



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Nursing care to patients with aphasia**

**Stina Hargaut**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 57**

**Molde, 07.05.2009**



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Sykepleie til pasienter med afasi**

**Tittel på engelsk: Nursing care to patients with aphasia**

**Forfatter(e): Stina Hargaut**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Sølvi Standal**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 05.05.09**

**Antall ord: 11117**

## Forord

### Språket

Språket  
viser fram ein feilfri fasade  
i ulike stilartar  
aggressiv Jugend og *art nouveau*  
rokokko er stadig på moten  
er språket eit lysthus eller ein festning

men noko når inn  
der språket er nesten ordlaust  
vegen er ein lang labyrint  
det blir stillare og stillare innover  
underlege ekkolydar minner om ord

tankestreka er gode å lytte til  
alle små teikn er som takdrypp  
innskotne setningar duvar sakte  
mot øyremuslingen, i lange dønningar  
skyl i land vrakgods frå språkets forlis

frå innsida av språket  
spør ingen om form og funksjon  
berre om fargane er ekte  
og om orda har kroppstemperatur  
måleapparatet er finjustert  
med innebygd løgndetektor  
det minste avvik frå det maksimale blir registrert

men ingen ting blir aktivert  
ingen ting å snakke om, i alle fall  
ingenting anna enn litt varme.

(Åse- Marie Nesse, 1981)

## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

### **1.0 INNLEDNING**

1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	s. 3, 4
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	s. 5
1.3 Avgrensning og fokus i oppgaven.....	s. 5
1.4 Formål med oppgaven .....	s. 5
1.5 Oppgavens oppbygning.....	s. 6, 7
1.6 Dikt, "å skrive".....	s. 8

### **2.0 METODE**

2.1 Beskrivelse av metode.....	s. 9
2.2 Litteraturstudie.....	s. 9
2.3 Datasamling og litteratursøk.....	s. 10, 11
2.4 Valg av kilder og kildekritikk .....	s.12
2.5 Nyere forskning.....	s. 13, 14

### **3.0 TEORETISK REFERANSERAMME**

3.1 Afasi .....	s.15, 17
3.2 Årsaker til Afasi .....	s.18, 19
3.3 Dikt, "Apoplexi".....	s. 20
3.4 Pasientens opplevelse av egen situasjon .....	s. 21, 23
3.5 Dikt, "Afasi".....	s. 24
3.6 Mestring .....	s. 25, 28

### **4.0 SYKEPLEIERTEORETISK PERSPEKTIV**

4.1 Joyce Travelbee .....	s. 29, 35
---------------------------	-----------

## 5.0 DRØFTING

- 5.1 Å fremme et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient  
gjennom kommunikasjon..... s. 36, 39
- 5.2 Betydningen av sykepleiers kommunikasjonsferdigheter..... s. 40, 41
- 5.3 Hvordan sykepleier kan bidra til å øke pasientens  
opplevelse av mestring..... s. 42, 43

## 6.0 KONKLUSJON..... s. 44

## 7.0 VURDERING AV EGET ARBEID..... s.45, 46

## 8.0 LITTERATURLISTE..... s. 47, 49

## VEDLEGG

- Søkehistorikk

## 1.0 INNLEDNING

En av kravene på sykepleierstudiets siste år er den avsluttende bacheloroppgaven. Den skal være på maks 12 000 ord og inneholde relevant litteratur og nyere forskning. Temaet har jeg valgt selv og fått godkjent av veileder.

I denne oppgaven har jeg valgt å skrive om temaet: *sykepleie til pasienter med afasi*.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg vil vise til 1.- og 2. års studieårsplanen hvor skolens arbeidskrav er:

- tilegne seg kunnskap om sykdommer til eldre
- tilegne seg kunnskap om kommunikasjonsprosessen og ulike kommunikasjonsmetoder
- ha kunnskap om egen kommunikasjon og forståelse for hvordan denne virker inn på mellommenneskelige relasjoner
- anvende ulike kommunikasjonsmetoder i mellommenneskelige relasjoner med fokus på den eldre pasient
- utvikle og anvende sine ferdigheter i kommunikasjon til akutt, kritisk og kronisk syke pasienter
- anvende kunnskaper og ferdigheter i kommunikasjon og samarbeid
- ha forståelse for hva akutt/kritisk og kronisk sykdom/lidelse kan innebære
- kunne ta utgangspunkt i pasientens grunnleggende behov, ressurser og helsetilstand
- vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere sykepleie til akutt, kritisk og kronisk syke
- lære å behandle og lindre med utgangspunkt i pasientens behov og situasjon
- imøtekomme pasienters behov for samtale, informasjon, undervisning, veiledning og støtte.

Under tidligere praksis og jobb har jeg møtt eldre, slagrammede mennesker med afasi.

Afasi er et spennende tema. Det er en utfordring det å kommunisere og klargjøre seg selv ved tap av språkfunksjon.

I andre semester i dette studiet hadde vi undervisning om Afasi. I boken "eldre aldring og sykepleie" (som er pensum) leste jeg for første gang om temaet.

Afasi som følge av Apoplexi Cerebri (hjerneslag), rammer svært mange. Stort sett er det middelaldrende og eldre mennesker som blir rammet. (Sundet og Reinvang, 1988).

Jeg har sett fortvilelse hos afasirammede pasienter når de ikke får klargjort det de ønsker å si og ikke klarer å gjøre seg forstått. Jeg har også sett hvilken lettelse det er for de når de endelig "får fram ordene". Afasi er et tema jeg vil lære mer om. Det er noe jeg er helt sikker på at jeg kommer til å møte på i min framtid som sykepleier. Å skrive en oppgave om afasi tror jeg kan hjelpe meg til å lettere forstå hva det betyr å være rammet. Jeg vil lese og lære hvordan det oppleves å bli rammet av afasi. Jeg vil også lære meg mer om hvordan en kan hjelpe de til å mestre situasjonen, gi de håp og dermed oppnå økt livskvalitet. Og ikke minst vil jeg lære hvordan en på best mulig måte kan kommunisere med de som er rammet av afasi. Dette kan jeg få til ved å lese nyere forskning som er relevant for oppgaven, lese pensum og selvvalgt litteratur. Ved å jobbe med afasi som tema kan jeg få større forståelse omkring vanskene knyttet til afasi som det første nødvendige skrittet i retning av en bedre behandling av afasirammede.



## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon bidra til at pasienter med afasi mestrer egen situasjon?

## **1.3 Avgrensning og fokus i oppgaven**

Afasi omfatter mange og det finnes ulike former for afasi. Jeg har opplevd å møte unge og eldre som har fått afasi. Jeg vil forholde meg til pasienter over 50 år som er rammet av motorisk afasi. Pasienten bor i sykehjem. Jeg vil ta utgangspunkt i kommunikasjon og mestring til pasienter med afasi .

Jeg har valg å avgrense til:

- motorisk afasi, hvor en har svekket uttrykksevne (som følge av Apoplexi Cerebri)
- kommunikasjon
- mestring
- pasienter over 50 år som er rammet av afasi
- i sykehjem

## **1.4 Formål med oppgaven**

Afasi er et tema jeg ønsker å lære mer om. Formålet med oppgaven må være å gi meg mer innsikt samt mer kunnskap. Denne oppgaven er avsluttende eksamen på sykepleiestudiet for å fullføre studiekravene Jeg føler at jeg vil lære en del når jeg har valgt å bruke afasi som tema i oppgaven min. Jeg vil lese og lære mer om de ulike typene av afasi, mer om kommunikasjon og hvordan pasienter opplever det å bli rammet. Jeg vil også lese om hvordan de opplever møtet med helsepersonell, og hvordan de mestrer situasjonen de er i.

## 1.5 Oppgavens oppbygning

I innledningen har jeg presentert hvorfor jeg har valgt dette temaet. Videre skriver jeg om tema, avgrensning, problemstilling for oppgaven.

### I kapittel 2

Her beskriver jeg metoden jeg har brukt.

### I kapittel 3

Her presenteres teoretisk referanseramme hvor det blir skrevet om:

- Afasi: årsak og beskrivelse av de fire ulike formene en kan bli rammet av
- Hva som kan forårsake afasi
- Pasientens opplevelse av egen situasjon hvor jeg henviser til nyere forskning og situasjoner pasienter selv har beskrevet- Sitat
- Mestring

### I kapittel 4

Skriver jeg om sykepleieteoretisk perspektiv. Jeg har valgt å bruke sykepleierteoretikeren Joyce Travelbee som teoretiker i denne avsluttende oppgaven. Her tar jeg for meg de ulike syn og begrep som:

- Kommunikasjon
- Å bruke seg selv terapeutisk
- En målrettet intellektuell tilnærming
- Etablering av menneske til menneske forhold

### I kapittel 5

Inneholder drøftingen som er en stor del av oppgaven:

- Å fremme et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient gjennom kommunikasjon
- Betydningen av sykepleiers kommunikasjonsferdigheter
- Hvordan sykepleier kan bidra til å øke pasienter opplevelse av mestring

## I kapittel 6

Konklusjon

Her skriver jeg om hva jeg har kommet fram til.

## I kapittel 7

vurdering av eget arbeid

## I kapittel 8

Litteraturliste

## 1.6 Dikt

### Å skrive

Å skrive, en bevisstgjørelse av seg selv.  
En måte å fortelle noe til andre på.  
Å gi av tanker og opplevelser,  
det gir overskudd.  
Men en må stole på seg selv.

(Helga Vengbo 1981)

## 2.0 METODE

I dette kapitlet tar jeg for meg metode. Her vil jeg beskrive bruk av litteratur og ulike litteratursøk.

### 2.1 Definisjon og beskrivelse av metode

Dalland siterer Vilhelm Auberts definisjon på metode:

*“En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet metoder” (Dalland, 2000, s. 71)*

Dalland (2000) skriver at metode er en framgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at den vil jo oss god informasjon og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte.

Dalland (2000) skriver at litteratur er viktig i nær sagt alle studentoppgaver. Han skriver og at oppgaven skal drøftes i forhold til den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i.

I denne oppgaven har jeg tenkt å bruke pensumlitteratur og erfaringer fra praksis. Jeg vil lese nyere forskning hvor pasienter selv beskriver opplevelsen av å bli rammet av afasi og hvordan de har opplevd møte med helsepersonell.

En av kravene til oppgaven er å bruke minst fem forskningsartikler av nyere forskning fra de siste fem år.

## 2.2 Litteraturstudie

Med litteratur menes skriftlige kilder (Dalland, 2000). Metoden jeg bruker til å svare på problemstillingen jeg har kommet fram til, kalles litteraturstudie. Jeg tilegner meg kunnskap gjennom litteraturen jeg studerer under arbeidet av oppgaven.

## 2.3 Datasamling og litteratursøk

Under arbeidet med bacheloroppgaven har jeg foretatt en del litteratursøk. Jeg har søkt etter litteratur til oppgaven gjennom faglitteratur som er pensum og annet egenvalgt litteratur. Da jeg begynte med oppgavens projektskisse satt jeg meg ned og så igjennom alle bøkene jeg har som er pensum. Her fant jeg mye som var nyttig. Jeg fant også relevant litteratur i bøker utenom pensum. Bøkene som jeg har brukt som ikke står i pensum har jeg funnet ved å søke i høgskolens databaser (BIBSYS ASK).

Forskningsartiklene har jeg funnet ved å søke i høgskolens databaser. Jeg har søkt ved å bruke BIBSYS på høgskolens hjemmesider. Der har jeg vært innom SweMed, OVID MEDLINE og Proquest.

Her har jeg søkt på søkeordene:

- Afasi- aphasia
- Kommunikasjon- communication
- Eldre- elders
- Mestring.
- Depresjon - depression

Jeg har også kombinert de ulike søkeordene ved å gå i søkehistorikken min og valgt hvilke søkeord jeg ville kombinere og søke på nytt. Under søkene etter nyere forskning har jeg funnet en del artikler som er relevant for oppgaven, men de ble skrevet for over seks til syv år siden, De har jeg ikke brukt da skolens krav til oppgaven sier at en skal bruke nyere forskning fra de siste fem årene. Jeg har funnet en del artikler men det er ikke alle som er forskningsartikler. Enkelte må bestilles og andre er tilgjengelig på Internett som en kan skrive ut. Jeg har funnet flere på engelsk og de har jeg måttet oversette.

