

Kasper Rønning Tennøy

Hvordan erfarer sykepleier å kommunisere med pasienter som er rammet av afasi etter hjerneslag?

Antall ord: 8098

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Tove Bjørnland Vadset

Mai 2020

Kasper Rønning Tennøy

Hvordan erfarer sykepleier å kommunisere med pasienter som er rammet av afasi etter hjerneslag?

Antall ord: 8098

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Tove Bjørnland Vadset
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Omtrent 15 000 mennesker rammes årlig av hjerneslag i Norge. Ca. 3000 av disse lever med afasi som følge av hjerneslaget. Målet med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere erfarer å kommunisere med pasienter med afasi etter hjerneslag.

Metode: Et systematisk litteratursøk ble gjennomført i databasene CINAHL, Medline, Swemed+ og ProQuest, som inkluderer åtte forskningsartikler som tar for seg hvordan sykepleiere erfarer å kommunisere med pasienter med afasi etter hjerneslag.

Resultat: Funnene i forskningsartiklene viser at det er flere ulike faktorer som virker inn på hvordan sykepleiere erfarer kommunikasjonen med denne pasientgruppen. Funnene ble delt inn i fem hovedkategorier: utdanning og erfaring, hjelpemidler, kroppsspråk, individuell tilnærming og tid og samtalemiljø.

Konklusjon: Det er flere momenter som påvirker hvordan sykepleiere erfarer å kommunisere med afasi etter hjerneslag. De sykepleierne med mer erfaring og utdanning er mer komfortable enn de uten. Nonverbal kommunikasjon er et viktig hjelpemiddel, og herunder finner man hjelpemidler som bilder og tekst, og kroppsspråk som for eksempel blikkontakt og kroppsholdning. Ved å ha en individuell tilnærming til pasienten får man bedre kontinuitet i pleien. Det er også viktig å ha et godt tilrettelagt samtalemiljø uten støy og forstyrrelser, og ta seg god nok tid til å kommunisere med pasienten.

Abstract

Purpose: An estimated 15 000 Norwegians are affected by strokes every year. Approximately 3000 of these patients live with aphasia as a consequence of the stroke. The purpose of this thesis is to enlighten how nurses experience communicating with patients with aphasia after a stroke.

Method: A systematic literature review was conducted using CINAHL, Medline, Swemed+ and ProQuest databases. The literature review includes eight research articles which studies how nurses experience communications with patients suffering from aphasia following strokes.

Results: The studies' findings revealed that several factors affect how nurses communicate with these patients. The findings were categorized in these five categories: experience and education, communication aids, body language, individual approach and time and conversational environment.

Conclusion: Numerous aspects affect nurses' experience of communicating with patients suffering from aphasia. The nurses with the most experience and education are more comfortable than the nurses without experience. Nonverbal communication is an important aid. This includes aids such as pictures and written text, and body language such as eye contact and body positioning. By taking an individual approach to each patient one gets better continuity of the care. A well suited conversational environment without disruptions and taking enough time to communicate with the patient is also important.

Forord

Jeg ønsker å takke veileder for god veiledning og engasjement rundt min oppgave. Jeg vil også takke katten min, Nils, for godt selskap gjennom lange skriveøkter.

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema	11
1.2	Oppgavens hensikt og problemstilling	11
1.3	Begrepsavklaring	12
1.4	Avgrensninger	12
2	Teoribakgrunn	13
2.1	Hjerneslag	13
2.2	Afasi	13
2.3	Nonverbal kommunikasjon	14
2.4	Ledelsesteori	14
2.5	Kunnskapsbasert praksis	14
2.6	Sykepleieteorier	15
2.6.1	Benners utviklingsteori	15
2.6.2	Travelbees relasjonsteori	15
3	Metode	17
3.1	Datasamling og søkehistorikk	17
3.1.1	Kvalitetssikring	17
3.1.2	Etisk vurdering	18
3.2	Analyse	18
4	Resultat	20
4.1	Utdanning og erfaring	20
4.2	Hjelpemidler	20
4.3	Kroppsspråk	21
4.4	Individuell tilnærming	21
4.5	Tid og samtalemiljø	22
5	Diskusjon	24
5.1	Metodediskusjon	24
5.2	Resultatdiskusjon	24
5.2.1	Utdanning og erfaring	24
5.2.2	Hjelpemidler	25
5.2.3	Kroppsspråk	26
5.2.4	Individuell tilnærming	26
5.2.5	Tid og samtalemiljø	27
6	Konklusjon	29
6.1	Forslag til videre forskning	29

Referanser.....	30
Vedlegg.....	32

1 Innledning

Innledningsvis vil jeg beskrive bakgrunn for valg av tema, hensikten med oppgaven, problemstillingen som er brukt i oppgaven og begrepsavklaring.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge Wergeland, Ryen & Ødegaard-Olsen (2017, s. 303) rammes ca. 15 000 personer av hjerneslag i Norge hvert år. Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge, og den vanligste årsaken til alvorlig funksjonshemming. Hjerneslagrammede er også den pasientgruppen som forbruker flest liggedøgn i somatiske helseinstitusjoner (Wergeland et al., 2017, s. 303).

Gjennom sykepleiestudiet og i yrkeslivet har jeg møtt slagpasienter både på sykehjem, i hjemmesykepleien og på sykehus. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2-1) har pasienten rett til nødvendig hjelp fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Pasienten har også rett til sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering og sykehjems plass (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2). Rett til logoped faller under begrepet spesialundervisning, og voksne med særskilte behov har ifølge opplæringslova (1998, §4A-2) rett til opplæring for å kunne utvikle eller holde vedlike grunnleggende ferdigheter.

Det disse pasientene jeg møtte ofte hadde til felles var at de hadde varierende grad av afasi. Mange av pasientene virket ofte frustrerte over at de ikke klarte å gjøre seg forstått, og ansatte kunne også bli frustrerte fordi de ikke forsto pasienten. I mange situasjoner skulle jeg ønske jeg hadde mer kunnskap om afasi og hvordan man kommuniserer med denne pasientgruppen. Spesielt synes jeg det er vanskelig å vite hvor man skal begynne en samtale når man ikke er helt sikker på hvordan pasienten kommuniserer, og hva jeg skal gjøre hvis jeg ikke klarer å forstå pasienten. Dette er da grunnen til at jeg velger å skrive oppgaven min om dette temaet. Jeg håper også at denne oppgaven kan bidra til å belyse dette temaet mer, og gi økt kunnskap til andre som også har interesse for dette temaet.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Mitt mål med denne oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan sykepleieren kan kommunisere best mulig med pasienter med afasi etter gjennomgått hjerneslag, og samtidig bidra til å belyse dette temaet for andre som kan ha nytte av dette og være interessert, for eksempel andre sykepleiere.

Problemstillingen jeg har valgt for oppgaven er

«Hvordan erfarer sykepleier å kommunisere med pasienter som er rammet av afasi etter hjerneslag?».

1.3 Begrepsavklaring

Hjerneslag: En plutselig skade på hjernevevet som følge av at blodtilførselen til et område av hjernen plutselig opphører, enten på grunn av hjerneinfarkt eller blødning fra en arterie i hjernen (Bertelsen, 2016, s. 326).

Afasi: Afasi er en fellesbetegnelse for nedsatt evne til å enten forstå språk eller bruke språk til å uttrykke seg, eller en kombinasjon av disse (Eide & Eide, 2014, s. 384).

Kommunikasjon: Kommunikasjon kan defineres som en utveksling av meningsfylte tegn og signaler mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2014, s. 17).

Sykepleier: «Sykepleiers særegne funksjon er:

Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov» (Norsk Sykepleierforbund, u. å.-a).

Pleiepersonell: Sykepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter.

1.4 Avgrensninger

I denne oppgaven har jeg ikke valgt å fokusere på hvor sykepleieren møter pasienten, altså kan det inkludere både sykehjem, hjemmesykepleie og sykehus. Jeg har heller ikke valgt å ta med en spesiell type hjerneslag, slik at slag som følge av både infarkt og blødning er aktuelt, og heller ikke hvilken hjernehalvdel som rammes. Jeg har også valgt å ta med alle typer afasi, da pasienten ofte ikke har bare én type afasi, men en kombinasjon av flere typer.

2 Teoribakgrunn

2.1 Hjerneslag

Hjerneslag, eller *apoplexia cerebri*, betegner en plutselig skade på hjernevevet som følge av at blodtilførselen til en del av hjernen plutselig stoppes, enten på grunn av en blødning i en av hjernearteriene eller et hjerneinfarkt (Bertelsen, 2016, s. 326). Et hjerneslag er ingen ensartet sykdom, men et samlebegrep som brukes for å beskrive det symptombildet man ser etter at hele eller deler av hjernen har mistet blodforsyningen (Wergeland et al., 2017, s. 304). Som regel oppstår symptomene på et hjerneslag plutselig, men ved hjerneinfarkt kan symptomene av og til opptre mer gradvis, over flere minutter eller timer. En kan dele hjerneslag inn på flere måter: om det er blødning eller infarkt, og om det er *stabilisert* eller *prograderende*, altså om det er fullt utviklet, eller om det fortsatt er under utvikling. Hjernen har et høyt energibehov, men har ingen egne energireserver, og er derfor avhengig av regelmessig tilførsel av oksygen og glukose (Wergeland et al., 2017, s. 305). Ved et hjerneslag får cellene i hjernen for lite energi og oksygen til å kunne fungere, og ved sirkulasjonssvikt over lengre tid vil cellene skades og etter hvert dø (Wergeland et al., 2017, s. 305). Ved rask medisinsk behandling er det håp for å redde cellene, men etter et par timer uten sirkulasjon og energitilførsel vil disse cellene dø (Wergeland et al., 2017, s. 305). Vanlige symptomer er nedsatt kraft eller lammelser, sviktende språkfunksjon, kognitiv svikt og psykiske forandringer. Mer alvorlige symptomer er nedsatt bevissthet, koma og fallende blodtrykk (Wergeland et al., 2017, s. 305). Om lag 3000 av de som årlig rammes av hjerneslag vil få skade i språksentrene i hjernen som kan føre til afasi (Eide & Eide, 2014, s. 385).

