktig i framtidig yrkesgruppe. Det å systematisere kunnskap vil si å utføre kritiske søk, samle data, vurdere og sammenfatte litteraturen for å kunne besvare en gitt problemstilling (Støren 2013).

### ***3.2 Kvalitative og kvantitative studier***

Kvalitative og kvantitative metoder er ulike metoder for å komme frem til et resultat. På hver sin måte kan både kvalitative og kvantitative metoder gi oss en bedre forståelse av samfunnet og hvordan individer og grupper samhandler (Dalland 2012).

Fordelen med den kvantitative metoden er at den gir data i form av målbare enheter. Disse målbare enhetene gir muligheter for å finne ut for eksempel prosentandel, gjennomsnitt eller gjennomføre andre regneoperasjoner (Dalland 2012). Ved å bruke kvantitativ metode kan en for eksempel finne ut prosentandelen med pasienter som blir rammet av afasi etter et hjerneslag.

Kvalitativ metode er basert på individets meninger og opplevelser, og informasjonen er vanskelig å tallfeste eller måle (Dalland 2012). I en kvalitativ studie samler og sammenligner forskerne kjent kunnskap. Det vil si at de ikke undersøker for å finne frem helt ny kunnskap, men sammenligner for eksempel studier som er gjort tidligere og tolker funnene. Ved å bruke kvalitativ metode kan en reflektere over realiteten og gjøre videre undersøkelser for å bekrefte allerede kjent kunnskap, og se hvordan teorien arter seg i praksis. Eksempler på metoder for datainnsamling i kvalitative studier kan være kasusstudier og strukturerte intervjuer (Polit og Beck 2010). I denne litteraturstudien er det i størst grad benyttet kvalitative studier, som kan beskrive pasientenes eller sykepleiernes egne opplevelser.

### **3.3 Søkestrategi**

Det er søkt i bokkatalogen Oria for å finne relevant fag- og pensumlitteratur. Samt utført søk i de ulike databasene for helsevitenskap for å finne vitenskapelige artikler som kan understreke og gi oss svar på vår problemstilling. I denne oppgaven er databasene Cinahl Complete, Ovid Nursing Database og SveMed+ og Academic search elite brukt.

Ved bruk av PICO skjema er søkene etter vitenskapelige artikler blitt mer oversiktlig, dermed har ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier for søkene kommet frem. PICO står for patient/problem, intervention, comparison, outcome.

<b>Patients/Problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison</b>	<b>Outcome</b>
Pasienter med afasi etter hjerneslag	Kommunikasjon for å styrke pasientens autonomi	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Pasientene føler seg sett og hørt, medbestemmelse, autonomi, gode relasjoner og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.

Det er benyttet søkeord som hjerneslag, apoplexia cerebri, kommunikasjon, afasi, autonomi, brukermedvirkning, livskvalitet, slagenhet, sykehus, deltakelse, pasientopplevelser, helsetjenester, rehabilitering, selvstendighet og sykepleie for å finne relevante bøker og forskningsartikler til oppgavens tema.



For å få et bredere spekter på artikkelsøkene er de samme søkeordene brukt, men da oversatt til engelsk. For å få mest mulig relevant forskning er søkene begrenset til artikler som er publisert innen de siste 10 årene, fra 2006-2016. Søkene er også avgrenset til artikler i fulltekst. Alle artiklene er fagfellevurdert, som betyr at eksperter innen fagområdet har vurdert og godkjent forskningen før den blir utgitt (Dalland 2012). Søk etter artikler har blitt utført i perioden desember 2015 til april 2016.

Det er også brukt relevant faglitteratur, som kan bidra til å utfylle og underbygge denne oppgaven. Det er hovedsakelig brukt litteratur publisert innenfor de siste 10 årene. Litteratur publisert tidligere, som er relevante og viser pålitelighet, har også blitt benyttet. Artikler eldre enn 10 år gamle er ekskludert. Lærebøker gjengir som oftest resultater fra forskning, teorier og faglige argumenter. Dette kan gjøre det vanskelig å se hvor grundig argumentene er underbygd (Støren 2013). Det har derfor også blitt søkt opp aktuelle primærkilder i Oria.

#### Inklusjonskriterier:

- Språk - Norsk, svensk, dansk og engelsk.
- Publikasjonstype - vitenskapelige forskningsartikler som er fagfellevurdert.
- Pasientgruppe- pasienter med afasi etter hjerneslag, pasienter med dysfasi kan også bli inkludert da dette er en mild form for afasi.
- Tidsrom - artikler fra 2006 - 2016.

#### Eksklusjonskriterier:

- Språk - andre språk enn norske, svenske, danske og engelske.
- Artikler som ikke er fagfellevurdert.
- Pasienter med demens, pasienter med afasi av andre grunner enn hjerneslag, pasienter med dysfagi eller dysartri.
- Tidsrom - artikler eldre enn 10 år.
- Pårørende som talspersoner for pasienten.
- Pasienter innen kommunale helsetjeneste eller rehabiliteringssenter.

Søkeord	Database	Avgrensning	Kombinasjoner	Antall treff
<b>1. Aphasia</b> <b>2. Stroke patients</b> <b>3. Communication</b> <b>4. Stroke</b> <b>5. Care</b> <b>6. Autonomy</b> <b>7. Nurs*</b>	Academic Search Complete	Fulltekst, 2006-2016.	1 AND 2	224
			1 AND 2 AND 3	58
	Cinahl complete	Fulltekst, 2006-2016.	3 AND 4	447
			4 AND 6	50
			1 AND 3 AND 4	112
	1 AND 3 AND 5	50		
	Oria	Fulltekst, 2006-2016, fagfelleverderte tidsskrift, artikler.	1 AND 4	3338
1 AND 3 AND 4			395	
SveMed +	2006-2016.	1	44	
		1 AND 7	2	

### 3.4 Analyse

De relevante forskningsstudiene som er funnet, er analysert med vekt på resultater, diskusjon og konklusjon. De ulike artiklene er sammenlignet med hverandre, i tillegg er de ulike forskningsstudiene sammenlignet med faglitteratur for å sette ulike perspektiv mot hverandre. Teorien vil være til hjelp for å vurdere hvorvidt det er mulig å komme frem til en konklusjon og gi oss en viss trygghet ovenfor eventuelle mangler og tilfeldigheter som alltid finnes i en undersøkelse. Dersom det oppdages at resultatene samsvarer med faglitteraturen som er blitt innhentet, vil det være lettere å stole på funnene i studiene (Dalland 2012).

### **3.5 Forskningsetikk**

Forskning er av stor betydning for enkeltmennesker, for samfunnet, og for global utvikling. På alle disse nivåene er forskning en betydelig maktfaktor. Derfor er det vesentlig at forskning foregår på måter som er etisk forsvarlige (De Nasjonale forskningsetiske komiteene 2014).

Helseforskningsloven tar utgangspunkt i at menneskerettigheter og menneskeverd skal være grunnleggende prinsipper innen medisinsk og helsefaglig forskning. Den klare hovedregelen ved deltagelse i medisinsk og helsefaglig forskning er "informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart" samtykke. Et krav som er nært knyttet opp til etiske vurderinger om selvbestemmelsesrett, menneskeverd og personlig integritet (Sønderland 2009). Alle som arbeider med forskningsetikk må forholde seg til Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer som brukes aktivt over store deler av verden (Førde 2014).

## 4.0 Resultat

Resultatet presenterer de 7 forskjellige artiklene, som er fremstilt i matrise. De ulike artiklene er analysert, og det er utført kildekritikk som er beskrevet i matrisene. Deretter er de ulike funnene fra forskningsartiklene sammenfattet.

Referanse	Hensikt	Metode/ Deltakere	Resultat	Egne kommentarer/kildekritikk
<p>1.) <b>Forfattere:</b> M.B. Johansson, M. Carlsson og K. Sonnander, 2012.</p> <p><b>Tittel:</b> <i>Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia.</i></p> <p><b>Tidsskrift:</b> <i>International Journal of Language &amp; Communication Disorders, Sverige.</i></p>	<p>Hensikten var å finne ut hvordan pasienter med afasi opplever å ha samtaler med forskjellige personer og hvordan de takler vanskeligheter med å kommunisere i det daglige.</p>	<p><b>Forskningsmetode:</b> Kvalitativ studie.</p> <p><b>Deltakere:</b> - 4 kvinner - 7 menn</p>	<p>Resultatet av denne studien viste at deltakerne satte pris på å ha samtaler til tross for at afasi ble sett på som en alvorlig hindring. Det viste at faktorer som miljø, samtaleemne, de forskjellige samtalepartnere og dagsformen til deltakerne, påvirket kommunikasjonen. Deltakerne bekreftet at det hadde en innvirkning på samtalen om samtalepartnere hadde kunnskap og forståelse om afasi på grunn av deres bruk av ulike samtalestrategier. Deltakerens syn på å bruke hjelpemidler eller strategier var varierende. Fire temaer som var gjentakende for flere av deltakerne var tap og frustrasjon, frykt og usikkerhet, felles ansvar basert på kunnskap, og lengsel etter fortiden eller det å kunne se fremover.</p>	<p>- Nordisk artikkel.</p> <p>- Nyere forskning som er et av våre inklusjonskriterier.</p> <p>- For å bli inkludert i studien måtte deltakerne ha afasi etter et hjerneslag minst 12 måneder før intervjuene ble iverksatt. I henhold til hva vår oppgave skal ha fokus på, relatert til pasienter med afasi etter nyoppstått hjerneslag, ser vi allikevel denne studien som relevant for vår oppgave på grunn av studiens hensikt hvor pasientens opplevelser er i fokus.</p> <p>- Deltakerne skulle heller ikke ha noen andre språk- eller taleproblemer som alvorlig dysartri, dette samsvarer med våre eksklusjonskriterier.</p> <p>- Intervjuene ble filmet for å sikre at all verbal og non-verbal kommunikasjon</p> <p>- Tidsskriftet er fagfellevaldert til nivå 1.</p>