Under arbeidet med oppgaven har jeg vært en del på skolens bibliotek og lest og leitet etter relevant litteratur for oppgaven.

I oppgaven vil jeg prøve å bruke de erfaringene jeg har med afasirammede pasienter fra praksis. Jeg vil også bruke selvvalgt litteratur og forskning som jeg har funnet hvor pasienter selv beskriver hvordan de opplever det å bli rammet av afasi.

## 2.4 Kilder og kildekritikk

Ifølge Dalland (2000) betyr kildekritikk å vurdere og kritisere den litteraturen som er benyttet. Hensikten er at leseren skal få del i de refleksjonene skriveren har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen.

**Primærkilde** Original utgave skrevet av forfatteren selv.

**Sekundærkilde** Forfatteren tolkes av andre.

Under arbeidet med bacheloroppgaven har jeg funnet forskning av nyere dato og litteratur som er relevant for oppgaves tema og problemstilling.

Å finne litteratur til denne oppgaven med temaet afasi, føler jeg ikke har vært noe problem. Det finnes mye relevant litteratur, men det var ikke stort av nyere dato. Allikevel føler jeg at bøkene som har blitt utgitt for en del år tilbake, er relevant for oppgaven. I de fleste bøkene har jeg funnet beskrivelse av de ulike typene afasi. Disse vil jeg ta for med i teoridelen hvor jeg beskriver de og gir eksempel.

Når jeg har søkt etter forskning har jeg brukt høgskolens databaser. Når jeg har søkt har jeg brukt søkeord fra problemstillingen for å få mest mulig treff som er relevant for oppgaven. Jeg føler at forskningsartiklene har vært nyttig da jeg kan lese om hvordan de som er rammet av afasi beskriver opplevelsen av det og bli rammet, og møte med helsepersonell. Jeg har lest om både positive og negative erfaringer de har hatt. Jeg har lest om framskritt innen teknologien og hvordan den har ført til ny innsikt i forholdet mellom språk og hjernen. I en av artiklene leste jeg om hvordan sykepleier – pasient kommuniserte etter hjerneslag. I denne artikkelen ble det beskrevet hvordan sykepleiere ofte snakket med pasientene på en funksjonell måte hvor de brukte minimalt med sosiale eller affektiv kommunikasjon.



## 2.5 Nyere forskning

### Hvordan kan afasipasienters positive erfaring i møte med helsepersonell påvirke mestring?

Bakgrunn for studien er de spesielle utfordringene som helsepersonell står ovenfor når de skal gi behandling og omsorg til pasienter som er rammet av hjerneskader som påvirker språkfunksjonen. Her blir pasienters med afasi sine positive erfaringer de har hatt i møte med helsepersonell og hvordan de kan påvirke mestringen presentert. Det ble etterlyst bedre kunnskap om afasi og større vektlegging på pårørende. Afasipasienten får hjelp til å bearbeide krise- og sorgreaksjoner. Når helsepersonell engasjerer seg gir pasienten mulighet til medbestemmelse, fører det til at pasienten får bedre forutsetninger til å bevare selvspekt, håp og motivasjon. En kan lese om at når helsepersonell kommuniserer godt og har tilstrekkelig med kunnskap om afasi som brukes til det beste for pasient og pårørende, er det lettere å mestre. En holistisk tilnærming hvor pasientenes funksjonshemming blir sett i lyset av personlighet, livssituasjon og livshistorie bidrar til mestring. (Gabriele Kitzmüller, 2007)

### Aphasia, Progress in the last quarter of a century

Bakgrunnen for denne studien er at de siste tjuefem årene, karakterisering av afasi har skiftet fra beskrivelse av språkets oppgaver som er svekket etter hjerneskade til identifikasjon av forstyrret kognitive prosesser underliggende språk. På samme tid har avansert teknologi ledet til ny innsikt i sammenhengen mellom språk og hjerne. "Å komme seg" etter å ha blitt rammet av afasi avhenger av restaurering av vev funksjonell eller omorganisering av kognitive / nøytrale nettverk underliggende språk.

### The use of conversational analysis: nurse- patient interaction in communication disability after stroke

Bakgrunn for denne studien var at sykepleiere ofte snakket med pasienter på en fin måte, men at kommunikasjonsferdighetene ikke alltid er på topp. Metoden som er brukt er en observasjonsstudie hvor de har filmet, observert og notert seg hva fjorten sykepleiere og fire pasienter med afasi. Opptakene ble analysert ved å bruke kommunikasjonsanalyse. De har kommet fram til at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er avgjørende for rehabiliteringsprosessen. De foreslår her at dialogen mellom sykepleierne og pasient må bli forbedret. Videre mener de at sykepleiere må få styrket kommunikasjonsferdigheter og at det vil bidra til å forbedre interaksjon mellom sykepleier og pasient med afasi.

### Recovery and treatment of aphasia after stroke: functional imagining studies

I denne artikkelen blir gjenvinning og behandling av pasienter med afasi etter hjerneslag diskutert. Det sies at det har vært lite forskning av behandling av afasi. Bevis tyder på at behandling av taleproduksjon kan være vanskelig. Det blir foreslått at selv etter flere år etter hjerneslag, så fortjener det videre studier. Nyere forskning gir en dypere forståelse av det å bli rammet og betydningen av det. Videre forskning er nødvendig. Behandling av pasienter som er rammet av afasi krever forskning med større pasienttall og mer detaljert atferds- og lesjon karakterisering.

### A systematic evaluation of the adaption of depression diagnostic methods for stroke survivors who have aphasia

En av tre overlevende etter slag er rammet av afasi. Som følge av afasi kan en bli rammet av depresjon. I denne artikkelen hadde de som mål å systematisk vurdere metodene som blir brukt til å diagnostisere depresjon og hvilke tilpasninger disse metodene har for pasienter med afasi. Det blir foreslått at depresjon og språk eksperter samarbeider mer for å utvikle en mer gyldig metode for pasienter som er rammet av depresjon etter afasi. Dette vil føre til en god driftsikkerhet.

### 3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

#### 3.1 Afasi

Med afasi menes en språkforstyrrelse grunnet hjerneskade.