Gjennomsnittlig overlevelse ved hjerneinfarkt er ca. 5 år, men dette avhenger i stor grad av alder ved debut. I akutfasen har hjerneblødning ca. 2–3 ganger høyere dødelighet enn hjerneinfarkt, men prognosen videre er like god eller litt bedre enn ved hjerneinfarkt (Wergeland et al., s. 305). Disponerende faktorer for hjerneslag er blant annet alder, høyt blodtrykk, røyking, overvekt, lite fysisk aktivitet, diabetes, hyperkolesterolemi, hjertesvikt og atrieflimmer (Wergeland et al., 2017, s. 304).

2.2 Afasi

Afasi kommer fra gresk, *phasis*, som betyr tale, og er en språkdefekt som skyldes en skade i hjernens språksenter som tidligere har hatt normalt språk. Omfanget av forstyrrelsen varierer etter hvilket område av hjernen som er rammet, og hvor stor skaden er. Det finnes flere ulike former for afasi: motorisk, sensorisk og global afasi. *Motorisk afasi* er en skade i det fremre språkområdet, og kalles også ekspressiv afasi. Dette innebærer at pasienten har problemer med å uttrykke seg. Talen kan være oppstykket og ha pauser, og bokstaver kan blandes sammen og ord forvansktes. Noen pasienter har et begrenset ordforråd, og kan for eksempel bare si «ja» eller «nei». *Sensorisk afasi* er en skade i det bakre språkområdet, og kalles også impressiv afasi. Dette medfører nedsatt språkforståelse og vansker med å forstå det som blir sagt. Pasienten kan produsere en flytende strøm av tale som ofte har meningsløst innhold, en såkalt ordsalat. Nedsatt språkforståelse kan gjøre det vanskelig å svare på konkrete spørsmål eller å utføre det en blir bedt om. *Global afasi* kalles også total afasi, og gjør at pasienten får problemer med alle aspekter ved språket, og skyldes omfattende skade i

språkområdet. Pasienten får dermed vansker med både å uttrykke seg og nedsatt evne til å forstå det som blir sagt til dem. (Wergeland et al., 2017, s. 309).

2.3 Nonverbal kommunikasjon

Når vi snakker sammen, kan vi vanligvis både se og høre samtalepartneren. En del av informasjonen blir derfor gitt på en ikke-verbal måte, som vil si at kroppsspråk blir en viktig del av kommunikasjonen. Ansiktsuttrykk, øyebevegelser, kroppsholdninger og arm- og beinbevegelser blir brukt for å uttrykke meninger, tanker og følelser (Corneliusen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2006, s. 48). Øyekontakt er også en sentral del av kroppsspråket vårt. Et blikk kan gi mye informasjon om holdninger, følelser og reaksjoner, og kan virke beroligende eller engstende (Eide & Eide, 2012, s. 206).

I tillegg til kroppsspråk kan man også bruke hjelpemidler til å gjøre seg bedre forstått. Mange afasirammede kan ha opprettholdt relativt god leseevne. Fordi leseprosessen ikke lenger er like automatisert, vil de kunne trenge flere pauser. Lesing, skriving og tegning er hjelpemidler som ofte blir brukt når vi ikke får fram det vi vil med bare ord, og det kan i mange situasjoner føles naturlig å støtte seg til skriftlig kommunikasjon når budskapet blir for komplisert til å uttrykkes verbalt (Corneliusen et al., 2006, s. 53).

2.4 Ledelse teori

Ledelse innebærer et samspill som er kjennetegnet av målsetting, problemløsning og kommunikasjonsutvikling. Gjennom handlinger kan mennesker sammen finne en retning og organisasjonens målsettinger og verdier kan realiseres. Ledelse er et generelt ansvar som angår alle medlemmene av en organisasjon, men det kan også være et spesifikt ansvar for personell i lederstillinger, som har et mandat til å handle på vegne av organisasjonen eller en enhet i organisasjonen (Orvik, 2018, s. 43). Sykepleiere har i kliniske sammenhenger et generelt lederansvar. Sykepleieren har ikke bare ansvar for egne handlinger, men også å sette grenser for andre (Orvik, 2018, s. 292).

Kvalitet forutsetter tilstrekkelig tid. Betydningen av tid avhenger av hvem man spør: pasienttid følger pasientens rytme og dagsform, og en slik tidsforståelse henger sammen med respekten for den syke, der bruk av tid kan være en forutsetning for å virkeliggjøre verdier som individualisering, nærhet og relasjonsbygging (Orvik, 2018, s. 90).

For at endringer skal være hensiktsmessige og skape forbedringer, må det skape en merverdi, som er verdiskapende for de som er direkte eller indirekte involvert (Orvik, 2018, s. 260). I en klinisk setting vil dette innebære at endringer fører til ny praksis. Et grunnleggende punkt i å forbedre behandlingsmetoder er at det brukes forskningsbasert kunnskap som bakgrunn for endringene (Orvik, 2018, s. 261).

2.5 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens egne ønsker og behov i en gitt situasjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 17). Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap som erverves gjennom å praktisere, og omfatter det som betegnes som «skjønn», «klinisk blikk» og «intuisjon» (Nortvedt et al., 2012, s. 18).

2.6 Sykepleieteorier

2.6.1 Benners utviklingsteori

Ifølge Benner (1984, s. 13) går en sykepleier gjennom fem stadier når man får og utvikler ferdigheter. Dette er en videreutvikling av Dreyfus-modellen. Det første stadiet, *novisestadiet*, tar for seg sykepleiere med minimalt med klinisk erfaring (Benner, 1984, s. 20). På dette stadiet arbeider sykepleieren ut fra innlærte prosedyrer og teoretisk kunnskap, altså ferdigheter som ikke krever situasjonsbetinget erfaring. Noviser kan også lære kontekstfrie regler som kan hjelpe å avgjøre hvilke beslutninger som blir tatt med utgangspunkt i forskjellige parametere (Benner, 1984, s. 20–21). Dette punktet illustrer de situasjonsavhengige og erfaringsbaserte forutsetningene i Dreyfus-modellen, som skiller mellom ferdigheter som kan læres gjennom teori i en forelesningssal, og de ferdighetene som bare kan læres i reelle situasjoner (Benner, 1984, s. 21). Det andre stadiet kalles *avansert nybegynner*. De som faller inn under denne kategorien er de som har vært gjennom nok reelle situasjoner til å kunne identifisere faktorer i situasjonen som man ifølge forfatteren trenger erfaring for å kunne klare å identifisere, men som sykepleieren kanskje ikke klarer å identifisere helt på egenhånd, men kanskje med hint fra en mer erfaren sykepleier (Benner, 1984, s. 23). På dette stadiet er det fortsatt vanlig at sykepleieren har en viss oppfølging fra en mer erfaren sykepleier (Benner, 1984, s. 25).

I det tredje stadiet finner man sykepleiere som har jobbet den samme jobben i to til tre år, og kan kalles *kompetent*. I denne fasen planlegger sykepleieren bevisst langt fram i tid, og handler på bakgrunn av dette. Denne planleggingen avgjør hvilke aspekter og faktorer i sykepleien som er viktige og bør prioriteres, og hvilke som kan vente (Benner, 1984, s. 26). Når en har nådd det fjerde stadiet, kan sykepleieren kalles *erfaren*. Den erfarne sykepleieren ser helheten i situasjonen framfor å se aspekter og faktorer. Ved å lære fra erfaringer vet man hva man kan forvente i en gitt situasjon, og hvordan man må endre på planene sine etter hvert som situasjonen utspiller seg. Med bakgrunn i denne erfaringsbaserte egenskapen til å se helheten i situasjonen, kan en erfaren sykepleier identifisere når situasjonen ikke går som forventet (Benner, 1984, s. 27–28). Det siste stadiet kalles *ekspertstadiet*. Eksperten har mye erfaring og stor forståelse for hver situasjon, som fører til raske og sikre handlinger (Benner, 1984, s. 32).

2.6.2 Travelbees relasjonsteori

Når en sykepleier møter den han har omsorg for, foregår det til enhver tid kommunikasjon mellom dem, enten de er tause eller samtaler (Travelbee, 2011, s. 135). Alle interaksjoner med den syke gir sykepleieren anledning til å bli kjent med pasienten, og dermed identifisere og ivareta pasientens behov, og slik oppnå sykepleiens mål og hensikt. For at dette skal kunne skje, må sykepleieren være i stand til å forstå hva pasienten kommuniserer, og kunne bruke denne informasjonen til å planlegge videre pleie (Travelbee, 2011, s. 135). Når sykepleieren kommuniserer med pasienten, danner de et menneske-til-menneske-forhold, som kjennetegnes av erfaringer mellom sykepleieren og pasienten som gjør at pasientens behov blir ivaretatt. For en profesjonell sykepleier blir menneske-til-menneske-forholdet bevisst ivaretatt (Travelbee, 2011, s. 136).

Hver enkelt interaksjon er lik, men samtidig ulik, og det er derfor umulig å lage faste retningslinjer eller prosedyrer for kommunikasjon med pasienter. Dette betyr likevel ikke

at det ikke går an å trene på kommunikasjon og lære seg kommunikasjonsevner (Travelbee, 2011, s. 138).