Referanse	Hensikt	Metode/ Deltakere	Resultat	Egne kommentarer/kildekritikk
<p>2.) <b>Forfattere:</b> B. Tomkins, S. Siyambalapitiya og L. Worrall, 2013.</p> <p><b>Tittel:</b> <i>What do people with aphasia think about their health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction.</i></p> <p><b>Tidsskrift:</b> Aphasiology, Australia.</p>	<p>Hensikten var å forske på ulike faktorer som påvirker tilfredshet eller misnøye relatert til det å motta helsetjenester for afasirammede pasienter.</p>	<p><b>Forskningsmetode:</b> Kvalitativ studie.</p> <p><b>Deltakere:</b> 50 deltakere med afasi. - 24 kvinner - 26 menn</p>	<p>Det ble identifisert syv områder innen omsorg som var med på å påvirke om deltakerne var tilfreds eller misfornøyde relatert til det å leve med afasi.</p> <p><b>Helseområder:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Danne relasjoner</li> <li>2. Måte og metoder for helsetjenester</li> <li>3. Informasjon, kommunikasjon og kunnskap</li> <li>4. Struktur og relevans av terapi</li> <li>5. Organisasjonisk ledelse</li> <li>6. Individuell støtte</li> <li>7. Positivitet og forbedring</li> </ol> <p>Denne studien har identifisert spesifikke faktorer og verdier som bidrar til om personer med afasi er tilfredse eller misfornøyde med den helsetjenesten de mottar.</p> <p>Det er delte meninger blant deltakerne innenfor de ulike helseområdene og temaene om hvordan de opplever å bli ivaretatt.</p>	<p>- Nyere forskning som er et av våre inklusjonskriterier</p> <p>- Studien har ingen utfyllende konklusjon, men er bygd opp etter IMRAD-strukturen.</p> <p>- Det nevnes i studien at pasienter med afasi ofte blir utelukket fra undersøkelser om pasienttilfredshet grunnet vanskeligheter med kommunikasjonen.</p> <p>- Selv om studien er publisert i Australia mener vi at den er relevant for vår oppgave i og med at det er lite forsket på dette temaet.</p> <p>- Tidsskriftet er fagfelleverdert til nivå 1.</p>

Referanse	Hensikt	Metode/ Deltakere	Resultat	Egne kommentarer/kildekritikk
<p>3.) <b>Forfattere:</b> K. Brown, L. Worrall, B. Davidson og T. Howe, 2010.</p> <p><b>Tittel:</b> <i>Snapshots of success: An insider perspective on living successfully with aphasia.</i></p> <p><b>Tidsskrift:</b> Aphasiology, Australia.</p>	<p>Målet med studien var å finne ut hva personer med afasi mener om det å leve optimalt til tross for kommunikasjonshemmingen.</p>	<p><b>Forskningsmetode:</b> Kvalitativ studie.</p> <p><b>Deltakere:</b> 25 deltakere med afasi etter hjerneslag. - 12 kvinner - 13 menn</p>	<p>I studien viste det seg at det å vurdere et suksessfullt liv med afasi er veldig individuelt og kan deles inn i flere faser. For å fremstille resultatene har de delt dem opp i fire hovedtemaer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Å gjøre ting</li> <li>2. Betydningsfulle relasjoner</li> <li>3. Å ha en positiv livsstil</li> <li>4. Kommunikasjon</li> </ol> <p>Disse hovedtemaene ble delt inn i flere underkategorier med temaer som deltakerne har sett på som viktige faktorer for å få et suksessfullt liv med afasi.</p> <p>Resultatene ble framstilt gjennom å se på fotografiene deltakerne hadde tatt, for så å de skulle forklare hvorfor de anså motivene på fotografiene som betydningsfulle i forhold til det å leve et suksessfullt liv med afasi.</p> <p>I forhold til kommunikasjon ble det satt fokus på verbal kommunikasjon og hvordan det kan både ha et positivt og et negativt utfall. I tillegg ble det også fokusert på kommunikasjon i sammenheng med de andre hovedtemaene i studien, og hvordan for eksempel det å gjøre ting selvstendig også innebærer kommunikasjon, som ved en telefonsamtale. Det ble også lagt vekt på kommunikasjonsstrategier.</p>	<p>- Nyere forskning</p> <p>- Et av inklusjonskriteriene for deltakerne i studien var at de måtte ha hatt en afasiagnose i minst to år, og at afasiagnosen måtte være et resultat av et hjerneslag. I oppgaven vår fokuserer vi på personer med afasi etter et nyoppstått hjerneslag. Vi må dermed vurdere informasjonen som kommer frem i denne studien til om det kan være relevant for personer med nyoppstått afasi, og ikke bare de som har levd med afasi over lengre tid. Gjennom kritisk vurdering av innholdet i artikkelen har vi kommet frem til at det meste som fremkommer i studien sannsynligvis også er relevant for personer med nyoppstått afasi.</p> <p>- De andre inklusjons- og eksklusjonskriteriene samsvarer med kriteriene vi har satt for vår oppgave, noe som gjør at studien vil ha riktig fokus i forhold til vår problemstilling.</p> <p>Det er 25 deltakere i studien, og det blir oppdaget at det er store individuelle forskjeller. Derfor er vi kritiske til å påstå at resultatet i artikkelen er likt for de fleste personer med afasi, fordi det er et fåtall som er inkludert i studien, og bare blant de er det flere ulikheter.</p> <p>- Selv om studien er publisert i Australia mener vi at den er relevant for vår oppgave i og med at det er lite forsket på dette temaet.</p> <p>- Tidsskriftet er fagfelleurdert til nivå 1.</p>

Referanse	Hensikt	Metode/ Deltakere	Resultat	Egne kommentarer/kildekritikk
<p>4.)  <b>Forfattere:</b>            J. Thompson og M. McKeever, 2012.  <b>Tittel:</b>  <i>The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: an exploration using the Theory of Human Scale Development.</i>  <b>Tidsskrift:</b>            Journal of Clinical Nursing, England.</p>	<p>Studien tar for seg hvordan afasi har innvirkning på helse og velvære. Og kommer med forslag til egnet sykepleie til afasipasienter.</p>	<p><b>Forskningsmetode:</b>            Litteraturstudie  <b>Deltakere:</b>            Vurderer relevant litteratur, og "The Theory of Human Scale Development" som et rammeverk for diskusjon.            "The Theory of Human Scale Development" blir introdusert.</p>	<p>"The Theory of Human Scale Development" understreker at livskvaliteten avhenger mye på selvrealisering og relasjonsbygging som på fysisk helse.            Resultatene i studien blir presentert under hovedtemaene selvrealiserings behov og behov for å skape relasjoner til andre.            Studien konkluderer med å understreke at grunnleggende menneskelige behov involverer sosiale og psykiske så vel som fysiske aspekter.</p>	<p>- I studien legges det frem at afasi resultater i "tap av selvtilit", viktig at sykepleiere har kunnskap om dette og andre konsekvenser afasi kan ha på livskvaliteten.            - I studien kommer det frem at situasjonen blir forverret av helsetjenestens utilstrekkelige kommunikasjonsstrategier, og det blir gitt forslag til bruk av mer hensiktsmessige strategier.            - Effekten av pårørendes innspill er vurdert, noe vi har valt å ikke legge fokus på i denne oppgaven. Pårørendes innspill er vurdert som et av flere resultater, vi anser flere av de andre resultatene i studien som aktuelle, og har derfor valgt å bruke denne artikkelen.            - Sykepleiekompetanse om språkpraksis behandlinger blir diskutert.            - Artikkelen er fagfellevurdert til nivå 2.</p>