Afasi kan grovt deles inn i fire ulike typer:

- Motorisk afasi, skader i det fremre språkområdet, Brocas område. Fører til vansker med å produsere tale eller skrift.
- Sensorisk afasi, skader i det bakre språkområdet, Wernickes område. Fører til vansker med å forstå skrift og tale. De kan høre ordene, men de vil ikke ha noe betydning.
- Global afasi, kombinert skade av det fremre og det bakre språkområdet. Her blir både uttrykksevnen og taleevnen nedsatt. (Karoliussen og Smebye, 2004)
- Anatomisk afasi, skade utenfor språkområdene hvor den afasirammede har god forståelse og produksjon men vansker med ordleting. (Sundet og Reivang, 1988)

Tabell som viser forhold mellom språkforståelse og språkproduksjon:

		Språkforståelse	
		Dårlig	God
Språkproduksjon	Dårlig	<b>Global afasi</b>	<b>Broca afasi</b>
	God	<b>Wernickes afasi</b>	<b>Anatomisk afasi</b>

(Sundet og Reivang, 1988, s. 32)

## Motorisk afasi (Brocas)

*“personen snakker i telegramstil og med usikker uttale av enkeltord. Språkforståelsen er god, men sårbar for sammensatte budskap. Skaden antas å ramme fremre språkområde”*

*(Sundet og Reinvang, 1988, s. 35)*

Kjennetegnet ved motorisk afasi er redusert taletempo, med famlende artikulasjon og forvanskninger av lange ord. Personen kan forklare seg til omgivelsene. Talen er langsom, drar på ordene. En får inntrykk av at personen bevisst må tenke på hvordan ordene skal uttales for at resultatet skal bli riktig. Personer som er rammet av Brocas afasi har som oftest betydelige skrivevansker. De som er rammet har god forståelse av tale. I de daglige sammenhenger oppfatter omgivelsene forståelsen deres som normal.

Eksempel: Hvor ønsker du å reise i ferien?

Svar: “syden... nei! hytta... ja!”

*(Sundet og Reinvang, 1988)*

## Sensorisk afasi (Wernickes)

*“personer snakker lett og uanstrengt, men innholdet bærer preg av “God dag, mann- økseskaft- svar”. Forståelsen er usikker, og personen er selv ikke klar over misforståelsene. Skaden antas å ramme bakre språkområde”*

*(Sundet og Reinvang, 1988, s. 36)*

Kjennetegnet ved sensorisk afasi er en flytende strøm av tale med forvekslinger av ord eller bruk av meningsløse ord. Likevel kan en mange ganger skjønne hva personen mener og ønsker å si. Forvekslingen kan for eksempel være når en bytter om på kone og datter. Som for eksempel: “min datter og jeg var gift i 20 år” I slike tilfeller kan vi allikevel skjønne at personen snakker om sin kone. Forvekslingen har med å gjøre at både “kone” og “datter” er nære kvinnelige slektninger. De som er rammet av sensorisk afasi har ofte en overdreven bruk av tomme ord som “noen sånne, sånn derre, sånn du vet, ting og greier”. Personen er ikke alltid like klar over feilene sine, han klarer som regel ikke å rette opp i de selv og han forsøker. Han er heller ikke bestandig klar over at andre ikke forstår han.

Eksempel: Hvor ønsker du å reise i ferien?

Svar: *“men den skal jo ha flere ganger allerede vet jeg sikkert du har sagt”*

(Sundet og Reinvang, 1988)

## **Global afasi**

*“personen har store vansker med å produsere egen tale. Forståelsen er begrenset til nøkkelord. Skaden antas å romme både fremre og bakre språkområde”*

(Sundet og Reinvang, 1988, s. 33)

Kjennetegnet ved global afasi er innskrenket evne til å produsere egen tale . Talen er kan ofte være begrenset til klisjeer og stereotyper. Med klisjeer menes faste uttrykk og vendinger som ellers er helt normal når de brukes i riktig sammenheng..

Eksempel på klisjeer kan være: “morn - morn”, “jøsda gett” og “faen i helvete”.

Med stereotyper menes enkle kombinasjoner av lyder som gjentas med svært lite variasjon.

Eksempel kan være: “addi addi”, noen sier “gerri - gerri”. De varierer i tonefall og ansiktsuttrykk, og personens dialekt kan ofte gjenkjennes.

Stereotypene ser ut til å være akkurat like tilfeldig som klisjeene.

Eksempel: Hvor ønsker du å reise i ferien?

Svar: “dagga – dagga... men... nei... faen!.. dagg”.

(Sundet og Reinvang, 1988)

## **Anatomisk afasi**

*“personen har normal tale, men foretar en del omskrivninger og feilsnakk på grunn av mangelen på sentrale innholdsord. Forståelsen er som regel god. Skaden antas å ramme i utkanten av språkområdene”*

(Sundet og Reinvang, 1988, s. 37-38)

Kjennetegnet ved anatomisk afasi er at talen er normal helt til personen kommer med kritiske ord som skal formidle det sentrale innholdet i setningen: “i går var jeg i byen og kjøpte en... hva det nå heter.” De som er rammet av anatomisk afasi har som oftest vansker med lesing, skriving og eventuelt regning.

Eksempel: Hvor ønsker du å reise i ferien?

Svar: *”der hvor man spiller sånn som man drikker vin av når man har skjørt, vet du.”*

(Sundet og Reinvang, 1988)

### 3.2 Årsaker til Afasi

Den venstre halvdel av hjernen er spesialisert til å kode og lagre informasjon, kunnskap og bearbeide språkliginntrykk. Afasi er en språkforstyrrelse som følge av hjerneskade.

Når blodforsyningen til hjernen blir tettet igjen av en blodpropp vil det føre til at hjernecellene ikke får den nødvendige tilførselen den trenger av oksygen og næring. Dette vil føre til at den delen av hjernen som blir rammet slutter å virke normalt. Symptomene kommer plutselig uten at en aner det. Lammelser i halve kroppen kan forekomme. Afasi kan forekomme når språkområdene i hjernen ikke får nok eller redusert blodforsyning. (Dr. Skavland red., 2002)

Den vanligste årsaken til afasi er Apoplexia Cerebri.