3 Metode

Opgaven tar utgangspunkt i et systematisk litteratursøk. Systematisk litteraturstudie kan defineres som at den utgår fra en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27).

3.1 Datasamling og søkehistorikk

For å finne artikler som er relevant til min oppgave har jeg gjort søk i databasen CINAHL, der jeg har brukt søkeord fra problemstillingen min. For å begrense søket mitt valgte jeg at artiklene skulle være fagfellevurderte og være på engelsk, norsk, dansk eller svensk. I dette søket fikk jeg opp 25 artikler. Etter å ha lest ti abstracter valgte jeg å ta med tre av artiklene i min oppgave (artikkel 2, 3 og 4). Jeg gjorde også et søk i databasen Medline med de samme søkeordene. Her fikk jeg ikke like mange treff som i CINAHL, men to av de tre treffene var artikler jeg endte opp med å bruke (artikkel 5 og 6). I tillegg gjorde jeg et søk med de samme søkeordene i Swemed+, men fikk her bare ett resultat, som jeg ikke anså som like relevant til min oppgave som de treffene jeg fikk i de andre databasene. Et nytt søk med de samme søkeordene som tidligere ble gjort i databasen ProQuest, og det ble her funnet én artikkel som ble valgt ut til bruk i oppgaven (artikkel 1). I denne databasen fikk jeg totalt 33 treff, men få overskrifter så ut til å være relevant til min oppgave. Jeg leste to abstracter, og én artikkel ble tatt med i oppgaven. Jeg gjorde også et nytt søk i CINAHL med søkeordene «Nursing», «Aphasia», «Stroke» og «Experience», der én artikkel ble valgt ut (artikkel 7). Til slutt gjorde jeg et søk i databasen CINAHL Complete, der én artikkel ble tatt med i oppgaven (artikkel 8). Komplette søkehistorikk ligger som vedlegg 1.

Søkeordene jeg har brukt i min oppgave er «nursing», «communication», «aphasia» og «stroke». Disse søkeordene ble kombinert med den boolske operatøren AND. Gjennom disse søkeordene fant jeg artikler som jeg føler vil være relevante til å svare på min problemstilling. Etter en liten endring i ordlyden på problemstillingen der ordet «erfaring» kom med, gjorde jeg et nytt søk, der jeg la til søkeordet «experience», i tillegg til de tidligere søkeordene. Dette kan være et nyttig begrep for å finne riktige artikler fra et sykepleierperspektiv. Dette søket ga ikke like gode resultater i CINAHL, og jeg fikk færre artikler som treff, og ikke like mange som var relevant til min problemstilling. Én av artiklene jeg allerede hadde valgt kom opp som treff også når jeg la til «experience».

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 28) skal en systematisk litteraturstudie inneholde tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier. I utgangspunktet søkte jeg etter artikler som var inntil ti år gamle, men dette måtte etter hvert utvides til 20 år. Jeg søkte også etter artikler med engelsk, norsk, svensk og dansk språk. For at resultatene skulle være mest mulig sammenlignbare med norsk helsevesen, ble artikler fra nordiske og vestlige land prioritert.

3.1.1 Kvalitetssikring

Kvalitetsbedømming bør omfatte studiens hensikt og problemstilling, design, utvalg, analyse og tolkning. Utgivelsesår kan også gi viktig informasjon (Forsberg & Wengström,

2015, s. 104). Alle inkluderte artikler er analysert og har en tydelig formulert problemstilling.

For å kvalitetssikre artiklene har jeg brukt Register over vitenskapelige publiseringskanaler, der tidsskriftene seks av de åtte artiklene som jeg valgte har blitt vurdert til enten nivå 1 eller 2, som er godkjente kanaler, mens de siste, The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing og Revista da Escola de Enfermagem da USP, ikke ser ut til å være vurdert (Norsk senter for forskningsdata, 2020). Begge tidsskriftene som ikke var vurdert av det norske systemet var fagfellevurderte, og de ble derfor inkludert i min oppgave.

Artiklene ble også kontrollert med sjekklister for kritisk vurdering til bruk i systematiske oversikter fra helsebiblioteket. Disse ligger som vedlegg nr. 3. Alle artiklene oppnådde høy kvalitet ifølge disse sjekklisene.

3.1.2 Etisk vurdering

Jeg har sjekket om forfatterne av artiklene har tatt med en etisk vurdering. God etikk er et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning, og behovet for å innhente kunnskap skal alltid veies opp mot viktigheten av å beskytte de som deltar i undersøkelsene mot skader eller varige men (Forsberg & Wengström, 2015, s. 132). Seks av de åtte artiklene jeg har valgt har blitt vurdert av etisk komité, mens i de to siste går det ikke fram av teksten om de har blitt vurdert. I én av de tekstene som ikke har vært vurdert av etisk komité går det fram av teksten at deltagerne frivillig svarte på spørreskjemaene (Jensen et al., 2014), mens på den siste (Cheba et al., 2014) går det ikke tydelig fram om det er foretatt en etisk vurdering. Jeg har likevel valgt å ta med artikkelen, da den er fagfellevurdert og funnet under avgrensning som forskningsartikkel.

Ifølge helseforskningsloven (2009, §5) skal hensynet til deltagerens velferd og integritet prioriteres foran vitenskapens og samfunnets interesser. Forskingen skal også være basert på menneskerettigheter og menneskeverd.

I tillegg til forfatternes etiske vurderinger har jeg også tatt i betraktning mine egne etiske overveielser, i at jeg har behandlet forskningsmaterialet etterrettelig, uten å endre på innhold, eller legge til eller fjerne innhold i forskningsartiklene.

3.2 Analyse

Å analysere betyr å dele opp i mindre deler (Forsberg & Wengström, 2015, s. 152). Dette innebærer å dele opp materialet i mindre deler og undersøke dem hver for seg, og deretter sette det sammen igjen til en helhet. Materialet er analysert ved bruk av metoden presentert av Evans (2002).

Trinn 1

I trinn 1 blir materialet som skal analyseres identifisert gjennom et litteratursøk. Her velges hvilke typer studier som skal inkluderes, og inklusjonskriterier blir valgt. Deretter blir et søk i databaser og andre medier gjennomført for å finne relevante artikler. Studier som oppfyller inklusjonskriteriene, blir etter dette valgt ut. Denne prosessen sikrer at et homogent utvalg av artikler blir inkludert i litteraturstudiet (Evans, 2002). Prosessen for å finne artiklene er beskrevet i kapittel 3.1.

Trinn 2

Trinn 2 går ut på å lese materialet flere ganger for å skaffe en oversikt over studiene som en helhet. Hovedfunnene fra hver artikkel blir deretter samlet inn, og markert med fargekoder for å få god oversikt over innholdet i artiklene (Evans, 2002). Fokuset er her på å finne elementer som belyser oppgavens problemstilling. På dette stadiet leste jeg først gjennom artiklene for å se om jeg fant noen store temaer flere artikler hadde til felles. Etter å ha funnet noen temaer som gikk igjen i flere artikler leste jeg artiklene enda en gang, der jeg fokuserte på disse temaene, og markerte funnene med markeringstusjer. Noen uker etter at jeg analyserte tekstene for første gang leste jeg gjennom artiklene enda en gang for å se om jeg fanget opp noe som ikke ble tatt med de første gangene jeg leste artiklene.

Trinn 3

I trinn tre skal materialets nøkkelfunn identifiseres. Forskjellene mellom artiklene blir sammenlignet, og likheter og ulikheter skal finnes. Nøkkelfunnene fra artiklene grupperes og settes i kategorier med samme tema. Fra disse kategoriene blir det funnet undertemaer. Disse temaene og undertemaene blir så lest gjennom på nytt for å tolke innholdet i hvert tema, og identifisere likheter og ulikheter (Evans, 2002). Temaene og undertemaene er presentert i vedlegg 2.

Trinn 4

Trinn 4 skal funnene i de ulike temaene og undertemaene presenteres og bli redegjort for (Evans, 2002). Med bakgrunn i analysen som er gjort, har jeg kommet fram til fem hovedtemaer: utdanning og erfaring, hjelpemidler, kroppsspråk, individuell tilnærming og tid og samtalemiljø.

4 Resultat

I resultatdelen vil jeg presentere hovedtemaene og resultatene fra studiene.

4.1 Utdanning og erfaring

I flere av artiklene kommer det fram at både hvor mye utdanning sykepleieren har, og hvor mye erfaring sykepleieren har med å kommunisere med pasienter med afasi, kan ha innvirkning på hvor godt sykepleieren kommuniserer med pasienter med afasi etter hjerneslag (Cheba, Zuralska & Skrzypek-Czerko, 2014; Gordon, Ellis-Hill & Ashburn, 2009; Hersh, Godecke, Armstrong, Ciccone & Bernhardt, 2016; Jensen et al., 2015; McGilton et al., 2011). I Souza & Arcuri (2014) ser vi derimot at det motsatte blir påpekt, at man ikke ser noen store forskjeller på hvilke teknikker de mer erfarne sykepleierne brukte sammenlignet med de mindre erfarne. Det blir også påstått at mange av sykepleierne ikke lærer seg nye og mer effektive teknikker, men at de som gjør det ser en bedring i kommunikasjonsevnene. I McGilton et al. (2011) ser vi også dette, da man ser at sykepleierne tok i bruk de teknikkene de lærte i observasjonsperioden etter en fagdag. I denne studien fant man ut at sykepleierne opplevde bruken av disse teknikkene som positivt både for sykepleieren og pasienten. Forfatterne av studien mener også at sykepleierne trenger tettere oppfølging og mer trening for å utvikle nye metoder for å møte eldre på en bedre måte.