Referanse	Hensikt	Metode/ Deltakere	Resultat	Egne kommentarer/kildekritikk
<p>5.) <b>Forfatter:</b> M. Nystøm, 2006</p> <p><b>Tittel:</b> <i>Aphasia - an existential loneliness: A study on the loss of the world of symbols.</i></p> <p><b>Tidsskrift:</b> International Journal of Qualitative studies on Health and Well-being, Sverige.</p>	<p>Målet med denne studien var å analysere konsekvensene av afasi, og kampen for å gjenvinne muligheten til å kommunisere.</p>	<p><b>Forskningsmetode:</b> Kvalitativ studie.</p> <p><b>Deltakere:</b> - 4 kvinner - 5 menn</p>	<p>En følelse av fellesskap eller fremmedgjøring, ser ut til å avhenge av kvaliteten av mellommenneskelige relasjoner. Resultatene viser dermed at samhandling og kommunikasjon er viktige aspekter ved å gi profesjonell omsorg.</p> <p>- Temaene som ble reflektert over var deres kamp for å gjenoppta evnen til å kommunisere, konsekvenser for familielivet og relasjoner til andre, samt refleksjoner angående den profesjonelle omsorgshjelpen de har fått.</p>	<p>- Svensk studie</p> <p>- Studien er fra 2006, og er derfor noe gammel. Men er likevel innenfor inklusjonskriterier våre.</p> <p>- Et av kriteriene for å kunne delta i studien var at deltakerne måtte kunne kommunisere relativt greit, enten skriftlig eller muntlig. Noe som reduserte antallet potensielle kandidater. Dette er noe vi tenkte på da vi inkluderte artikkelen.</p> <p>- Alle intervjuene ble tatt opp med lydopptak, noe som forsterker studiens pålitelighet.</p> <p>- Relevansen av tentative tolkninger ble evaluert ved hjelp av ulike validitets kriterier.</p> <p>- Prinsipper fra svensk humanistisk og samfunnsvitenskapelig forskningsutvalg har blitt brukt som en relevant guide for etiske vurderinger i studien. Det kommer også frem at all deltakelse var frivillig, med mulighet til å trekke seg fra prosjektet om ønskelig. Det ble også forsikret at all informasjon gitt av deltakerne var konfidensielt.</p> <p>- Fagfellevurdert nivå 1.</p>



Referanse	Hensikt	Resultat	Egne kommentarer/kildekritikk
<p>6.)  <b>Forfattere:</b>            B. Grohn, L. E. Worrall, N. Simmons-Mackie og K. Brown, 2012.</p> <p><b>Tittel:</b>  <i>The first 3-months post stroke: What facilitates successfully living with aphasia?</i></p> <p><b>Tidsskrift:</b>            International Journal of Speech-Language Pathology, Australia.</p>	<p>Hensikten med studien er å utforske perspektivet til personer med afasi, i forhold til faktorer som fremmer et suksessfullt liv med afasi de første 3 månedene etter hjerneslaget.</p>	<p>Individuelle oppfatninger er faktorer som kan ha betydning både fordi det er ulikt fra person til person hva de legger i å "leve et suksessfullt liv med afasi", men også hva slags innstilling de har til tiltakene og undersøkelsene som blir gjort. Studien viser at det er positivt med mye deltagelser i grupper og aktiviteter, og at også de som helst vil holde seg alene, har positivt utbytte av å delta på aktiviteter. Studien viser at det kan være forskjell på de aktivitetene en velger selv å være med på, enn de aktivitetene en blir invitert med til å delta på. Dersom en blir invitert med på å delta, kan en føle seg mer inkludert og vil også kanskje ha en mer positiv innstilling til å delta.</p>	<p>- Nyere forskning</p> <p>- Selv om studien er publisert i Australia mener vi at den er relevant for vår oppgave i og med at det er lite forsket på dette temaet.</p> <p>- Positivt at deltakerne er fra forskjellige områder, dette kan gjøre resultatet mer troverdig enn hvis deltakerne f.eks. hadde vært fra samme by.</p> <p>- 15 deltakere i studien - få på verdensbasis, viktig å ha dette med i bakhodet når en vurderer artikkelen.</p> <p>- Basert på personers erfaringer, individuelle forskjeller. Dette indikerer at det også sannsynligvis vil være store individuelle forskjeller hos en større andel personer med afasi.</p> <p>- Er innenfor inklusjonskriteriene i vår oppgave.</p> <p>- Fagfellevurdert nivå 1.</p>

Referanse	Hensikt	Metode/ Deltakere	Resultat	Egne kommentarer/kildekritikk
<p>7.)  <b>Forfattere:</b>  L. L. Mathiesen, H. Forchhammer, H. K. Iversen og L. R. Jensen, 2014.</p> <p><b>Tittel:</b>  <i>Nyt redskap til kommunikasjon med afasiramte.</i></p> <p><b>Tidsskrift:</b>  Sygeplejerske, Danmark.</p>	<p>Målet med studien er å tilpasse SCA-metoden (SCA - støttet samtale til voksne med afasi) til danske forhold og til akuttfasen etter et nyoppstått hjerneslag, samt iverksette metoden i en sykehusavdeling. Deretter er målet å beskrive iverksettelsen og bruken av SCA-metoden under innleggelse på sykehus.</p>	<p><b>Forskningsmetode:</b>  Innføringsprosjekt av SCA-metoden i slagenheten ved Glostrup Hospital, Danmark</p> <p><b>Deltakere:</b>  Hele det tverrfaglige teamet ved slagenheten på sykehuset deltok i prosjektet.</p>	<p>Innføringen av prosjektet har vært vellykket. SCA-metoden oppleves som et sammenhengende system, med verktøy som kan bidra til å løse reelle problemer i klinisk arbeid.</p> <p>Studien viser til at er det moderat evidens for at helsepersonell kan forbedre evnen til å kommunisere med afasirammede ved anvendelse av SCA-metoden.</p>	<p>- Nordisk artikkel med nyere forskning.  - Kvantitative data fra spørreundersøkelsen utført blant de ansatte skal offentliggjøres i en artikkel, bra at det blir publisert mer om emnet.  - Det er videre planlagt at pårørende skal kunne undervises i metoden, noe som kan være positivt for pasienten som da får en stabilitet i måten å kommunisere på.  - Fokus på samtalestøtte blir opprettholdt hos personalet og det skal holdes undervisning også for nyansatte.  - Positivt at hver enkelt pasient får en samtalebok, på denne måten blir kommunikasjonen tilpasset den enkelte pasientens behov. Det blir også lettere for behandlerne å kunne tilpasse kommunikasjon til hver enkelt.  - Metoden kan føre til økt fokus på kommunikasjonsproblemer ved innkomst på en sykehusavdeling, som eventuelt også kan brukes ved andre avdelinger enn slagenheter.  - Tidsskriftet artikkelen er publisert i er fagfelleverdert til nivå 1.</p>

## **4.2 Sammenfatning av artikler**

Sammenfatningen presenteres i 4 temaer, da funn i artiklene har flere likhetstrekk.

### **4.2.1 Kommunikasjonsstrategier**

I studien til Mathiesen et al. (2014) ble det utarbeidet bildeverktøy, som kan brukes i samtaler om et bestemt innhold. Også fagspesifikke mapper ble utarbeidet for sykepleiere, leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter og saksbehandlere. Det ble også brukt en samtalebok til den enkelte pasient, hvor samtalepartnere kan skrive ned nøkkelord til støtte til den informasjonen som gis.

Brown et al. (2010) brukte fotografier i tillegg til semistrukturerte intervjuer for å undersøke deltakernes meninger. Deltakerne ble fikk utdelt et kamera for å fotografere objekter, situasjoner og andre ting de forbandt med å leve et optimalt eller suksessfullt liv med afasi. Intervjuene ble basert på fotografiene deltakerne hadde fotografert.

Deltakerne i studien Grohn et al. (2012) la vekt på endringer i forhold til kommunikasjonen. Kilder som bøker om kommunikasjon, kort med informasjon om afasi, kort som beskrev reisemålet deres ved bruk av offentlig transport ble sett på som hjelpsomt. Det var lettere å lese dersom skriftstørrelsen ble økt. Kommunikasjonsstrategier som ble identifisert som viktige var blant annet å snakke saktere, gi mer tid for personen til å snakke, spørre spørsmål og å gi alternativer når personen har problemer med å finne ord, i tillegg til viktigheten av å inkludere personen i samtalen.

Trening og funksjonell kommunikasjon ved hjelp av kommunikasjonsstrategier samt samtalepartner intervensjoner er foreslått som et hjelpemiddel for å oppnå en forbedret kommunikativ evne. Samtalene ble betydelig påvirket av deltakernes afasi, hvor de fleste var enige om at det å kommunisere var vanskelig og frustrerende. Likevel, likte de fleste av deltakerne å møte mennesker og delta i samtaler til tross for afasi, spesielt hvis samtalepartneren var i stand til å tilpasse seg den kommunikative evnen til den afasirammede. De satte pris på når folk nærmet seg og viste interesse for å kommunisere med dem (Johansson, Carlsson og Sonnander 2012).