Apoplexi Cerebri, hjerneslag betegner plutselig tap av en eller flere hjernefunksjoner som følge av:

- hjerneinfarkt
- hjerneblødning
- blødning under spindelnevshinnen (subaraknoidalblødning)

Sånn ca. 15000 mennesker i Norge rammes av Apoplexi Cerebri hvert år.

- Ca. 85 % av hjerneslagene skyldes en svikt i blodtilførselen til hjernen (infarkt/blodpropp)
- Ca. 15 % skyldes en blødning i hjernen (hematom ”sprengt blodkar”).
- Det kan også forekomme små forbigående anfall (”drypp”) kalt TIA. Det gir en kortvarig språkforstyrrelse, og går som oftest over i løpet av et døgn. En kan også

bli rammet av afasi på grunn av hjernesvulster og andre sykdommer i hjernen, eller etter ytre hodeskader, som for eksempel ved trafikkulykker.

De som rammes er hovedsakelig over 50 år. Et hjernelag kan føre til endret talefunksjon og endret følelsesliv. (Bertelsen, 2007, s. 159)

Tilstanden er årsak til ca. 15% alle dødsfall i Norge. Og forekommer ofte samtidig med generell aterosklerose, høyt blodtrykk og hjertesvikt. (Jacobsen mfl. 2006).

### 3.3 Dikt

#### Apoplexi

Engang imellem ønsker hun  
at hun fejlede noget mer spændende  
ikke noget alvorligere, nej  
men noget  
som fik lægerne til at spidse øren  
sætte sig ned og spørge og lytte  
og ordinere nye undersøgelser  
som ville gi hende og dem et fælles projekt

engang imellom ønsker hun  
at hun var særlig slags pasient for  
plejepersonalet  
en udfordring for dem  
een der krævede deres særlige opmærksomhed  
een der gjorde store og hurtige fremskridt

det er ikke  
fordi hun misunder de andre syge  
ulykkesofrene  
canserpasienterne  
men der er alligevel en lille orm  
der gnaver i hendes bevidsthed  
og får hende til å føle sig som ren rutine  
selvom det er alt andet end rutine for hende  
at ha to halvdøse fisk i sengen  
i stedet for en arm og et ben

men mest af alt ville hun ønske  
at hun havde sit sprog indenfor rækkevidde  
at det var klart og rent som nypusset glas  
så alle ku høre at hun var præcis den samme  
som før  
at apoplexien bare havde skabt  
først en vrede  
så en sorg  
og tildsist et meget stort stykke arbejde  
mellem hende og resten af verden.

(Lene Malmstrøm)



### 3.4 Pasientens opplevelse av egen situasjon

*“uten et ord ropte jeg nei til tausheten” Anne Karin Elstad*

I boken “frisk nok for livet” kan en lese om Anne Karin Elstad og hennes opplevelse av det å bli rammet av å bli rammet av hjerneslag, (Apoplexi Cerebri). Hun forteller at pasienter med afasi ikke kan uttrykke seg så lett språklig. De blir ofte provosert, særlig av de som forstår dem, og derfor fullfører setningene deres. Vi må ikke glemme at afasi-rammede pasienter er åndsfriske. Da hun fikk hjerneslag for første gang følte hun en protest i seg som hun ikke kunne uttrykke. Hun fryktet tausheten. På sykehuset kunne hun høre de andre snakke om at det kunne være dødelig og at det kunne ha oppstått varige skader i hjernen. Hun forteller at hun protesterte uten en lyd og uten et eneste ord. Hun merket at hun stokket om på bokstavene og at feil ord kom til feil tid. Sakte kom språket tilbake. Hun tilkjempet seg språket på nytt igjen. Hun beskriver innlæringen som helsebringende og den førte til romanen som hun har skrevet, “Maria, Maria” Den har vært mye brukt i helsetjeneste samt utdanning. (Dr. Skavland, 2002)

I artikkelen “Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring?” (Gabriele Kitzmüller, 2007,) kan vi lese om hvordan tretten afasirammede pasienter og hvordan har opplevd møte med helsepersonell. Vi kan også lese om hvordan det har påvirket mestring av situasjonen de er i.

Pasientene beskrev både positive og negative erfaringer fra sine møter med helsepersonell. Sju av de understreket at deres helhetsopplevelse var at pleierne og behandlere var snille og vennlige. Det ble også understreket at positive erfaringer ga de kraft til å møte de ulike utfordringene og begrensningene og hjalp de til å komme tilbake til livet utenfor institusjonen.

Alle hadde et stort behov for samvær, trøst og omsorgsfulle handlinger. Ikke alle pleierne tilfredstilte slike behov, men de som gjorde det ble betegnet som engler, den gode mor, eller “laget av gull”.

### Sitat

*“Det var en sykepleier der, hun var streng, men hun passet på meg noe enormt, i positiv forstand... Hun sørget for at jeg fikk den beste maten... jeg husker slike ting, de sitter veldig godt. Hun ga omsorg, men var moderlig, en skikkelig mor. Det er ekstremt viktig, særlig i denne periode...” (Kitzmüller, 2007, s.47)*

Et viktig virkemiddel var ros og anerkjennelse fra personalet. Virkningen av dette var at pasientene så egen framgang, noe som styrket de og ga de håp og mot til å jobbe videre.

### Sitat

*“Jeg fikk ros hele tiden... de sa at jeg var flink til å trene, så oppdaget jeg det også selv.” (Kitzmüller, 2007, s. 48)*

Flere pasienter fortalte hvor viktig det var for de at helsepersonell viste vennlighet, hadde humoristisk sans og kunne prate om annet enn bare sykdommen. I relasjoner som var preget av vennlighet og empati ble de sett som “hele” mennesker, noe som fremmer egenverd, livsmot og håp. Følelsen av at noen brydde seg betydde mye, og førte til at de fikk økt selvfølelse.

### Sitat

*“Det er naturlig at du snakker til den som har litt humor, den som smiler litt. Et smil teller mye! Det forteller deg at de synes det er koselig å treffe deg, at det ikke føles som en belastning at du er der...” (Kitzmüller, 2007, s.46)*

I artikkelen kan vi lese at det ble etterlyst bedre kunnskap om afasi og større vektlegging på pårørende. Afasipasienten får hjelp til å bearbeide krise- og sorgreaksjoner. Når helsepersonell engasjerer seg gir pasienten mulighet til medbestemmelse, fører det til at pasienten får bedre forutsetninger til å bevare selvrespekt, håp og motivasjon.