Cheba et al. (2014) har et stort fokus på betydningen av utdanning og erfaring for kommunikasjon med afasirammede. Blant annet ser vi at over halvparten av sykepleierne med mer enn 20 års arbeidserfaring sier at de har tilstrekkelige ferdigheter til å kommunisere med pasientgruppen, og at over 60% av sykepleierne som har videreutdanning klarer å komme seg over vanskeligheter knyttet til kommunikasjon. En av de som anga at hun hadde vanskeligheter med kommunikasjon med pasientene anga også at dette skyldtes manglende erfaring. Forfatterne mener at sykepleiere som benytter seg av tilgjengelige læringsressurser ikke bare får kunnskap, men også en bekreftelse på ferdighetene sine, mulig en slags mestringsfølelse, som gir mer pålitelig verdi enn erfaring alene.

Etter gjennomgått kursing, ser man i Jensen et al. (2015) en betydelig økning i hvordan pleiepersonell ser på sine kunnskaper rundt afasi. Man ser også en markant nedgang i antallet som ser på kommunikasjon med afasipasienter som flaut eller frustrerende for pasienten. Etter kursperioden så man også en endring i hvilke metoder pleiepersonellet brukte, da de hadde gått mer bort fra kroppsspråk og hørselsfokusert språk, og brukte oftere skriftlig kommunikasjon og bilder til å hjelpe seg. Man så også at sykepleierne ble mer systematiske i tilnærmingen sin til kommunikasjon, da de ikke hadde tilgang til de samme ressursene som de hadde etter kurset, og de måtte dermed improvisere og komme på egne metoder.

4.2 Hjelpemidler

Jensen et al. (2015) fant ut at alle unntatt én som deltok i studien brukte hjelpemidler til å kommunisere med pasienter med afasi. Eksempler på disse hjelpemidlene som ble brukt er kort med «ja» eller «nei», tegning, tavler som pasienten kan peke på, med

bilder som illustrerer menneskets grunnleggende behov, som mat, toalett og medisin. De som deltok i denne studien så også at etter at de hadde deltatt i undervisning og fagdager brukte de flere typer hjelpemidler, og gikk også mer over fra å bruke kroppsspråk og å snakke saktere til å bruke peketavlen eller å tegne eller ta med bilder. I McGilton et al. (2011) blir også bilder nevnt som et hjelpemiddel som blir brukt til å forstå pasientene bedre.

Jensen et al. (2015) skriver at noen deltagere i studien rapporterte at de observerte at pasientene ble mer aktive når de hadde gode hjelpemidler tilgjengelig, for eksempel ved at de tok med skrivebøker ut av rommet og rundt i avdelingen. Pleierne hadde også nytte av disse bøkene, og mente at de var til stor hjelp når man skulle kommunisere. De foretrukne skriftlige hjelpemidlene var kort med «ja» og «nei», og kart. Noen av pleierne følte seg også klar for å snakke om mer komplekse temaer, i forhold til tidligere, da samtalene kanskje hadde dreid seg mer om enklere ting som pleie og behandling.

I Souza & Arcuri (2014) nevnes det at penn og papir bare blir brukt av de sykepleierne med mindre erfaring. Også i Hersh et al. (2016) blir det påpekt at en av sykepleierne prøver å kommunisere med en pasient, og gir opp før hun har prøvd å bruke visuelle hjelpemidler, selv om pasienten tydelig blir frustrert over å ikke klare å gjøre seg forstått. I stedet for å bruke hjelpemidler, begynner sykepleieren å synse om hvor mye væske pasienten har drukket, til tross for at pasienten selv vil fortelle sykepleieren.

4.3 Kroppsspråk

Et sentralt funn i flere artikler er at kroppsspråk ofte blir brukt når man kommuniserer med pasienter med afasi etter hjerneslag (Cheba et al., 2014; Sundin, Jansson & Norberg, 2000; Jensen et al., 2015).

Nonverbal kommunikasjon kan være et viktig hjelpemiddel for å kommunisere effektivt med en pasient med afasi, og man kan få en følelsesmessig tilknytning til pasienten. Deltagerne i studien hadde et spesielt fokus på øynene når de kommuniserte med afasipasientene, og mente at de fikk et spesielt bånd til pasienten gjennom øynene, og fortalte at det var som om pasienten brukte øynene til å supplere med (Sundin et al., 2000). Etter hvert lærer også pasientene å kompensere for den manglende taleevnen ved å kunne lese andre menneskers intensjoner og tanker gjennom ansiktsuttrykk, gestikulering, kroppsposisjonering og små bevegelser som følger talen (Cheba et al., 2014). Hvordan man posisjonerer kroppen sin kan vise at man har nok tid til pasienten, for eksempel hvis man setter seg ned istedenfor å stå i døråpningen. Hvis man oppfører seg som om man har det travelt, kan pasienten oppfatte dette, og bli stresset og engstelig, og dermed ikke tørre å prøve å kommunisere (Sundin et al., 2000).

I Cheba et al. (2014) blir det lagt vekt på den nonverbale kommunikasjonen, og 42% av de deltagende sykepleierne angir at de ser på nonverbal kommunikasjon som nødvendig for å identifisere pasientens behov, og 32% svarte at de klarte å identifisere pasientens behov på denne måten, og at de så på denne kommunikasjonsmetoden som uvurderlig for sykepleieprosessen. Halvparten sa også at de anser nonverbal kommunikasjon som uvurderlig som en del av diagnostikken.

4.4 Individuell tilnærming

I en studie utført av McGilton et al. (2011) viste det seg at pasientene opplevde at de fikk et nærmere forhold til sykepleierne etter at de tok i bruk individuelle kommunikasjonsplaner. Sykepleierne selv opplevde ikke noen bedring i forholdet til

pasientene, men at de hadde mer kunnskaper om afasi, og at de ble mer komfortable med å kommunisere med pasienter med afasi. Mange synes også at det var lettere å jobbe med enkelte pasienter etter hvert som de lærte mer om dem fra de detaljerte pleieplanene, og det ble bedre kontinuitet i pleien. Ved å effektivisere pleien slik brukte man også mindre tid på å kommunisere med pasienten. Når pleierne forsto mer av pasientene, fant de at de lettere klarte å imøtekomme pasientenes behov, og at pasientene virket mindre opphisset. Pleierne følte også at å pleie disse pasientene ble mindre som en byrde. Pasientene ble også mindre utagerende etter at disse planene ble tatt i bruk, selv om det ikke ble observert endringer i pasientens psykososiale livskvalitet.

Også i Cheba et al. (2014) blir det nevnt at dokumentasjon kan være et viktig virkemiddel for å kommunisere best mulig med pasienten. Gjennom samhandling med pasienten lærer sykepleieren om hvordan pasienten kommuniserer med andre, hvordan pasienten reagerer på bestemte typer oppførsel, og blir mer bevisst på hvordan man skal tolke signalene pasienten sender med kroppsspråket sitt. Denne informasjonen kan brukes til å bygge individuelle relasjoner med pasienten. Dette gjør at pasienten føler seg forstått og bygger selvtillit hos pasienten, noe som er verdifulle egenskaper når man skal jobbe videre med forbedring av taleevnen.

Sundin et al. (2000) beskriver nytten av å danne en nærhet til pasienten. Denne nærheten dannes av at pleieren behandler pasienten som et selvstendig og unikt menneske, og ser på pasienten som et kompetent og likeverdig menneske. Når man får en slik nærhet til et annet menneske får man en viss forståelse for pasienten, nesten slik at man kan føle pasientens følelser selv, hevdes det. Forfatterne understreker også at det bør være en beskyttende avstand mellom pleier og pasient, slik at man ikke kommer for nær. Denne balansen beskrives som viktig for sykepleierens mentale helse, da man det å komme for nær pasienten kan oppleves som overveldende, mens man kan få skyldfølelse om man ikke kommer nært nok. Pleierne som deltok i denne studien hadde en personlig tilnærming til denne pasientgruppen, og snakket aldri om dem som en gruppe, men heller som enkeltpersoner. Pleierne tilpasset seg også de individuelle og unike personene, og anga at forholdet mellom dem vokste etter hvert som de ble bedre kjent på et personlig nivå. Pleierne prøver også å sette seg inn i pasientens situasjon, og opptrer slik de tror pasienten ønsker at de skal opptre.

I undervisningen som ble holdt i forbindelse med studien utført av Jensen et al. (2015) ble viktigheten av å behandle pasienten så normalt som mulig tatt opp, og kursdeltagerne ble oppmuntret til å ta tak i mulighetene til å styrke pasientens autonomi.

I Gordon et al. (2009) ser man en mangel på individualisering av kommunikasjonen. Ingen av samtalene i datasamlingen handler om temaer man hadde forventet i en rehabiliteringssetting, for eksempel hvordan slaget har påvirket dagliglivet til pasientene, eller pasientens interesser. I stedet handlet samtalene om sykepleieroppgaver.

4.5 Tid og samtalemiljø

Som en del av kursingen i studien utført av McGilton et al. (2011) lærer deltagerne teknikker for hvordan de kan tilpasse miljøet rundt samtalen for å tilrettelegge for pasientens endrede behov og preferanser, for eksempel ved å redusere bakgrunnsstøy. For noen var det også så enkelt som å gi pasienten mer tid før de ga opp eller prøvde å ta over samtalen. En deltager sa at hun følte at pasienten ga mye mer mening og hadde meningsfylte ting å si når hun ventet litt lenger på svar.