Det kommer frem i studien til Thompson og Mckeever (2012) at pårørende og venner kan gjenfortelle mye av pasientens tidligere historie, som kan styrke relasjonen mellom sykepleier og pasient. Dette viser til at kommunikasjonen har blitt mer effektiv når sykepleierne har fått forslag til non-verbale strategier fra familiemedlemmer. Det er imidlertid risiko for pasientens autonomi ved å stole tungt på allianser med pårørende. Thompson og Mckeever (2012) nevner at enhver form for oversettelse via en tredje part øker sjansene for misforståelser.

#### **4.2.2 Pasientens egen erfaring**

Deltakerne i Nystrøm (2006) beskrev følelser av å være stengt inne i sine egne kropp. Følelse av å være alene, fanget i egen kropp, kan i følge denne studien se ut til å skape en avstand fra andre mennesker. Det fremkommer også at det å bli fullstendig klar over konsekvensene av afasi ser ut til å være både skremmende og ydmykende, til tross for at evnen til å kommunisere ble forbedret over tid. Deltakerne fortalte om følelsen av å miste sin verdighet på grunn av at de ikke hadde evnen til å kommunisere tilstrekkelig. Når deltakerne ble berørt av afasi var de enten våkne, forvirret eller bevisstløse. Til tross for forekomst av begynnende sjokk og frykt, ble neste periode etterfulgt av stillhet, usammenheng og ufullstendige ord i hodet. Dette ble beskrevet som en drømmende surrealistisk tilstand av total ro i kaoset.

Grohn et al. (2012) vektlegger at positivitet og optimisme ble sett på som en faktor for å leve et suksessfullt liv med afasi. Gjennom intervjuene var det tydelig at det var flere personlige holdninger, kvaliteter og følelser som ga deltakerne positive fremtidsutsikter. Optimisme og håp ble uttrykt ved diskusjon av forbedringer som deltakerne hadde hatt siden hjerneslaget.

I studien av Tomkins, Siyambalapitiya og Worrall (2013) blir det presentert under temaet informasjon og kommunikasjon at angst, stress og frykt ofte ble sett ved diskusjoner rundt vanskelighetene med å kommunisere. Videre kommer det frem at temaet verdighet og respekt kan relateres til at deltakerne hadde følelsen av å være anerkjent og bli akseptert som en intelligent og viktig person, og mer spesifikt at de forble den samme personen, til tross for sin kommunikasjonslidelse. Temaet kontroll og selvstendighet involverer kvaliteten

relatert til pasientens autonomi som engasjement, egen fri vilje og evnen til å ta selvstendige avgjørelser. Noen av deltakerne uttrykte misnøye til mangelfull informasjon for å kunne ta egne avgjørelser. De uttrykte en følelse av å være begrenset, dette ble beskrevet som en følelse å sitte i fengsel mens de var innlagt på sykehus, og at de hadde lite kontroll over sitt eget liv på grunn av at legene kom med dårlig prognose.

### **4.2.3 Gruppetilhørighet og meningsfulle aktiviteter**

Johansson, Carlsson og Sonnander (2012) nevner at flere studier har antydnet at sosial deltakelse er viktig for å oppnå god livskvalitet. Thompson og Mckeever (2012) belyser hvordan afasi påvirker relasjoner og hvordan sykepleiere må skape miljøer der grunnleggende menneskelige behov, i forbindelse med relasjonsbygging og sosial integrasjon, er oppnåelig. De sosiale fordelene med tilhørighet i afasistøttegruppe blir diskutert i studien, og sykepleiere bør oppfordres til å anbefale gruppetilhørighet som en form for rehabilitering.

Det kommer frem i Nystrøm (2006) at afasi berører en verden av symboler, som er nødvendig i relasjon til andre. Verbalt språk ble erfart som en forutsetning for å kunne delta i samfunnet, og uten språk trodde deltakerne i denne studien at de ble betraktet som dumme. Noen av deltakerne i denne studien kjente ikke igjen seg selv på grunn av sin manglende evne til å kommunisere. Det å ikke kjenne igjen seg selv, og ikke være i stand til å opprettholde selvfølelsen gjør at man lettere får mistro til andres gode intensjoner.

I studien av Grohn et al. (2012) viste det seg at deltakerne ønsket å gjøre ting som fremmet rehabiliteringen, og diskuterte aktiviteter som kunne fremme kommunikasjon. Dette var blant annet lesing, sudoku, scrabble, bruk av telefon og handlelister. Deltakerne vurderte hjemmeoppgavene de fikk av helsepersonell til å være uvurderlige og en stor del av rehabiliteringen. Når de aktivt gjorde ting selv følte deltakerne at de jobbet mot å bli bedre og selvstendige. Ved å jobbe mot å bli selvstendige kunne de ta tilbake sjefsrollen og kontrollen over eget liv. Det var klart at noen deltakere mente at ved å bli mer selvstendige kunne hjelpe dem til å bli mer suksessfulle. I tillegg anså deltakerne det som viktig å kunne delta på meningsfulle aktiviteter, som hagearbeid, ha ansvar for dyr, matlaging, osv.

Deltakerne snakket også om problemer med kommunikasjon, fysisk funksjon, fatigue og tap av selvfølelse som faktorer som påvirket dem i forhold til evnen til å gjøre ting.

Afasistøttegruppene ble beskrevet som en god måte for å møte og få støtte fra andre personer med afasi. I forhold til tilrettelegging opplevde deltakerne endringer som at de måtte ta seg mer tid til å gjøre ting, og legge ting bak seg for å komme tilbake senere dersom det var vanskelig. Sosial støtte og sosiale relasjoner ble ansett som viktige faktorer. Viktigheten av både praktisk og emosjonell støtte ble uttrykt av deltakerne. Deltakerne anser det som viktig å få hjelp til aktiviteter som handling, transport, og til hjemmeoppgaver i forhold til rehabilitering. I tillegg var det viktig for deltakerne å ha familie og venner rundt seg til å snakke om ting og hjelpe dem til å få bedre selvsikkerhet og selvfølelse, samt å ivareta sosiale relasjoner. Deltakerne diskuterte også fordelene med å møte andre personer på sykehus og i støttegrupper, og vurderte det til å være en mulighet til å møte nye venner og ha noen andre å snakke med, samt som motivasjon og oppmuntring (Grohn et al. 2012).

#### **4.2.4 Sykepleierens kunnskap og holdninger**

Studien av Thompson og Mckeever (2012) belyser at sykepleiere tar kontroll over samtalene, fokuset i dialogen blir på sykepleierens oppgaver, slik at pasientene sjelden starter samtalen og får liten innflytelse i å velge samtaleemne. Thompson og Mckeever (2012) mener afasi har en negativ innvirkning på relasjoner ved å nekte tilgang til støttenettverk, noe som resulterer i isolasjon, og at den enkeltes situasjon blir forverret av negative holdninger fra sykepleiere. Det er også avgjørende at sykepleiere klarer å støtte relasjonsbyggingsprosessen, for å redusere risikoen for videre helseproblemer assosiert med sosial isolasjon. I studien kommer det frem at hvis sykepleiere skal kunne gi optimal pleie for afasipasienter, må de forstå nødvendigheten av målrettet kommunikasjon for helse og velvære. For at sykepleiere skal utnytte kommunikasjonsstrategier som et terapeutisk verktøy, må de først forstå den ødeleggende effekten afasi har på livskvaliteten. Thompson og Mckeever (2012) viser til at sykepleieres kompetanse i praktisk språkterapi krever grunnleggende trening, jevnlig samarbeid med logopeder og fortrolighet med argumentativ og alternativ kommunikasjon som gestikulering, bruk av bildekort og elektroniske hjelpemidler.

Vellykkede relasjoner og effektiv kommunikasjon avhenger av harmonisering og omsorg, og kan derfor eksistere uavhengig av tilstedeværelse eller fravær av verbal interaksjon. Non-verbal kommunikasjon som berøring, kroppsholdning, bevegelse og ansiktsuttrykk, ble i studien presentert som en mer ærlig og mer medfølende form for kommunikasjon enn språk (Thompson og Mckeever 2012).

Ved å være ydmyk og akseptere sine begrensninger som kommunikator kan sykepleiere frigjøre seg fra ubehagelige situasjoner. Ved å tørre å forsøke å kommunisere kan sykepleieren risikere å misforstå vedkommendes budskap. Forsøket i seg selv viser mot og vilje til å forstå, noe som forsterker inntrykket av kompetanse, samt indikerer til pasienten at han er viktig (Thompson og Mckeever 2012).

I studien av Nystrøm (2006) kommer det frem at fraværelse av profesjonell støtte i kampen om å gjenvinne språket førte til en følelse av ensomhet. Rehabilitering og helsepersonellens rolle ansett som viktig i de tidlige stadiene av å gjenvinne optimal helse. Deltakerne fortalte at de generelt følte seg godt ivaretatt av helsepersonell. Deltakerne vurderte helsepersonell til å være en uvurderlig kilde til informasjon (Grohn et al. 2012).