Afasien begrenser pasientenes evne til å meddele, oppfatte og huske informasjon. Det er viktig for pasient og pårørende at de får god informasjon, støtte og veiledning, og at familien blir ansett som en ressurs.

Kommunikasjon falt lettere i relasjoner med helsepersonell som var dyktig til å kommunisere. I kommunikasjonen var det faktorer av betydning: korte setninger og spørsmålsstilling, kun en samtalepartner av gangen, unngå unødvendig støy, unngå hurtig skifte av samtaleemne, god øyekontakt, tydelig kroppspråk og evne til å tyde kroppspråk,

ikke prate for mye selv, og gi den afasirammede nok tid til å snakke og ta i bruk hjelpemidler.

Sitat

*“Egenskapene til personen var viktig, at vedkommende var rolig, lyttet, ikke snakket selv, det var viktig at jeg fikk prate og spørre. At de hørte etter og spurte etterpå, slik at det ble en dialog...” (Kitzmüller, 2007, s.49)*

Når helsepersonell kommuniserer godt og har tilstrekkelig med kunnskap om afasi som brukes til det beste for pasient og pårørende, er det lettere for pasientene å mestre.

### 3.4. Dikt

#### Afasi

Jeg skal få  
mange overraskelser  
etter hvert som jeg  
prøver  
å erobre  
tilværelsen på nytt.

Mye som  
var sjølsagt  
møter meg fremmed.  
Jeg blir stående der  
måpende  
av forundring,  
deretter tafatt,  
jeg skal takle det.

Det jeg var suveren til før  
kan jeg plutselig ikke lenger.  
Jeg kan ikke lese,  
men skrive kan jeg.  
Etterpå  
strever jeg med å lese  
det jeg har skrevet.

(Solveig Sindre)

### 3.5. Mestring

*“Den prosessen mennesker går igjennom for å løse problemer, møte krav og utfordringer, redusere trusler og øke velvære” (Karoliussen og Smebye, 2004, s. 167)*

Når vi er friske kan vi ta ting for gitt. Dagligdagse gjøremål i hverdagen går unna i en fei. Vi går på skole og arbeid som vi stort sett trives med og har gleden av å være sammen med familie og venner på fritiden. Kronisk eller langvarig sykdom betyr endringer. For noen er disse dramatiske, og for andre mer moderate og spørsmål og gradvis tilvenning. (Hvifladd, 2000).

En pasient har uttrykt det slik:

*“Det var en ny virkelighet. Det jeg kunne før, kunne jeg ikke klare lengre. Det ble viktig for meg å finne noe å gjøre som jeg kunne klare ” (Hvifladd, 2000, s. 59)*

Det kan være vanskelig å akseptere et liv som afasirammet. De finnes afasirammede som opplever sykdommen og afasien som en av de krisene i livet som de har vokst på. De har blitt nødt til å ta seg en pause fra “det den tidligere hverdagen” og spørre seg selv hvem de er og hva de vil videre med livet sitt. Det har gått opp et lys for de. De finner nye sider ved seg selv og oppdager at alt stresset fra jobb og lignende ikke var den eneste lykken i livet. (Sundet og Reinvang, 1988)

Mestring innebærer å forholde seg til den belastede situasjonen på måter som gjenoppretter mening og sammenheng, bidrar til å bearbeide de følelsesmessige reaksjonene og eventuelt også å løse de vanskelighetene man står ovenfor. (Eide og Eide, 1996)

I litteraturen om mestring skiller vi mellom to typer krisesituasjoner: livskrise og traumatisk krise.

Livskriser er påkjenninger som gradvis kommer av naturlig utvikling. Eksempel på det kan være pubertet, løsrivelse fra hjemmet, valg av studium/yrke, ekteskap, få barn, overgangsalder og alderdom.

Traumatisk kriser er ekstraordinære påkjenninger som ikke inngår i et vanlig livsforløp. Eksempel på det kan være sykdom, ulykker eller voldshandlinger. (Eide og Eide, 1996).

Forskning har vist at personer reagerer på ulike former for belastning. Mestring er avhengige av flere faktorer og skjer i samhandling med miljøet. For å få troen på at en kan mestre en situasjon er en avhengig av opplevelsen og tolkningen av situasjonen en er i.

Det er flere nødvendige betingelser som må oppfylles for at mestring kan skje:

- Tilstrekkelig mengde energi må være tilgjengelig og må kunne brukes.  
Det som kan få konsekvenser for Eldres mestring er krefter. For at problemene skal kunne løses må disponibel energi være tilstede.
- Tilstrekkelige ressurser må være tilstede.  
Ved tap av ressurser vil det kunne påvirke Eldres evne til å mestre ulike situasjoner. For å oppnå mestring kan det være nødvendig for den eldre å motta hjelp og ressurser utenom seg selv.
- Situasjonen må gi mulighet for mestring.  
Det kan skje at Eldres situasjon er altfor komplisert og at mestring blir vanskelig.  
(Karoliussen og Smebye, 2004)

Mennesker reagerer individuelt på ulike situasjoner. Mestring er rettet mot kognitive, affektive og atferdsmessige prosesser. Ved alvorlig sykdom vil et menneskets opplevelse av sykdommen preges av hvem man er og av en rekke ulike faktorer i nåtid og fortid. Ens forhold til andre mennesker blir også lett involvert.