I studien til Gordon et al. (2009) ser man nytten av å gi pasienten tilstrekkelig tid til å fullføre. Pasientene bruker ofte lenger tid enn det som er normalt i en vanlig samtale, og ved å ikke avbryte dem ved å stille spørsmålet på nytt eller tolke stillheten som et svar, gir man pasienten tid til å fullføre, og gi et fullverdig svar, ved å bruke kroppsspråk.

Sundin og Jansson (2003) legger mer vekt på toneleie, volum og kroppsspråk enn ordene som faktisk blir sagt i sin studie. Ved å tilpasse miljøet slik at pasienten føler seg mer hjemme, forsøker pleierne å skape avslappende rammer rundt samtalen og oppmuntre pasienten til å kommunisere mer med personalet. Pleierne prøver også å la pasienten prøve å kommunisere på eget initiativ, uten å mase eller forlange svar. Når pasienten kommuniserer, er pleieren stille, og gir pasienten tid til å tenke og konsentrere seg uten forstyrrelser. I Cheba et al. (2014) blir det å ta seg god tid og snakke sakte med lav stemme, repetisjon av viktig informasjon, intonasjon og øyekontakt også nevnt som viktige faktorer for verbal kommunikasjon.

I flere av artiklene ser man at samtalene handler mye om sykepleieroppgavene som skal utføres, og at det ofte ikke blir snakket om andre ting enn for eksempel stell eller medisiner (Hersh et al., 2016; Gordon et al., 2009). Gordon et al. (2009) fant ut at over halvparten av samtalene var pleierrelaterte. De mener at det kulturen på avdelingen kan ha en innvirkning på dette, og at man bør gå bort fra den hierarkiske holdningen man ofte ser i dag, der sykepleieren kan oppleve det som en trussel mot sin rolle, og at de kan føle at de ikke klarer å gjøre jobben sin godt nok, og derfor unngår å prøve å kommunisere med pasienter med afasi, fremfor å prøve og kanskje mislykkes.

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Oppgaven er basert på Evans' (2002) analysemodell og teori av Forsberg og Wengström (2015). Ut ifra kriterier beskrevet i kapittel 3.1 ble åtte forskningsartikler valgt ut og analysert.

Litteratursøket ble startet høsten 2019 og avsluttet våren 2020. Min erfaring med denne oppgaven er at det er relativt lite forskning på pasienter som har fått afasi som følge av et hjerneslag, og spesielt fra et sykepleieperspektiv. På grunn av få treff i de mest brukte databasene (CINAHL og Medline) ble det utført søk i mange forskjellige databaser, som kan være en styrke for oppgaven. Siden ikke alle tidsskrifter er indeksert i alle databasene, har jeg kanskje fått et bredere perspektiv på temaet enn hvis jeg hadde funnet alle artiklene i én database.

Alle artiklene kommer fra nordiske og vestlige land, som gjør at resultatene i stor grad er sammenlignbare med norske forhold. Det kan likevel være en svakhet at jeg ikke har tatt med noen norske artikler, slik at jeg kunne hatt et referansepunkt å sammenligne med. Andre land har også andre roller enn jeg er vant til fra Norge, og det har i noen situasjoner vært en utfordring å identifisere om den som omtales i artikkelen er for eksempel sykepleier, helsefagarbeider eller assistent.

Søket ble først avgrenset til å ikke inkludere artikler som ikke var eldre enn ti år gamle. Jeg har likevel valgt å inkludere tre artikler som er eldre enn dette, da det viste seg å være vanskelig å finne god og relevant forskning uten å utvide tidsrommet. Søket ble derfor utvidet til å ta med artikler fra år 2000. Det at to av artiklene er fra henholdsvis 2000 og 2003 kan være en svakhet for oppgaven, men jeg valgte likevel å ta de med da jeg anser dem som relevante til min oppgave.

Alle artiklene er skrevet på engelsk, som kan gjøre at ord og uttrykk kan mistolkes eller bli oversatt feil. Ved usikkerhet prøvde jeg å bruke digitale ordbøker for å finne den mest korrekte oversettelsen.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Utdanning og erfaring

Utdanning og erfaring viser seg å være sentralt for hvordan sykepleierne opplever å kommunisere med pasienter med afasi etter hjerneslag (Souza & Arcuri, 2014; Cheba et al., 2014; Jensen et al., 2014; Hersh et al., 2016). Vi ser dette også indirekte i Sundin et al., (2000) og Sundin & Jansson (2003), da de deltagende sykepleierne har blitt pekt ut av sine kollegaer som dyktige i kommunikasjon med pasienter med afasi, og mange av de som deltok var de med mye erfaring. Cheba et al. (2014) skriver at de største gruppene av de som oppga at de klarte å identifisere pasientens behov var sykepleiere i alderen 35–40, og de som hadde jobbet i over 20 år. I den samme artikkelen ser vi også at de som hadde videreutdanning i tillegg til grunnutdanningen i sykepleie anga at de hadde de nødvendige kunnskapene til å kommunisere med denne pasientgruppen, og overkomme vanskeligheter knyttet til taleproblemer (Cheba et al., 2014). Ved å ha

fagkunnskap om tilstanden, blir det lettere å leve seg inn i pasientens situasjon og oppfatte hva pasienten tenker og føler (Eide & Eide, 2014, s. 42).

Benner (1984, s. 20–32) teori om de forskjellige stadiene en sykepleier går gjennom i løpet av sin karriere støtter disse funnene. Når en sykepleier har så lang erfaring har en mest sannsynlig nådd ekspertstadiet, og jobber mer etter intuisjon enn etter teoretisk kunnskap (Benner, 1984, s. 32). Erfaringsbasert kunnskap er ifølge Nortvedt et al. (2012, s. 18) en hjørnestein i sykepleie. Dette er kunnskap som utvikles gjennom refleksive prosesser der praktikere lærer fra erfaring. Ofte snakkes det om at erfarne sykepleiere jobber etter skjønn eller intuisjon, slik Benner (1984, s. 32) skriver. Disse uttrykkene er kunnskap som er erfaringsbaserte, og er utviklet gjennom refleksive prosesser, der man lærer av å praktisere (Nortvedt et al., 2012, s. 18).

For at sykepleierne skal ha mulighet til å få nødvendig opplæring og videreutdanning ligger det et ansvar på ledelsen å tilrettelegge for dette. Forbedring i behandlingsmetoder ved bruk av forskningsbasert kunnskap er et grunnleggende moment for å skape forbedring i kliniske sammenhenger (Orvik, 2018, s. 261). Endringer som resulterer i forbedring innebærer å skape en merverdi. Dette forutsetter at endringen har en mening bak seg, både for de som er direkte og indirekte involvert (Orvik, 2018, s. 260). I en klinisk sammenheng må endringer resultere i en endring i praksis for å skape forbedringer (Orvik, 2018, s. 261). Her er forbedringer som er forankret i forskningsbasert kunnskap avgjørende.

5.2.2 Hjelpemidler

Flere ulike hjelpemidler blir presentert i studiene, blant annet peketavler med bilder og skriveblokker. Visuelle hjelpemidler er et effektivt og enkelt hjelpemiddel å bruke, som ofte blir brukt (McGilton et al., 2009; Jensen et al., 2014). Dette ser vi også blir påpekt i Hersh et al. (2014), der en pasient tydelig blir frustrert når sykepleieren gir opp å kommunisere med pasienten uten å prøve å bruke kommunikasjonshjelpemidler. For eksempel kan man i avdelinger der man forventer at pasienten etter relativt kort tid skal skrives ut, som for eksempel akutte slagenheter i spesialisthelsetjenesten, ha et sett med standardiserte bilder som brukes til de mest grunnleggende kommunikasjonsbehovene. I andre deler av helsevesenet kan man tilpasse disse bildene mer etter den individuelle pasientens behov og interesser. En skriveblokk kan også være et godt hjelpemiddel hvis pasienten fortsatt har god leseevne. Mange afasirammede har fortsatt relativt god leseevne, men kan mangle utholdenhet og initiativ, og kan derfor trenge å bli påminnet å bruke skriveblokken (Corneliussen et al., 2006, s. 53). Om pasienten fortsatt klarer å skrive, vil dette være til stor hjelp, da pasienten kan skrive ned hva han tenker og føler. Om pasienten ikke klarer å skrive, kan sykepleieren skrive, og pasienten kan lese. En skriveblokk kan også brukes til å tegne egne bilder for å forklare det pasienten ikke klarer å få fram verbalt. Pasientene i studien til Jensen et al. (2014) fikk utdelt en personlig skriveblokk, og mange av sykepleierne var svært fornøyd med hvor hjelpsomt dette kunne være. Én av sykepleierne sa at hun brukte skriveblokken hver gang hun kommuniserte med noen med alvorlig afasi, og noen av pleierne følte seg klare til å begynne å ta opp mer komplekse temaer. Ved at skriveblokken følger pasienten kan man senere referere tilbake til tidligere samtaler, og pasienten kan da peke på nøkkelord.

5.2.3 Kroppsspråk

Kroppsspråk er en sentral del av kommunikasjonen, både for mennesker med afasi, og de uten. Cheba et al. (2014) skriver at 42% av sykepleierne i studien anser nonverbal kommunikasjon som uvurderlig for å forstå pasientens behov. Sundin et al. (2000) legger også mye vekt på betydningen av kroppsspråk. Øyebevegelser, ansiktsuttrykk og armbevegelser er eksempler på virkemidler som blir brukt til å supplere vanlig tale (Corneliusen et al., 2006, s. 48–49). Hvis man ser det slik at det viktigste i samtalen er å få fram et budskap, og ikke måten det blir gjort på, er kroppsspråk et lettvinnt og lett tilgjengelig hjelpemiddel. Det er viktig at bruken av kroppsspråk tilpasses pasienten. For eksempel kan bruk av ansiktsuttrykk og håndbevegelser bli vanskelig for en pasient med halvsidige lammelser. Da kan man være kreativ, og finne metoder som fungerer for hver enkelt pasient.