## 5.0 Drøfting

*Hva bør sykepleier vektlegge i kommunikasjon med afasirammede pasienter for å ivareta deres autonomi?*

### 5.1 Kommunikasjonsstrategier

I Hendersons 14 prinsipper om grunnleggende behov, ansees kommunikasjon som et av prinsippene (Kristoffersen 2012). Hos pasienter med afasi etter hjerneslag kan kommunikasjonen bli en utfordring, både på grunn av språkproblemene afasi medfører, og eventuelle andre påvirkninger hjerneslaget kan ha hatt, som for eksempel kognitiv svekkelse (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). For å ivareta pasientens grunnleggende behov kan det derfor være nyttig å benytte seg av ulike kommunikasjonsstrategier.

Det viser seg gjennom forskning at god kommunikasjon er essensielt for å kunne levere kvalitet i helsetjenestene samtidig som det er en del av effektive kliniske vurderinger, helsefremming og pasientautonomi. Kommunikasjonsmodeller og forskningsstudier tyder på at helseutfallene er bedret når sykepleiere bruker kommunikasjon som gjensidig samspill for å vise at de bryr seg og for å vise engasjement, tilbake får de da tillit og skaper relasjoner. Derimot viser også studien at sykepleiere ikke klarer å benytte seg optimalt av alternative kommunikasjonsstrategier når den verbale kommunikasjonen er fraværende. Dette fører til at standarden på kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient ikke blir tilfredsstillende. Samme forskningsstudie legger vekt på at effektiv kommunikasjon er avgjørende for helhetlig omsorg og positive resultater for pasienter med afasi (Thompson og Mckeever 2012). Dersom kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient blir utfordrende kan det føre til at pasienten føler seg sosialt isolert, og det kan svekke relasjonen mellom sykepleier og pasient (Nystrøm 2006).

Når man kommuniserer har alle partene i kommunikasjonsprosessen forventninger som påvirker kommunikasjonen, i tillegg til en forståelse av situasjonen (Håkonsen 2011). Blant annet kan det være en forventning at når en av partene uttrykker noe, som for eksempel ved å si "ja", så mener han ja. Noen afasipasienter blander sammen ord eller gjør ordene



vanskelige, selv om de har bevart evnen til å snakke. Disse pasientene med motorisk afasi kan også ha automatisk tale eller faste uttrykk. Pasienter med sensorisk afasi kan ha fungerende tale, men en nedsatt språkforståelse og vanskelig for å oppfatte hva som blir sagt (Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen 2011). Dette kan være en utfordring for sykepleieren, både dersom pasienten sier det motsatte av hva han mener, eller har utfordringer med språkforståelsen. Hvordan kan sykepleieren vite at budskapet er forstått, og at det pasienten svarer er pålitelig? Ved å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient, blir en bedre kjent med pasienten, noe som kan gjøre det lettere å tolke om det pasienten uttrykker er pålitelig eller ikke. Gode kommunikasjonsstrategier vil være nyttig, og det kan være nødvendig å benytte seg av flere ulike strategier for å være sikker på at en får pålitelig svar. Samtidig må strategiene som benyttes være effektive og gode for pasienten. Sykepleieren spiller en viktig rolle i det å finne frem til gode, fungerende kommunikasjonsmetoder for pasienten. Ved å skape en god relasjon til pasienten kan det være enklere å observere om kommunikasjonsmetodene som blir forsøkt, er fungerende eller ikke (Thompson og Mckeever 2012; Grohn et al.2012).

Som et utgangspunkt i Travelbees sykepleieteori bruker sykepleiere kommunikasjon som et av de viktigste redskapene for å kunne skape en god relasjon til pasienten. Som nevnt tidligere ansees det som viktig å bruke dette redskapet for å kunne bli kjent med pasienten som person for å lettere kunne identifisere hans eller hennes behov (Kristoffersen 2008).

Det kommer frem i studien av Thompson og Mckeever (2012) at pårørende og venner kan gjenfortelle mye av pasientens tidligere historie, noe som kan styrke relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det viser seg at kommunikasjonen har blitt mer effektiv når sykepleierne har fått forslag til non-verbale strategier fra familiemedlemmer. Til tross for dette påpeker denne studien at det er en risiko for pasientautonomien hvis man stoler tungt på allianser med pårørende, og at tolkning via en tredje part øker sjansene for misforståelser.

I denne oppgaven er det fokusert på pasientens autonomi, og det er derfor valgt å ekskludere bruk av pårørende som bistand. Likevel ser man gjennom forskning at det også er fordeler med bruk av pårørende, og at det kan være lettere for sykepleierne å finne gode

kommunikasjonsstrategier ved innspill fra pårørende. Til tross for at pårørende ofte kjenner pasienten godt og har funnet ut ulike metoder for å kommunisere, kan det være at sykepleierne tar i bruk andre kommunikasjonsstrategier som kan fungere bedre. Ved innspill fra pårørende, kan det være at sykepleiere hører på dette, i stedet for å observere selv hva som fungerer best for pasienten. Dette kan føre til at man kanskje ikke forsøker ulike kommunikasjonsstrategier for å finne ut hva som fungerer best, og at man dermed ubevisst gjør det vanskeligere enn nødvendig for pasienten å kommunisere.

I studien til Thompson og Mckeever (2012) blir det belyst at sykepleiere kan ta kontroll over samtalene, og at fokuset i dialogen blir på sykepleierens oppgaver, slik at pasientene sjelden starter samtalen og får liten innflytelse i å velge samtaleemne. Dette resulterer til svekkelse av "jeg'et" og benektelse av individets rett til å delta fullstendig i deres behandling. I studien til Grohn et al. (2012) la deltakerne vekt på endringer i forhold til kommunikasjonen, og viktigheten av at de blir inkludert i samtalen. Deltakelse i samtalen fremstår som viktig både for at pasienten skal kunne trene på å kommunisere, og for andre faktorer som følelsen av å bli inkludert, sett og hørt. Deltakerne i denne studien var opptatt av egentrening for å bedre sin kommunikasjonsevne, og at motivasjon og optimisme er svært viktig.

Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen (2011) legger frem at det viktigste bidraget fra pleiepersonalet er å snakke med pasienten, og ikke over hodet på ham. Ved at sykepleiere "overtar" samtalene, kan det bli vanskelig for pasienten å komme til ordet, og på den måten kan det han eller hun egentlig har på hjertet bli satt til side. Dette kan medføre svekkelse av pasientens mestringsfølelse, hvis sykepleieren ikke bevisst velger samtaleemne pasienten mestrer. Det kan også gjøre at pasientene holder tilbake på kommunikasjonen, slik at de ikke får den treningen de trenger. Studien Grohn et al (2012) viser til at ved å bli inkludert i samtalene fikk pasientene økt mestringsfølelse og mindre følelse av sosial isolasjon. De fikk uttrykt det de mente og følte seg bedre forstått. Noe som understreker viktigheten av at pasientene deltar aktivt i samtaler selv om det er andre arbeidsoppgaver enn språktrening som står på programmet. Ved at sykepleierne er bevisst på å la pasientene styre samtalene kan en unngå tilfeller som i studien til Thompson og Mckeever (2012), som kan begrense muligheten for sykepleierne til å kunne ivareta pasientens autonomi på en god måte. Dersom pasienten ikke får bestemme samtaletema eller får sjansen til å styre

samtalen, er det ikke sikkert at pasienten får uttrykt sin mening slik at sykepleieren forstår hva pasienten mener. Dette kan føre til at pasienten blir misforstått, og i verste fall blir det satt i gang behandling som pasienten ikke føler seg komfortabel med, eller ikke ønsker. Det kan altså føre til krenkelse av pasientens autonomi dersom en ikke er bevisst på hvordan samtalen blir ført. I studien Grohn et al. (2012) kommer det frem ulike kommunikasjonsstrategier som pasientene så på som svært viktige for at de skulle føle seg ivaretatt. Dette var blant annet at sykepleieren inkluderte pasienten i samtalen, ga pasienten tid til å snakke, at sykepleieren snakket saktere, stilte spørsmål og ga alternativer dersom pasienten hadde vanskeligheter med å finne ord.

Et fint hjelpemiddel og utgangspunkt for kontakt mellom pasienten og de ulike faggruppene rundt pasienten kan i følge Wergeland, Ryen og Ødegaard-Olsen (2011) være å bruke dagbøker der en oppsummerer hva som har skjedd i løpet av dagen. Notater om eventuell fremgang kan også skrives i boken. Et enkelt verktøy som kan gjøre det lettere for pleiepersonalet å holde seg oppdatert på hva som har blitt snakket om tidligere, samt pasientens fremgang. Samtalebøker ble i studien til Mathiesen (2014) tatt i bruk som en del av innføringen i metoden, "Samtale støtte for afasirammede". I studien ble alle pasienter som ble innlagt ved slagenheten kartlagt i forhold til språkvansker, og samtalebøker ble brukt til aktuelle pasienter. I samme studie ble det også utarbeidet bildeverktøy som kan brukes i samtaler om et bestemt tema.