Folkman og Lazarus (1984) hevder at det er viktig å velge en mestringsstrategi som passer situasjonen en er i og at valg av gal strategi vil kunne forverre tilstanden. Hva som er riktig for den enkelte er avhengig av ulike faktorer, blant annet av hendelsen, konteksten og personens fysiologiske og psykologiske forutsetninger. (Eide og Eide 1996)

Folkman og Lazarus bruker begrepet mestring for å betegne menneskets forsøk på å beherske en situasjon. Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring:

*“...kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å mestre spesifikke indre og/ eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser” (Lazarus og Folkman, 1984, s. 141)*

Lazarus benytter mestring om ulike typer atferd og intrapsykiske prosesser som personen benytter. Hensikten er å bli kvitt, overvinne, redusere eller tolerere krav som oppstår i situasjoner der personens ressurser stilles på prøve. (Kristoffersen, 1996)

Folkman og Lazarus (1984) skiller mellom to hovedmetoder for å mestre situasjoner som oppleves truende:

- Problemorientert mestring
- Emosjonell orientert mestring

**Problemorientert mestring** innebærer ulike typer aktive strategier for å løse et problem eller takle en vanskelig situasjon. Ved bruk av problemorienterte strategier forholder personen seg aktivt og direkte til det situasjonen eller problemet gjelder. Denne type strategi velges når personen selv mener å ha nokså gode sjanser til å mestre situasjonen, det vil si når han i sekundærvurderingen konkluderer med at han har store muligheter for å mestre situasjonen. Den subjektive opplevelsen av muligheten til å lykkes er altså sentral når det gjelder valg av mestringsstrategi. Problemorientert mestring omfatter også følelsesmessig bearbeiding av problematiske situasjoner som ikke kan forandres. Eksempel på dette kan være kronisk sykdom. Den følelsesmessige bearbeidingen av tap og tilpasning til den nye livssituasjonen er en vesentlig side av problemorientert mestring.

Valg av strategi kan være knyttet til menneskets personlighet. En rekke mennesker velger en aktiv og direkte strategi i vanskelige situasjoner. Andre mennesker vil velge andre strategier. Noen mennesker er aktive av natur, og direkte og konfronterende i møte med problemer. De som opplever å lykkes med en strategi, velger mest sannsynlig den samme neste gang. Situasjoner forbundet med helsesvikt og sykdom blir ofte betraktet som noe en må avfinne seg med, og det er da langt mer vanlig å velge en passiv og unnvikende strategi (Lazarus og Folkman, 1984).

**Emosjonelt orientert mestring** omfatter strategier som tar sikte på å forandre opplevelsen av situasjonen framfor å endre på den. Strategiene tar primært sikte på å redusere ubehaget i situasjonen. Emosjonell orientert mestring kan betraktes som forsøk på å unngå, unnvike eller flykte fra ubehag eller problematiske situasjoner. Eksempel på mer eller mindre bevisste strategier kan være å bagatellisere alvoret i situasjonen, overlate ansvaret til andre, og å unnvike vanskelige situasjoner. Et eksempel på dette kan være at en person oppdager

symptomer, forsøke å håndtere situasjonen ved å bagatellisere symptomene og unngå å oppsøke lege. Bruk av forsvarsmekanismer som fortrenging, intellektualisering og isolering av følelser kan betraktes som emosjonelt orienterte strategier, selv om disse i stor grad er av ubevisste karakter.

Mennesker som har etablert en positiv forventning om å lykkes med å håndtere ulike utfordringer, vil i langt mindre grad være utsatt for fysiologisk aktivering i form av ulike stresssituasjoner. Disse personene vil være mindre utsatt for sykdom og helsesvikt som har sammenheng med aktivering av stressreaksjoner. (Kristoffersen, 1996)

For å mestre ulike situasjoner, er det nødvendig at pasient og sykepleier gjensidig klarer å tilpasse seg situasjonen og hverandre. En slik forståelse er nødvendig å ha når et sykepleier- pasient forhold skal etableres og utvikles. Å være der når pasienten har behov for det og å være seg selv, ekte og nær, skaper grunnlaget for betydningsfulle møter og gode samtaler. Sykepleieren må legge vekt på å skape et klima som gir den enkelte trygghet nok til å vise seg, gjensidig tillitt og akseptasjon (Hummelvoll, 2005)



## 4.0 SYKEPLEIERTEORETISK PERSPEKTIV

I dette kapittelet tar jeg for meg det sykepleierteoretiske perspektiv. Etter å ha lest en del om de ulike teoretikerne har jeg kommet fram til og bestemt meg for å bruke Joyce Travelbee sin sykepleiertenkning i oppgaven. Dette er på grunn av at jeg føler at hun er relevant i forhold til min oppgave. Hun snakker mye om kommunikasjon som er en stor del av oppgaven. Når en leser om Travelbees menneskesyn kan en se at hun mener at ethvert individ må bli sett på som unikt, og at vi alle er forskjellige og må behandles individuelt. Og det er noe jeg føler er viktig å huske i møte med pasienter. Travelbee mener at det er ulike individer som er mottaker av sykepleie. Hun tar avstand fra generaliseringen av begrepet "pasient". (Kristoffersen, 1996). Dette føler jeg er av betydning i møte med pasienter som er rammet av afasi. Det er viktig å se hele mennesket, behandle mennesker med respekt, forståelse og gi støtte. Vi er alle forskjellige og har ulike behov. Det er viktig at å ikke "gre alle under en kam".

### 4.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee ble født i 1926 i New Orleáans i USA. Hun var bare 47 år gammel da hun døde i 1973. Hun ble ferdig med sykepleierutdanningen sin i 1946.

Joyce Travelbee har jobbet som psykiatrisk sykepleier og retter i sin tenkning oppmerksomheten mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien.

Hennes filosofi og tenkning har fortsatt stor innflytelse innen den norske sykepleierutdanningen. Sykepleiefilosofien til Travelbee er opptatt av at kvaliteten på sykepleie er avhengig av at sykepleier og pasient forholdet er etablert på et menneske til menneske forhold, og av at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk i samhandlingen med pasienter. Travelbees tenkning fokuserer på betydningen av kommunikasjon og samhandling i sykepleiersituasjoner. Ved sin død var hun leder av en sykepleierutdanning. (Kristoffersen, 1996)

### Sykepleie

*"sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleier hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre*

*erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening med disse erfaringene"*

*(Kristoffersen, 1996, s. 408)*

Travelbees definisjon av sykepleie er velkjent og allment akseptert. Definisjonen bygger på eksistensialistisk menneskesyn. Hun mente at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Travelbee framholder at sykepleierens oppgave består i å hjelpe mennesker til å mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Hun mener også at vi som sykepleiere må hjelpe hver enkelt pasient på en individuell måte ut fra kjennskap til vedkommende.