Blikket er en av de viktigste nonverbale kanalene, og er viktig for både relasjonsdannelse, og de kan si noe om personlige kvaliteter (Eide & Eide, 2012, s. 206). Dette stemmer overens med funnene i Sundin et al. (2000), der pleierne la mye vekt på pasientens øyne, og hvordan det var nesten umulig å kommunisere med noen uten å få informasjon gjennom øynene. Alle sykepleierne som deltok i studien, nevnte øynene når de snakket om kommunikasjon med pasienter med afasi. Hvis ikke øynene er vendt mot den man kommuniserer med, kan man føle seg oversett, eller man kan tenke at personen ikke er så veldig interessert i å snakke med en. Gjennom blikket kan man uttrykke følelser og reaksjoner, og blikkontakt kan bidra til å fremme relasjoner (Eide & Eide, 2012, s. 206).

5.2.4 Individuell tilnærming

Det å ha en individuell tilnærming til hver enkelt pasient kan være en god metode for å effektivisere kommunikasjonsprosessen (Sundin et al., 2000; McGilton et al., 2009; Cheba et al., 2014). Ved å lage individuelle pleieplaner får man kontinuitet i pleien, og det blir lettere for sykepleieren som ikke kjenner pasienten fra før å danne en relasjon. Det å ha en relasjon til pasienten kan også gjøre at samtalen flyter lettere, og man kan snakke om andre ting enn bare sykepleierrelaterte oppgaver. Ifølge Travelbee (2011, s. 135) er alle interaksjoner mellom sykepleieren og pasienten kommunikasjon, og det dannes et menneske-til-menneske-relasjon. Denne relasjonsbyggingen er viktig for at sykepleieren skal kunne utføre sin jobb, og oppnå sykepleiers mål og hensikt. Sykepleieren må derfor kunne forstå hvordan pasienten kommuniserer best mulig, slik at han kan forstå pasienten og hans behov, og bruke den informasjonen han får til å planlegge videre pleie for pasienten på best mulig måte. Her kommer viktigheten av pleieplanen tilbake, slik at alle de ansatte er bevisste på hvordan pasienten kommuniserer. Om pleieplanen blir aktivt oppdatert og brukt, sørger man for god kontinuitet i pleien, og best mulig behandling for pasienten.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999) har pasienten rett til å medvirke ved helse- og omsorgstjenester. Dette er også et viktig punkt i kunnskapsbasert praksis. Pasientens syn skal imøtekommes, samtidig som sykepleieren skal legge til rette for gode beslutninger i samarbeid med pasientens ønske, ved å bruke både egen erfaring og forskningsbasert kunnskap (Nortvedt et al., 2012, s. 19). Ifølge opplæringslova (1998, §4A-2) har voksne med særskilte behov rett til opplæring for å vedlikeholde eller utvikle grunnleggende ferdigheter. Retten til logoped faller under dette lovverket. Ifølge Cheba et al. (2014) var bruken av logoped ofte en av grunnene til at sykepleierne ikke bidro i opptreningen av taleevnen.

5.2.5 Tid og samtalemiljø

Det å ta seg god tid når man kommuniserer med pasienter med afasi er viktig. I flere studier blir tid trukket fram som en begrensning for hvordan samtalen utvikler seg (Jensen et al., 2014; Hersh et al., 2016; Cheba et al., 2014). I Jensen et al. (2014) blir det sagt at en majoritet av sykepleierne synes at kommunikasjon er vanskelig og tidkrevende. Ved at man tar seg tid til å lytte til pasienten, og vise at man prøver å forstå kan gjøre at det virker verdt bryet å prøve å kommunisere (Sundin et al., 2000). Samtidig kan en begrenset tidsramme gjøre det lettere både for pleieren og pasienten å fokusere på det som er vesentlig (Eide & Eide, 2014, s. 254). Hvis begge partene vet omtrent hvor mye tid som er satt av til samtalen kan man unngå at samtalen flyter bort fra det som egentlig var målet med samtalen, og man får ikke formidlet det man skulle. Om man ikke da holder samtalen på temaet, kan pasienten føle seg snytt om pleieren ikke rekker å komme til poenget, og pleieren kan få skyldfølelse for å ikke ha klart å formidle det som egentlig var planlagt. Vet man at man har dårlig tid, kan man heller derfor planlegge viktige samtaler til senere, når man vet man har bedre tid. Corneliussen et al. (2006, s. 30–31) påpeker også at det er viktig å være åpen rundt tidsrammene. Hvis man har god tid til en samtale, må begge partene være bevisst på dette, og man bør også senke tempoet i samtalen, og godta at det kommer til å bli en del pauser i løpet av samtalen.

I flere studier blir det rapportert at samtalen ofte ikke dreier seg om andre ting enn stell og andre sykepleiefaglige oppgaver (Hersh et al., 2016; Gordon et al., 2009) Dette kan skape en asymmetri i samtalen, som vil si at sykepleierne starter de aller fleste samtalen, og at pasienten kanskje ikke får snakket om ting som opptar dem. For eksempel skriver Gordon et al. (2009) at ingen av samtalen i studien handlet om ting som kan være naturlige å snakke om i en rehabiliteringssetting, som hvordan slaget kommer til å påvirke livet videre, eller pasientens personlige interesser. Gordon et al. (2009) skriver også at kulturen på avdelingen kan ha en innvirkning på samtaletemaene, der det er et slags hierarki med sykepleieren over pasienten. Sykepleieren kan oppleve det som truende mot sin profesjonelle integritet at de ikke klarer å kommunisere godt nok med pasienten, og kanskje derfor unngår å kommunisere med pasienten der det er mulig. Samtidig er det viktig at man opprettholder den profesjonelle avstanden, og at man ikke blir for personlig med pasienten (Sundin et al., 2000). Om man ikke opprettholder denne avstanden kan man gi pasienten et urealistisk bilde av relasjonen mellom sykepleier og pasient. Denne avstanden virker også beskyttende for både pasientens og pleierens integritet (Sundin et al., 2000).

Orvik (2018, s. 90) skriver at kvalitet forutsetter tilstrekkelig tid, og at betydningen av tid avhenger av øynene som ser. Pasienttid følger pasientens rytme og dagsform, og er forankret i respekt for den syke, der tidsbruk kan være en forutsetning for å realisere verdier som nærhet, individualisering og relasjonsbygging. Begrepet pasienttid handler dermed ikke bare om å ha tilstrekkelig tid, men å ta pasientens opplevelse av forholdet til tid på alvor. Det at flere sykepleiere opplever å ikke ha nok tid til å kunne kommunisere godt nok med pasienten bør være en problemstilling som tas alvorlig. Dette handler ikke bare om pasientens verdighet, men også pasientens sikkerhet, og sykepleierens plikt til å gi faglig forsvarlig sykepleie (Norsk sykepleierforbund, u. å.-b) Ifølge Orvik (2018, s. 292) har sykepleiere i kliniske sammenhenger et generelt lederansvar. Dette ansvaret handler ikke bare om å ta følgene av sine egne handlinger, men også å sette grenser for andre. Ved å gjøre andre oppmerksomme på at det kan være uforsvarlig å ha for lite tid til pasienten, kan sykepleieren bidra til at flere blir

bevisst på denne problemstillingen, og kanskje kan det føre til en kulturendring på arbeidsplassen, slik at kommunikasjon blir en prioritet.

6 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan sykepleiere best mulig kan kommunisere med pasienter som har afasi som følge av hjerneslag. Forskning viser at sykepleiere ofte ikke har nødvendig erfaring og videreutdanning, og dermed ikke riktige kunnskaper til å kommunisere med denne pasientgruppen. Gjennom tilrettelegging fra ledelsen og tilgjengelige videreutdanninger vil sykepleierne kunne forbedre sine kunnskaper, og dermed gi bedre pleie til pasientene. Nonverbal kommunikasjon kan være et nyttig hjelpemiddel for sykepleierne, og herunder finner vi bruk av hjelpemidler, og kroppsspråk. Ifølge forskningen er bruk av hjelpemidler som bilder og tekst ofte effektive og enkle å bruke, og kan bidra til å skape forståelse for situasjonen. Blant kroppsspråk er øyekontakt, gestikulering og kroppsholdning de viktigste virkemidlene. Øyekontakt og kroppsholdning kan bidra til å vise at man er interessert i samtalen, mens gestikulering kan virke oppklarende for det man snakker om. Det er også viktig å ha en individuell tilnærming til pasienten, da forskjellige teknikker kan fungere for forskjellige personer. For eksempel kan bruk av pleieplan være et nyttig hjelpemiddel, som kan sørge for bedre kontinuitet i pleien. Å beregne nok tid til samtalen er viktig, slik at pasienten får tid til å uttrykke det han vil, uten at man risikerer å slippe opp for tid. Dette kan i noen tilfeller også kreve en endring fra ledelsen, slik at personalet får nok tid til å kommunisere med pasientene i tillegg til sine andre arbeidsoppgaver. Et godt samtalemiljø som pasienten er komfortabel i, uten støy og forstyrrelser er også et viktig moment å ha med.

6.1 Forslag til videre forskning

Kommunikasjon med pasienter med afasi etter hjerneslag er generelt et tema som må forskes mer på, da hjerneslag er en utbredt tilstand, og mange av de som gjennomgår et hjerneslag får afasi.