Fotografier kan også brukes som en kommunikasjonsmetode. I studien Brown et al. (2010) ble fotografier brukt som en metode for å innhente informasjon. Deltakerne fotograferte gjenstander, personer eller andre ting som de forbandt med å leve et suksessfullt liv med afasi. Deretter ble de intervjuet og bedt om å begrunne hva de hadde fotografert. I denne studien har de altså tatt i bruk alternative kommunikasjonsmetoder, noe som kan føre til at informasjonen de innhenter er pålitelig og troverdig. I denne studien var det deltakerne selv som fotograferte, men det kan også benyttes allerede eksisterende bildekort som en kommunikasjonsmetode. Deltakerne i studien Grohn et al. (2012) legger også vekt på bruk av kort med informasjon som en viktig kommunikasjonsstrategi. For eksempel viste det seg at det ble enklere for deltakerne å reise med offentlig transport dersom de hadde kort med

bilde av reisemålet på. Deltakerne i denne studien påpekte også at det ble lettere å lese dersom skriftstørrelsen ble økt.

## **5.2 Pasientens egen erfaring**

Forskning viser at det er gjort få studier på hvordan afasirammede pasienter har det, til tross for økende mengde litteratur rundt det å undersøke hvor vidt slagpasientene er tilfreds med sykepleien (Tomkins, Siyambalapitiya og Worrall 2013).

I studien til Tomkins, Siyambalapitiya og Worrall (2013) kommer det frem at tilstrekkelig informasjon til afasirammede er vesentlig for å forhindre angst, stress og frykt. Til tross for dette viser forskning til at pasienter uttrykker misnøye i forhold til mangelfull informasjon og det å kunne være selvstendig og handle ut fra egen fri vilje. Det kommer frem i samme studie at pasientene hadde en følelse av å sitte i fengsel mens de var innlagt i sykehus. I studien av Nystrøm (2006) beskrev deltakerne følelser av å være stengt inne i sine egne kropp. Siden denne følelsen er beskrevet i ulike studier kan det vise til at det er et kjent problem for afasipasienter. Mulig dette kan sees i sammenheng med at de ikke får uttrykt sine meninger og behov som nevnt tidligere.

Følelsen av å være stengt inne i sin egen kropp eller av å være i fengsel, påvirker pasienten i negativ retning. Det er derfor viktig at sykepleiere klarer å fange opp hvis pasienten føler seg innestengt, for å kunne hjelpe pasienten til å få dekket det grunnleggende behovet med å gi uttrykk for sine egne behov og følelser, noe Henderson beskriver i et av sine prinsipper som et ansvar sykepleiere skal ha. Dette kan settes i sammenheng med Travelbees etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Denne interaksjonsprosessen består av flere faser hvor sykepleieren i det innledende møtet blir kjent med pasienten som person, og begynner å forstå hvordan nettopp denne pasienten opplever sin situasjon (Kristoffersen 2008).

Tomkins, Siyambalapitya og Worrall (2012) beskriver følelsen av å være anerkjent og akseptert spiller en stor rolle for pasientens opplevelse av sin situasjon. På grunn av nedsatt evne til å kommunisere med andre, hadde deltakerne en følelse av å miste sin verdighet

(Nystrøm 2006). I studien Grohn et al. (2012) legges det vekt på at positivitet og optimisme er en viktig faktor for å leve et suksessfullt liv med afasi.

I følge Mathiesen et al. (2014) har slagpasienter med afasi mindre fremgang under innleggelse enn slagpasienter uten afasi, noe som kan skyldes at de har vanskelig med å forstå de språklige instruksene. Herunder angir afasirammede pasienter at de ikke følte seg informert under innleggelsen og var frustrert over å ikke kunne gi uttrykk for behov og synspunkter ovenfor personalet. Dette viser til at pasientenes autonomi sannsynligvis ikke var godt nok ivaretatt under innleggelsen. Tomkins, Siyambalapitiya og Worrall (2013) viser at angst, frykt og stress ofte ble sett hos pasienter som hadde vanskelig for å kommunisere. Ved at pasientene ikke får god nok informasjon og mulighet til å kunne uttrykke seg, kan det altså føre til ulike psykiske lidelser eller påkjenninger. Med andre ord kan sykepleieren bidra til at pasientene utvikler andre lidelser, ved å ikke være bevisst på måten han eller hun kommuniserer. I følge Virginia Henderson skal sykepleieren ivareta pasientens grunnleggende behov (Kristoffersen 2008). I situasjoner som nevnt over kan det være stor risiko for at de grunnleggende behovene ikke blir ivaretatt.

Til tross for at det i flere ulike studier legges vekt på at afasirammede pasienter har dårlige erfaringer i forhold til kommunikasjon og helsepersonell, er det i studien til Grohn et al. (2012) lagt vekt på at de personlige holdningene til de ulike deltakerne hadde mye å si. Det var store ulikheter mellom deltakerne i forhold til holdninger, kvaliteter og følelser som ga dem positive fremtidsutsikter. Det kan stilles spørsmål ved om deltakerne i studiene med dårlige erfaringer generelt har hatt en mer negativ innstilling enn deltakerne i studien til Grohn et al. (2012), og dermed hvor realistiske disse resultatene er i forhold til det som er realiteten for andre afasirammede pasienter. Til tross for at det ble lagt vekt på positivitet og optimisme i denne studien, vurderte ikke alle deltakerne seg selv til å leve med et suksessfullt liv med afasi. Generelt var det flere faktorer som ble identifisert til å optimalisere sjansen til å leve et suksessfullt liv med god livskvalitet de tre første månedene etter å ha fått afasidiagnosen.

### **5.3 Gruppetilhørighet og meningsfulle aktiviteter**

Et av målene med Travelbees tenkning er å hjelpe pasienten til å mestre, bære og finne mening med sykdommen. Det blir da viktig som sykepleiere å understøtte håpet hos pasienter med afasi, noe som er sterkt knyttet med det å mestre en lidelse. Uten håp kan det bli vanskelig for pasienten å forandre og forbedre den livssituasjonen han eller hun nå står i. Travelbee mener håpets kjerne består i menneskets grunnleggende tillit til omverdenen. At pasienten har et håp om bedring er derfor en fordel ved deltakelse i støttegrupper. I Kristoffersen (2008) kommer det frem at mennesker som håper, opplever en viss mulighet til å velge, som igjen gir en opplevelse av frihet og autonomi.

Mye tyder på at sosial deltakelse er viktig for å oppnå god livskvalitet. Studien av Johansson, Carlsson og Sonnander (2012) nevner at flere studier har antydnet dette. I studien til Thompson og Mckeever (2012) oppfordres sykepleiere til å anbefale gruppetilhørighet som en form for rehabilitering. I denne studien blir de sosiale fordelene med å være delaktige i grupper diskutert, og det kommer blant annet frem at gruppetilhørighet kan gi en følelse av trygghet. Ved å delta i grupper med pasienter som har samme diagnose, kan pasientenes motivasjon og selvpåfatning øke. Det kommer derimot frem i denne studien at dersom pasienter med afasi deltar i grupper med slagpasienter som ikke har afasi, kan deltakelsen i gruppen ha motsatt hensikt hvor afasipasientene føler seg ekskludert.

I studien til Nystrøm (2006) kom det frem at verbalt språk ble erfart som en forutsetning for å delta i samfunnet, og at uten språk trodde deltakerne at de ble betraktet som dumme. Ved å ha slagpasienter både med og uten afasi i en og samme gruppe, kan de afasirammede pasientene få en følelse av at de er dumme, sammenlignet med de andre slagpasientene. Dette kan føre til at deltakerne i gruppen kan føle seg mindre komfortable, og kan føre til at pasientene får en negativ holdning til det å delta i sosiale aktiviteter eller grupper. På den andre siden viser det seg at støttegrupper bestående av afasirammede pasienter gir en positiv opplevelse for de fleste. Deltakerne i Grohn et al. (2012) beskriver afasistøttegrupper som en god måte å få støtte fra andre personer med afasi. Andre afasirammede personer vil ha en bedre forståelse av hvordan det er å leve med afasi, noe som kan gjøre det enklere å snakke om problemene tilknyttet afasien. Deltakerne i studien vurderte afasistøttegruppene

til å være en mulighet til å møte nye venner og ha noen andre å snakke med, samtidig som det bidrar til motivasjon og oppmuntring ettersom de andre deltakerne i gruppen har en god forståelse av hvordan det er å leve med afasi.