Mer spesifikt vil jeg foreslå at det forskes på hvordan ledere kan bedre tilrettelegge for sykepleierne, gjennom for eksempel videreutdanning og å ha nødvendige hjelpemidler tilgjengelig. Det kan også være interessant å vite mer om hvordan sykepleierne håndterer det å ikke forstå pasienter, og hvilke tiltak de iverksetter om de ikke klarer å forstå pasienten. Det ble også nevnt i en artikkel at noen sykepleiere antok at pasienter som ikke klarte å gjøre seg forstått ble antatt å være demente. Det kan da være interessant å forske på hvordan det å ikke klare å kommunisere påvirker pasientenes sinnsstemning.

Referanser

- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert* (1. utg.). Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 321–341). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cheba, M., Żuralska, R., & Skrzypek-Czerko, M. (2014). Difficulties Related to the Communication with the Patient with Aphasia According to the Nursing Staff. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 3(2), 75–80.
<https://doi.org/10.15225/PNN.2014.3.2.4>
- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., Lind, M., & Qvenild, E. (2006). *Afasi og samtale*. Oslo: Novus.
- Eide, T., & Eide, H. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Gordon, C., Ellis-Hill, C., & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: Nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 544–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x>
- Helsebiblioteket. Sjekklistor for kritisk vurdering til bruk i systematiske oversikter eller forskningsprosjekter. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Hersh, D., Godecke, E., Armstrong, E., Ciccone, N., & Bernhardt, J. (2016). "Ward talk": Nurses' interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke. *Aphasiology*, 30(5), 609–628.
<https://doi.org/10.1080/02687038.2014.933520>
- Jensen, L. R., Løvholt, A. P., Sørensen, I. R., Blüdnikow, A. M., Iversen, H. K., Hougaard, A., Mathiesen, L. L., & Forchhammer, H. B. (2015). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29(1), 57–80. <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.955708>
- McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication: Increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal of Older People Nursing*, 6(1), 13–24.
<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x>

- Norsk senter for forskningsdata. Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk sykepleierforbund (u.å-a) Sykepleie – et fullstendig og allsidig fag. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- Norsk sykepleierforbund (u.å-b) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribes.
- Opplæringslova. (1998). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (LOV-1998-07-17-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1998-07-17-61>
- Orvik, A. (2018). *Organisatorisk kompetanse* (2. utg.). Cappelen Damm.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Souza, R. C. S., & Arcuri, E. A. M. (2014). Communication Strategies Of The Nursing Team In The Aphasia After Cerebrovascular Accident. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(2), 292–298. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000014>
- Sundin, K., & Jansson, L. (2003). 'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), 107–116. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x>
- Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: Understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 481–488. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00379.x>
- Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wergeland, A., Ryen, S., & Ødegaard-Olsen, T. G. (2017). Sykepleie ved hjerneslag. I *Grunnleggende sykepleie bind 2* (5. utg., s. 303–328). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter	Leste artikler	Valgte artikler
Nursing AND Stroke AND Aphasia AND Communication	27.11.19	CINAHL	25	10	5	Artikkel 2, 3 og 4
Nursing AND Stroke AND Aphasia AND communication	27.11.19	Medline	3	3	2	Artikkel 5 og 6
Nursing AND aphasia AND communication AND Stroke AND experience	17.12.19	CINAHL	4	3	1	
Nursing AND Aphasia AND stroke AND Communication AND Experience	17.12.19	Medline	0	0	0	
Nursing AND Aphasia AND stroke AND Communication AND Experience	17.12.19	SweMed+	0	0	0	
Nursing AND Aphasia AND Stroke AND Experience	14.04.20	CINAHL	4	4	4	Artikkel 7
Nursing AND Stroke AND Communication	14.04.20	ProQuest	33	2	1	Artikkel 1

AND Aphasia AND experience						
Stroke AND Aphasia AND Communication AND Nursing	03.05.20	CINAHL complete	33	5	2	Artikkel 8

Vedlegg 2: Analysetabell

Hovedtema	Kategorier
Utdanning og erfaring Artikler: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8	<ul style="list-style-type: none"> • Teoretisk undervisning • Betydningen av klinisk erfaring • Videreutdanning • Holde seg faglig oppdatert
Hjelpemidler Artikler: 4, 5, 7, 8	<ul style="list-style-type: none"> • Visuelle hjelpemidler • Skriftlig kommunikasjon
Kroppsspråk Artikler: 1, 2, 3, 6, 7	<ul style="list-style-type: none"> • Øyekontakt • Gestikulering • Kroppsholdning
Individuell tilnærming Artikler: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8	<ul style="list-style-type: none"> • Pleieplan • Personlig relasjon til pasienten • Pårørende
Tid og samtalemiljø Artikler: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8	<ul style="list-style-type: none"> • Riktige rammer rundt samtalen • Ta seg tid • Unngå distraksjoner • Ikke bare fokusere på sykepleieoppgavene

Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler

Sjekkliste for systematiske oversikter (helsebiblioteket).

		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?	X		
2	Var det et tydelig og korrekt studievalg?	X		
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?	X		
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?	X		
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?	X		
6	Er datasamlingen beskrevet og systematisk?	X		
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?	X		
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/metoder?	X		
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	X		

Tabell 1 Sjekkliste Sundin & Jansson

		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?	X		
2	Var det et tydelig og korrekt studievalg?	X		
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?	X		
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?	X		
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?	X		
6	Er datasamlingen beskrevet og systematisk?	X		
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?	X		
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/metoder?	X		
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	X		

Tabell 2 Sjekkliste Cheba et al.

		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?	X		
2	Var det et tydelig og korrekt studievalg?	X		
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?	X		
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?	X		
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?	X		
6	Er datasamlingen beskrevet og systematisk?	X		
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?	X		
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/metoder?	X		
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	X		

Tabell 3 Sjekkliste Gordon et al.

		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?	X		
2	Var det et tydelig og korrekt studievalg?	X		
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?	X		
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?	X		
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?	X		
6	Er datasamlingen beskrevet og systematisk?	X		
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?	X		
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/metoder?	X		
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	X		

Tabell 4 Sjekkliste Jensen et al.

		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?	X		
2	Var det et tydelig og korrekt studievalg?	X		
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?	X		
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?	X		
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?	X		
6	Er datasamlingen beskrevet og systematisk?	X		
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?	X		
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/metoder?	X		
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	X		

Tabell 5 Sjekkliste McGilton et al.

		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?	X		
2	Var det et tydelig og korrekt studievalg?	X		
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?	X		
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?	X		
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?	X		
6	Er datasamlingen beskrevet og systematisk?	X		
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?	X		
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/metoder?	X		
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	X		

Tabell 6 Sjekkliste Sundin et al.

		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?	X		
2	Var det et tydelig og korrekt studievalg?	X		
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?	X		
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?	X		
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?	X		
6	Er datasamlingen beskrevet og systematisk?	X		
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?		X	
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/metoder?	X		
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	X		

Tabell 7 Sjekkliste Souza & Arcuri

		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?	X		
2	Var det et tydelig og korrekt studievalg?	X		
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?	X		
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?	X		
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?	X		
6	Er datasamlingen beskrevet og systematisk?	X		
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?	X		
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/metoder?	X		
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	X		

Tabell 8 Sjekkliste Hersh et al.

Litteratormatrise 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Sundin, K., & Jansson, L. (2003). 'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 12(1), 107–116. https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x</p>	<p>Studiens mål var å belyse betydningen av å forstå og å bli forstått mens man kommuniserer med pasienter med afasi etter hjerneslag.</p>	<p>Aphasia Caring Communication difficulties Phenomenological hermeneutics Touch Understanding</p>	<p>Kvalitativ studie. Fem sykepleiere som jobbet på en rehabiliteringsavdeling i Sverige og tre pasienter ble filmet under morgenstell. Etterpå gikk pleieren og forfatteren gjennom videoen og analyserte hvordan pleieren kommuniserte med pasienten. Videoene ble analysert på en hermeneutisk-fenomenologisk måte.</p>	<p>Pleierne brukte mye kroppskontakt for å kommunisere med pasientene, istedenfor å kommunisere verbalt. Personalet har mye fokus på samarbeid med pasientene. Personalet støtter seg på hverandre og har et kreativt arbeidsmiljø.</p>	<p>Artikkelen sier noe om hvordan sykepleierne kommuniserer med pasienter med afasi, og er derfor med på å svare på problemstillingen.</p>

Litteraturmatrise 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Cheba, M., Żuralska, R., & Skrzypek-Czerko, M. (2014). Difficulties Related to the Communication with the Patient with Aphasia According to the Nursing Staff. <i>Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing</i>, 3(2), 75–80. https://doi.org/10.15225/PNN.2014.3.2.4</p>	<p>Hensikten med studien var å kartlegge kommunikasjonsvansker hos pasienter med afasi, og se hvilke muligheter det var for å kommunisere og identifisere faktorer som kunne forbedre situasjonen.</p>	<p>Aphasia A communication process Stroke Neurological nurse</p>	<p>Kvantitativ studie. 100 sykepleiere som jobbet på nevrologiske avdelinger deltok. Spørreskjemaer ble brukt til å lage statistikk over hvordan sykepleierne håndterte kommunikasjon med pasienter med afasi.</p>	<p>Statistikken viser at utdanningsnivå, alder og arbeidserfaring er knyttet til sykepleierens evne til å overkomme kommunikasjonsvansker med pasienter med afasi. Generelt sett hadde alle sykepleierne gode forutsetninger til å kommunisere med pasienter med språkvansker. Nonverbal kommunikasjon er viktig for å observere pasientens behov.</p>	<p>Gjennom kartlegging av kommunikasjonsvanskene kan det bli lettere å undervise sykepleieren i kommunikasjon, som igjen kan forbedre kommunikasjonsprosessen.</p>

Litteraturmatrise 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Gordon, C., Ellis-Hill, C., & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: Nurse-patient interaction in communication disability after stroke. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 65(3), 544-553. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x	Målet med studien er å finne ut hvordan pasienter med afasi eller dysartri kommuniserer i hverdagslige situasjoner i en slagenhet.	Aphasia Communication disability Conversational analysis Dysarthria Nurse-patient interaction Nursing Stroke	Kvalitativ studie. En observasjonsstudie der 35 timer med videoopptak og notater ble analysert. 14 pleiere og fem pasienter med slag eller dysartri deltok.	Studien viser at personalet tok kontroll over samtalen og styrte både innhold og flyt, som skapte en asymmetrisk samtale. Pasientene bidro lite, og ga korte svar, og svarte stort sett på lukkede spørsmål. Pasientene tok sjeldent initiativ til å snakke med andre enn besøkende, og bare to ganger snakket pasienter med hverandre.	Ved å få bedre forståelse for hvordan pasientene kommuniserer vil det være lettere for sykepleieren å tilpasse seg og sin kommunikasjon.