Forskning viser at aktiviteter som lesing, sudoku, scrabble, bruk av telefon og handlelister kan fremme kommunikasjonen. Dette var oppgaver som helsepersonell oppmuntret pasientene til å gjennomføre hjemme, noe som førte til rehabilitering. Pasientene fikk følelse av å være selvstendige, ha kontroll over sitt eget liv og at de selv jobbet mot å bli bedre. Andre aktiviteter som hadde positiv innvirkning på pasientene var matlaging, hagearbeid og det å ha ansvar for et dyr, da dette ble sett på som meningsfulle aktiviteter. Deltakerne la vekt på at ved å bli mer selvstendige ville de leve et mer suksessfullt liv, og ikke være avhengig av andre, noe som fører til at de vil få en bedre selvfølelse. Faktorer som påvirket dem og deres evne til å gjøre meningsfulle oppgaver var tapet av selvfølelse, kommunikasjonsproblemene, den fysiske funksjonen og fatigue (Grohn et al. 2012). Til tross for at hjemmeoppgavene i denne studien ble ansett som uvurderlige og en stor del av rehabiliteringen, kan det tenkes at hjemmeoppgavene ikke bare fremmer kommunikasjonen og selvfølelsen, men eventuelt følelsen av det motsatte. Ikke alle deltakerne vil få til aktivitetene som nevnt over like godt, noe som kan føre til tap av selvfølelse fordi de for eksempel ikke lenger er like flinke til å bruke telefonen som før de fikk hjerneslag. Dermed kan det være viktig at sykepleieren er flink til å observere pasienten og vurdere hvilke oppgaver pasienten vil mestre, for å kunne oppmuntre til aktiviteter som vil fremme kommunikasjonen og selvfølelsen.

Ved å bruke gode kommunikasjonsmetoder og gi pasienten følelse av mestring, kan pasienten bli tryggere på å kommunisere, og ved å ha en god pasient- og sykepleierrelasjon vil en lettere kunne oppfatte pasientens meninger. Dette fører til at pasienten kan uttrykke sine meninger, og føle seg sett og hørt. Det å gi pasienten mulighet til følelse av mestring kan øke sjansene for at pasientens autonomi blir ivaretatt.

## **5.4 Sykepleierens kunnskap og holdninger**

Thompson og Mckeever (2012) mener afasi har en negativ innvirkning på relasjoner, fordi det kan nekte tilgang til støttenettverk. Dette kan resultere i følelse av isolasjon, og kan forverres av negative holdninger fra sykepleiere. Dersom sykepleiere skal kunne gi optimal pleie for afasipasienter, må de ha en god forståelse og kunnskap om afasi og kommunikasjon. Sykepleierne må ha kunnskap om og benytte seg av relasjonsbyggingsprosessen, for å redusere videre helseproblemer som oppstår som følge av sosial isolasjon. For å kunne ivareta pasienten på best mulig måte er det nødvendig at sykepleieren har en viss forståelse av hvordan afasi påvirker pasienten, både i forhold til kommunikasjonsvanskene og andre faktorer som påvirker livskvaliteten. I Thompson og Mckeever (2012) kommer det frem at sykepleierne ofte tar kontroll over samtalene, fokuset i dialogen blir på sykepleierens oppgaver, slik at pasientene sjelden starter samtalen og får liten innflytelse i å velge samtaleemne. Dette resulterer til svekkelse av "jag'et" og benektelse av individets rett til å delta fullstendig i deres behandling, som videre er et resultat av lite kunnskap eller manglende bevissthet hos sykepleierne.

Fravær av profesjonell støtte hos afasirammede pasienter fører til en følelse av ensomhet (Nystrøm 2006). I studien Grohn et al. (2012) ble helsepersonell vurdert til å være en uvurderlig kilde til informasjon. For at sykepleieren skal kunne gi pasienten denne informasjonen, er kunnskap og holdninger en viktig faktor. Sykepleierens kompetanse i praktisk språkterapi krever grunnleggende trening, jevnlig tverrfaglig samarbeid og kunnskap om ulike kommunikasjonsstrategier som gestikulering, bruk av bildekort og elektroniske hjelpemidler, samt andre hjelpemidler som nevnt tidligere i oppgaven (Thompson og Mckeever 2012).

Effektiv kommunikasjon og vellykkede relasjoner kan eksistere uavhengig av tilstedeværelse eller fravær av verbal interaksjon. Non-verbal kommunikasjon kan fremstå som en mer ærlig og medfølelse form for kommunikasjon enn språk, avhengig av hvordan det blir kommunisert non-verbalt. Non-verbal kommunikasjon kan være kroppsholdning, berøring, bevegelse og ansiktsuttrykk. Sykepleierens holdning gjenspeiles ofte i non-verbal kommunikasjon, enten ubevisst eller bevisst. Dersom sykepleieren uttrykker noe positivt



verbalt, men kroppsholdningen eller andre non-verbale kommunikasjonsmetoder uttrykker noe negativt, kan det ofte tolkes til at sykepleieren ikke oppriktig mener det hun uttrykte verbalt. Dersom både den verbale og den non-verbale kommunikasjonen uttrykker noe positivt vil sykepleieren oppfattes som mer oppriktig og relasjonen mellom sykepleier og pasient kan bedres (Håkonsen 2011). Positivitet og optimisme framstår som svært viktige faktorer både for relasjonen mellom sykepleier og pasient, men også for at pasienten skal kunne leve et optimalt liv med afasi, og jobbe videre med å bedre språkfunksjonen (Brown et al. 2010). Den non-verbale kommunikasjonen kan ha stor innvirkning på om sykepleierens holdninger virker positive eller ikke (Håkonsen 2011).

Andre faktorer som kan påvirke relasjonen mellom sykepleier og pasient i positiv retning, er at sykepleieren tør å forsøke å kommunisere. At sykepleieren er ydmyk og aksepterer sine begrensninger som kommunikator, kan føre til at sykepleieren frigjør seg fra ubehagelige situasjoner. Ved å tørre å forsøke å kommunisere, kan sykepleieren risikere å misforstå vedkommendes budskap. Likevel kan det være positivt for pasienten at sykepleieren er villig til å forsøke å kommunisere, fordi det viser en god holdning fra sykepleierens side. Forsøket i seg selv viser mot og vilje til å forstå, noe som forsterker inntrykket av kompetanse, og det gir en indikasjon til pasienten om at han og hans synspunkter er viktige (Thompson og Mckeever 2012). Til tross for dette kan det være risikabelt dersom sykepleieren stoler blindt på det pasienten uttrykker, fordi det lett kan oppstå misforståelser. Dermed er det viktig at sykepleieren benytter seg av sin kunnskap om ulike kommunikasjonsmetoder, og kan benytte seg av disse for å få bekreftet sin forståelse av hva pasienten forsøker å uttrykke.

Travelbee på sin side beskriver detaljert kommunikasjonsferdigheter og teknikker som sykepleieren må arbeide med å utvikle. Når en vil oppnå bestemte resultater, kan slike teknikker være verdifulle hjelpemidler. Men hun understreker likevel at et godt kontaktforhold ikke automatisk blir ført frem på grunn av disse teknikkene. Travelbee mener det er viktigere å være fortrolig med sine metoder enn med valget av bestemte teknikker. Dette innebærer å vite hvordan man bruker dem, og hva en ønsker å oppnå med dem (Kristoffersen 2008).

## **5.5 Metodiske overveielser**

Artiklene som er valgt til denne oppgaven er publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Likevel har artiklenes gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet blitt vurdert. Dette fordi man må stille seg kritisk til forskningsresultater (Kunnskapsbasert praksis 2012).

Det ansees som viktig å være kritisk til kilder, for å vite at de er relevante og pålitelige nok til å brukes i denne oppgaven. En litteraturstudie er en oppsummering og tolkning av tilgjengelig litteratur innenfor et bestemt emne. I en litteraturstudie behøver ikke leseren å sette seg inn i hver enkelt studie, men får en oversikt over flere studier. Samtidig vil ikke leseren få et like detaljert innblikk i studiene som ved å lese hver enkelt studie, men vil heller få et overblikk over de tilgjengelige studiene. Dette kan være både positivt og negativt, fordi det vil være enklere å få et overblikk over hva forskningen sier om et tema, men siden det ikke står så detaljert om hver studie, kan noe viktig informasjon utebli. Litteraturstudie er en sekundærkilde, som vil si at forfatterne av en litteraturstudie ikke nødvendigvis er forfatterne av hver studie, som en primærkilde. Derfor kan informasjonen fra primærkilden bli tolket på ulik måte enn det opprinnelig var ment, noe som kan gjøre resultatet misvisende (Aveyard 2014).

Kvalitative studier fokuserer på deltakernes subjektive opplevelse, og det har blitt benyttet kvalitativ forskning i denne oppgaven, for å få frem pasientenes egne meninger (Polit og Beck 2010). Det har også blitt inkludert en litteraturstudie. Mulig det kunne forsterket oppgavens resultat ved å inkludere flere kvantitative studier, som kunne gitt oppgaven mer målbare data om blant annet pasientenes tilfredshet.