Litteraturmatrise 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Jensen, L. R., Løvholt, A. P., Sørensen, I. R., Blüdnikow, A. M., Iversen, H. K., Hougaard, A., ... Forchhammer, H. B. (2015). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. <i>Aphasiology</i>, 29(1), 57–80. https://doi.org/10.1080/02687038.2014.955708</p>	<p>Studien hadde tre mål: å lage retningslinjer for at et tverrfaglig team kan samarbeide med inneliggende pasienter med afasi, at alle medlemmene av teamet skulle få undervisning, og å gjøre et sett med kommunikasjonshjelpemidler tilgjengelig for teamet.</p>	<p>Stroke Communication partner training Implementation Nursing staff Hospital environment</p>	<p>En blandet metode ble brukt til å kartlegge endringer hos de ansatte før og etter undervisningen, der både kvalitative og kvantitative metoder ble brukt. En trinnvis implementeringsprosedyre som ledet til utforming av retningslinjer, hjelpemidler og undervisning. I trinn 1 deltok åtte ansatte, i trinn 2 deltok 25 ansatte, i trinn 3 deltok åtte ansatte, og i trinn 4 deltok 80 ansatte. Alle sykepleiere og assistenter fikk utdelt et spørreskjema, og i tillegg ble sju av de ansatte intervjuet individuelt.</p>	<p>Resultater fra spørreskjemaene viste at de ansatte selv følte at de hadde en bedre forståelse for hva afasi var etter at de fikk undervisning og retningslinjer rundt dette. Det var også en betydelig nedgang i ansatte som følte at kommunikasjon med afasipasienter var flaut eller frustrerende for pasienten. Studien viste at etter at de ansatte fikk flere hjelpemidler tilgjengelig, gikk de mer bort fra kroppsspråk og hørselsrelatert tilrettelegging, og over til å bruke skrift og bilder. De fleste ansatte følte seg mer selvsikre når de kommuniserte med pasientene etter at undervisningen, og de ansatte synes at pasientene virket mer positive og åpne for kommunikasjon etter at det ble bedre tilrettelagt. Alle ansatte sa før studien startet at de brukte hjelpemidler til å kommunisere med afasipasienter, men at etter studien ble de mer systematiske, da de hadde tilgang til et større spekter av hjelpemidler, og slapp å finne sine egne metoder. Siden det var en tverrfaglig studie, ville det også bli lettere for pasienten å kommunisere med hele teamet hvis alle brukte de samme metodene, og pasienten kunne lettere forstå hva som skulle skje.</p>	<p>For at sykepleieren skal kunne kommunisere bedre med slagpasienter, er det nyttig å se på hvordan andre har forbedret sin kommunikasjon, og utviklet metoder som fungerer for både sykepleiere og pasienter. Det er også nyttig å se sykepleierens syn på de hjelpemidlene som blir presentert.</p>

Litteraturmatrise 5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication: Increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. <i>International Journal of Older People Nursing</i>, 6(1), 13–24. https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x</p>	<p>Studien har som mål å evaluere implementeringen av individuelle kommunikasjonspleie planer, identifisere personalets meninger, kartlegge endringer i pasientens opplevelse av pleie og psykososial funksjon, og å kartlegge endringer i sykepleierens kunnskap om og holdninger til kommunikasjon med pasienter.</p>	<p>Communication impairments Communication intervention studies Interpersonal relations Nurse-patient communication Nurse-patient relationship Patient-centred care</p>	<p>Ni slagpasienter med afasi og 18 sykepleiere deltok i studien. Forskjellige skåringsverktøy ble brukt for å kartlegge pasientens tilstand før og etter studien.</p>	<p>Personalet fant ut at de hadde varierende nivåer av kunnskap om kommunikasjon med afasirammede, og de fleste så nytten av ekstra kursing i dette, enten som en oppfrisker eller som ny informasjon. Sykepleierne synes også at det var nyttig å ha individuelt tilpassede planer for hver pasient, og at kommunikasjonen ble bedre ved at man kunne samle informasjon om hver enkelt pasient, som ga bedre kontinuitet og det ble lettere for nye ansatte å kommunisere med pasientene.</p>	<p>Bruk av individuelle planer og å ikke se alle pasienter likt kan gjøre det lettere å kommunisere med pasientene.</p>

Litteratormatrise 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: Understanding through sensation without words. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 9(4), 481–488. https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00379.x</p>	<p>Studiens mål var å belyse betydningen av kommunikasjon med pasienter med slag og afasi slik det har blitt fortalt av pleiepersonell som har hatt betydelig suksess innen kommunikasjon med denne pasientgruppen.</p>	<p>Aphasia Attunement Closeness Communion Non-verbal communication Sensation</p>	<p>Kvalitativ metode. Ti sykepleiere som jobbet på en rehabiliteringsavdeling i Sverige ble intervjuet etter å ha blitt foreslått av sine kollegaer. Intervjuene ble analysert på en hermeneutisk-fenomenologisk måte.</p>	<p>To hovedtemaer: å tilrettelegge for åpenhet, og nonverbal kommunikasjon. Ved at sykepleieren åpnet seg og samtidig satte grenser for hvor mye hun åpnet seg, ble det lettere for pasienten å åpne seg, samtidig som det ble satt realistiske rammer rundt forholdet mellom pasient og pleier. Pleierne opplevde også å få et nærmere forhold til pasienten ved å sette seg selv i pasientens situasjon, og sidestille seg selv og pasienten, som likemenn. Det er også viktig at sykepleieren viser at hun har tid, slik at pasienten tar seg bryet med å prøve å kommunisere. Pleierne synes også at det var effektivt å bruke nonverbal kommunikasjon, både kroppsspråk og direkte kroppslig kontakt, som å holde pasientens hånd eller stryke pasientens kinn, og slik utveksle følelser.</p>	<p>Artikkelen presenterer hvilke metoder sykepleiere bruker for å kommunisere med pasienter med afasi, og gir også sykepleierens perspektiv på disse metodene.</p>

Litteraturmatrise 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Souza, R. C. S., & Arcuri, E. A. M. (2014). Communication Strategies Of The Nursing Team In The Aphasia After Cerebrovascular Accident. <i>Revista Da Escola de Enfermagem Da USP</i>, 48(2), 292–298. https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000014</p>	<p>Studien hadde som mål å beskrive kommunikasjonsteknikkene som ble brukt av pleiepersonell som jobbet med pasienter som hadde gjennomgått et hjerneslag.</p>	<p>Stroke Aphasia Communication Nursing, team Nurse-patient relations</p>	<p>Kvantitativ studie som bruker intervjuer for å kartlegge hvilke teknikker sykepleierne brukte, og videoopptak for å verifisere bruken av disse.</p>	<p>De mest brukte teknikkene var gestikulering, verbal kommunikasjon, skriftlig kommunikasjon og kroppskontakt. Det ble ikke funnet noen forskjeller på hvilke metoder de mer erfarne sykepleierne brukte sammenlignet med de med mindre erfaring.</p>	<p>Artikkelen presenterer hvilke metoder sykepleiere bruker for å kommunisere med pasienter med afasi.</p>

Litteratormatrise 8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Hersh, D., Godecke, E., Armstrong, E., Ciccone, N., & Bernhardt, J. (2016). "Ward talk": Nurses' interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke. <i>Aphasiology</i>, 30(5), 609–628. https://doi.org/10.1080/02687038.2014.933520</p>	<p>Studiens mål var å undersøke hvordan sykepleierne på en slagavdeling interagerer med pasientene, for å få bedre forståelse for miljøets betydning for kommunikasjonen.</p>	<p>Nurses' interactions Acute stroke ward Aphasia Speech function analysis Supported conversation</p>	<p>Kvalitativ metode. Videoopptak på 7,5 timer hver av tre hjerneslagpasienter, to med afasi og en uten. All kontakt med sykepleierne ble analysert.</p>	<p>Sykepleierne startet som oftest samtalen, kontrollerte samtalen og samtalen dreide seg stort sett om fysisk pleie. Pasientene med afasi hadde få muligheter til avanserte samtaler, og samtalen besto som oftest av lukkede spørsmål og enkle svar. Sykepleierne brukte få kommunikasjonsstrategier.</p>	<p>Artikkelen sier noe om hvordan sykepleierne kommuniserer med pasienter med afasi på en slagenhet, og er derfor relevant til å besvare min problemstilling.</p>