En utfordring har vært å finne studier hvor hovedfokuset har vært pasientens autonomi, men de utvalgte artiklene har likevel tatt opp temaet autonomi og det har blitt diskutert rundt dette. Noen av studiene har hatt få deltakere, noe vi kritisk har vurdert da artiklene har blitt inkludert. Det er vanlig at kvantitative studier har et begrenset antall deltakere (Polit og Beck 2010). Litteraturen som har blitt anvendt har både vært av nyere tid og noe eldre. Dette har blitt vurdert som uproblematisk da vi ser at litteratur av nyere dato viser til samme innhold. Det meste av anvendt fagstoff er pensumlitteratur.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke og vise hvordan sykepleieren gjennom kommunikasjon kan bidra til å ivareta autonomien hos pasienter med afasi etter hjerneslag. Resultatene viser at mange sykepleiere ikke benytter seg av ulike kommunikasjonsstrategier for å sikre god kommunikasjon mellom sykepleieren og en afasirammet pasient. Dette er nødvendig for å sikre at pasientens autonomi blir ivaretatt. Virginia Henderson påpeker viktigheten av at pasienten skal kunne gi uttrykk for egne følelser og behov. Forskning viser at mange afasirammede pasienter opplever å få mangelfull informasjon som fører til at de ikke får mulighet til å være selvstendige og handle ut i fra sin egen vilje. Det viste seg at det er store individuelle forskjeller i forhold til holdninger og hvordan pasientene takler livet med afasi.

Resultatene viser at helseutfallene er bedret når sykepleiere benytter ulike kommunikasjonsstrategier, og at effektiv kommunikasjon er avgjørende for helhetlig omsorg og positive resultater for pasienter med afasi. For å skape effektiv kommunikasjon vil gode kommunikasjonsmetoder være nyttig, og det kan være nødvendig å ta i bruk flere ulike strategier for å få et pålitelig svar fra pasienten. Eksempler på gode kommunikasjonsmetoder er at sykepleieren inkluderer pasienten i samtalen, gir pasienten tid til å snakke, at sykepleieren snakker saktere, stiller spørsmål og gir alternativer dersom pasienten har vanskeligheter med å finne ord. Andre kommunikasjonsmetoder kan være bruk av samtalebøker, bildeverktøy eller fotografier.

Studiene viser at egentrening er svært viktig i rehabiliteringsprosessen til afasirammede pasienter. Aktiviteter som kan benyttes til egentrening er blant annet lesing, sudoku, scrabble og bruk av telefon, for å trene på bruk og uttalelse av ord og setninger. Sosial deltakelse blir også trukket frem som viktige faktorer for afasirammede. Sykepleiere oppfordres til å anbefale aktiviteter i form av blant annet grupper, slik at pasientene kan delta sosialt. Støttegrupper for afasirammede viser seg å være en trygghet for pasientene, samtidig som de får møte andre afasirammede pasienter. Pasientenes motivasjon og selvoppfatning kan styrkes ved å delta i støttegrupper. Det viser seg at gruppene bør bestå av deltakere med afasi, da for eksempel grupper der deltakerne har diagnosen hjerneslag til

felles, kan gi et negativt utbytte for de afasirammede pasientene. Dette fordi de hjerneslagpasientene som ikke har afasi, ikke deler de samme utfordringene i forhold til kommunikasjon, noe som kan føre til blant annet utrygghet hos pasientene med afasi. Studiene viser at følelsen av å bli inkludert, akseptert, sett og hørt har stor betydning for pasientens opplevelse av sin situasjon.

Sykepleieren spiller en viktig rolle i det å finne frem til gode, fungerende kommunikasjonsmetoder for pasienten. I Travelbees teori er kommunikasjon sentralt, og blir beskrevet som et viktig redskap for sykepleieren for å kunne skape en god relasjon til pasienten. Gjennom å bruke kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person for da å kunne identifisere hans særegne behov. Det kan være enklere å observere om kommunikasjonsmetodene som blir forsøkt fungerer eller ikke, hvis man har en god relasjon til pasienten. Det er sykepleierens oppgave å observere pasienten, finne ut hva pasienten mestrer, og oppmuntre til aktiviteter som vil fremme kommunikasjonen og selvfølelsen. Ved bruk av gode kommunikasjonsmetoder kan det gi pasienten mestringsfølelse, og føre til at pasienten føler seg tryggere på å kommunisere. I tillegg vil en god pasient- og sykepleierrelasjon føre til at sykepleieren lettere kan oppfatte pasientens meninger, og pasienten kan føle seg sett og hørt. Dette er også svært viktig i forhold til å kunne ivareta pasientens autonomi.

Til tross for at bruk av pårørende var et eksklusjonskriterie i denne oppgaven, viser resultatene at pårørende spiller en vesentlig rolle i forhold til å kommunisere med afasirammede. Pårørende kjenner ofte pasientene godt, og vet hva som kan fungere for pasienten. Likevel er det en risiko for pasientautonomien å bruke pårørende til hjelp ved kommunikasjon, fordi sykepleieren kan benytte seg av kommunikasjonsmetodene de pårørende bruker, i stedet for å observere og finne gode kommunikasjonsmetoder selv. I tillegg kan tolkning via en tredje part øke sjansene for misforståelser.

Sykepleieren bør vektlegge bruk av flere ulike kommunikasjonsstrategier, som er tilpasset til hver enkelt pasient. For å kunne utøve dette må sykepleieren ha nok kunnskap om ulike strategier, og når de bør benyttes. Sykepleieren bør snakke rolig, gi pasienten tid til å svare og inkludere pasienten i samtalen. Bildeverktøy og andre kommunikasjonsmetoder som

nevnt tidligere kan benyttes som supplement. Ved å benytte flere ulike kommunikasjonsmetoder og stille kontrollspørsmål, kan sykepleieren forstå om pasienten har forstått budskapet og hva pasienten selv formidler som viktig for han. Dette vil gi et godt grunnlag for sykepleieren til å ivareta pasientens autonomi.

## 7.0 Litteraturliste

- Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care*. 3. Utg. England: McGraw-Hill Education.
- Bertelsen, A. K. (2015) Sykdommer i nervesystemet. I: Ørn, S., J. Mjell og E. Bach-Gansmo (red.). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 313-336.
- Brinchmann, B. S. (2013) De fire prinsippers etikk. I: Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.81-96.
- Brown, K., et al. (2010) Snapshots of success: An insider perspective on living successfully with aphasia. I: *Aphasiology*, 24 (10), s. 1267-1295.
- Corneliussen, M. et al. (2014) *Afasi og samtale. Gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus forlag.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> (Hentet: 14. april 2016)
- Eide, H. og T. Eide. (2009) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Førde R. (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 14. april 2016)
- Gjerstad, L. (2014) *Afasi*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/afasi> (Hentet: 23. mars 2016).

Grasaas, K.K., M. Sjursen, J. Stordalen (2014) *Etikk og kommunikasjon*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Grohn, B., et al. (2012) The first 3-months post-stroke: What facilitates successfully living with aphasia? I: *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14 (4), s. 390-400.

Hansen Å-M., L.G. Lingås (2005) *Etikk og kommunikasjon*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Helsedirektoratet (2010) *Behandling og rehabilitering av hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/55/IS-1688-Nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon.pdf>  
(Hentet: 06. april 2016)

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I: Grov, E. A. og I. M. Holter (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363-395.

Håkonsen, K. M. (2011) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold M., K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (2008) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2008) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N., J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie*. Bind 4. 1.Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.13-99

Kristoffersen, N. J. (2012) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N., J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie. Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. Bind 1. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 207-280.

Kunnskapsbasert praksis (2012) *Kritisk vurdering*. Tilgjengelig fra:

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/> (Hentet: 21. april 2016)

Johansson, M. B., M. Carlsson og K. Sonnander. (2012) Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. I: *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(2), s. 144-155.

Lillemoen, M. (2015) *Forskningsområde klinisk sykepleie*. Tilgjengelig fra:

<http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (Hentet: 27. februar 2016)

Mathiesen L.L., et al. (2014) Nyt redskap til kommunikasjon med afasiramte. I: *Sygeplejersken*, (11), s. 66-69.

Natvig, R-S. (1997) *Sykepleieetikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nortvedt, P. og R. Grønseth (2010) Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I: Almås, H., D-G. Stubberud og R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 4. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17-32.

Nystrøm M. (2006) Aphasia - an existential loneliness: A study on the loss of the world of symbols. I: *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 1(1), s. 38-49.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2015) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata. Tilgjengelig fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3) (Hentet: 13. april 2016).

Polit, D. F. og C. T. Beck (2010) *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7. Utg. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Slettebø, Å. (2001) *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.



Smebye, K. L. og A.K. Helgesen (2012) Kontakt med andre. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer*. Bind 3. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 41-70.

Sneltvedt, T. (2013) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: Brinchmann, B.S (red.) *Etikk i sykepleien*. 3.Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.97-116

Støren, I. (2013) *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm AS

Sønderland, K. (2009) *Helseforskningsloven*. Tilgjengelig fra:  
<https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helseforskningsloven/> (Hentet: 07. april 2016)

Thompson, J. og M. Mckeever (2012) The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: an exploration using the Theory of Human Scale Development. I: *Journal of Clinical nursing*, 23(3-4), s. 410-420.

Tomkins, B., S. Siyambalapitiya., L. Worrall (2013) What do people with aphasia think about their Health care? Factors influencing satisfaction and dissatisfaction. I: *Aphasiology*, 27(8), s.972-991.

Wergeland, A., S.Ryen og T.G. Ødegaard-Olsen (2011) Sykepleie ved hjerneslag. I: Almås, H., D-G.Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 261-284.