*(Kristoffersen, 1996)*

### **Menneskesyn**

*"menneske er et unikt og uerstattelig individ" (Travelbee, 1999, s.54)*

Travelbee mener at ethvert menneske er unikt og uerstattelig. Som individ tar mennesket del i en rekke fellesmenneskelige erfaringer. Sentralt i sykepleiesammenheng er opplevelsen av tap og lidelse, som er en fellesmenneskelig eksistens. Lidelse er en del av livet. Alle mennesker vil oppleve lidelse en eller annen gang. Den enkeltes opplevelse av lidelse vil være høys personlig. Travelbee understreker at menneskets tilbøyelighet og en evne til å søke etter mening vil være individuell og personlig. Sykdom og lidelse vil gi mennesket anledning til personlig vekst og utvikling. *(Kristoffersen, 1996)*

### **Pasient**

*"et menneske er sykepleierens pasient når det søker hjelp fordi det opplever et problem eller en krise." (Kristoffersen, 1996, s. 407)*

Travelbee understreker at det er den unike individet som er mottaker av sykepleie. Hun tar sterkt avstand fra generalisering som kan knyttes til pasientbegrep. Travelbee sier at det er viktigere å kjenne til pasientens opplevelse av sin situasjon, og vite hvilken mening han selv tillegger den, enn å forholde seg til hans diagnose.

## Travelbee om kommunikasjon

*“kommunikasjon er en gjensidig prosess. Det er den prosessen sykepleieren bruker for å søke og gi informasjon, og det midlet den syke og hans familie bruker for å få hjelp” (Travelbee, 1999, s. 137)*

Joyce Travelbee beskriver kommunikasjon som et ev sykepleierens viktigste redskap når det gjelder å etablere et menneske til menneske forhold til pasienten. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten. (Kristoffersen, 1996)

*“Kommunikasjon er en kontinuerlig prosess- en overføring av meninger eller budskap mellom individer. Disse meningene overføres gjennom verbal og non - verbale uttrykk” (Travelbee, 1999, s.138)*

### **Nonverbal kommunikasjon**

*“Nonverbal kommunikasjon er det vi formidler uten ord. Det kan være lyder, berøring, tegn, ansiktsuttrykk, holdninger og mye mer.” (Travelbee, 1999, s. 138)*

### **Verbal kommunikasjon**

*“Verbal kommunikasjon er det vi sier ved hjelp av ord- skriftlig eller muntlig” (Travelbee, 1999, s.138)*

Når menneskene møtes kommuniserer partene verbalt gjennom ord og nonverbalt ved hjelp av ansiktsuttrykk, bevegelser, berøring, tonefall. Kommunikasjonen har den hensikt at den skal gjøre sykepleieren kjent med pasienten som person og dermed blir en i stand til å møte pasientens behov.

Travelbee mener at kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner.

Den kan brukes til å:

- trekke andre mennesker nærmere
- til å støtte dem bort
- til å gi hjelp
- eller til å såre

Sykepleierens grunnleggende intensjoner og hennes oppfatning av andre mennesker blir alltid kommunikasjon i sykepleiesituasjoner. Dersom sykepleieren ikke interesserer seg for syke mennesker, vil denne interessemangelen kommuniseres, uansett hva hun måtte gi uttrykk for med ord, og den syke vil reagere tilsvarende.

Gjennom kommunikasjon og persepsjon kan den andres verdi som unikt menneskelig individ komme til uttrykke eller tilsløres. Kommunikasjon er det virkemiddelet som brukes til å oppå forandringer i sykepleiesituasjoner.

Kommunikasjon kan være en kreativ prosess. Den profesjonelle sykepleieren snakker og handler bevisst på en måte som kan føre til forandring. Sykepleier ønsker alltid å påvirke mottakeren av omsorg. Hun er alltid årvåken for muligheter til å øve påvirkning og måter å gjøre det på. (Travelbee, 1999)

### **Travelbee om å bruke seg selv terapeutisk**

*“Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, gjør hun bevisst bruk av sin egen personlighet og egne kunnskaper med silte på å bevirke forandring hos den syke. Denne forandringen betraktes som terapeutisk når den lindrer vedkommendes plager.”*

(Travelbee, 1999, s. 44)

I sykepleiesammenheng innebærer det å bruke seg selv terapeutisk at en bruker egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandlingen med pasienten.

Hensikten med dette er å fremme en ønsket forandring hos pasienten.

Forandringen kan virke terapeutisk ved at den bidrar til å redusere eller lindre pasientens plager.

En forutsetning for å bruke seg selv er at en er oppmerksom på ens egen atferd og hvordan den kan virke inn på andre. I denne sammenhengen er viktige stikkord:

- selvinnsikt
- forståelse for menneskelig atferd
- evne til å forutse ens egen og andres atferd

Sykepleieren må bruke seg selv på en bevisst og gjennomtenkt måte i forhold til andre mennesker.

### **Travelbee om en målrettet intellektuell tilnærming**

Denne tilnærmingen beskriver Travelbee som en måte sykepleieren må bruke for å kunne hjelpe den syke og lidende med å mestre sin situasjon. Gjennom en systematisk tilnærming til pasientens situasjon benytter sykepleieren sine fagkunnskaper og sin innsikt for å få tak i pasientens behov for sykepleie, og hvordan de på best mulig måte kan møtes. Travelbee beskriver følgende trinn i denne prosessen slik:

- Sykepleieren observerer for å kartlegge pasientens behov
- Sykepleieren bekrefter eller avkrefter, sammen med pasienten, sine antakelser om hvilke behov pasienten har.
- Sykepleieren vurderer sin egen mulighet til å møte pasientens behov
- Sykepleieren legger en plan for hvordan pasientens sykepleiebehov skal ivaretas, som omfatter valg av metode, tidspunkt og alternative måter å møte pasientens behov på.
- Sykepleieren foretar i etterhånd en evaluering for å finne ut om pasientens behov helt eller delvis er blitt ivaretatt. (Kristoffersen, 1996, s. 408-412)

### **Travelbee om etablering av menneske til menneske forhold**

*“Et menneske til menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom sykepleier og den hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke får sine behov ivaretatt” (Travelbee, 1999, s. 177)*

Ifølge Travelbee etableres menneske til menneske forhold gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser:

- det innledende møtet
- framvekst av identitet
- empati
- sympati
- etablering av gjensidig forståelse og kontakt

Jeg vil utdype og fortelle mer om disse punktene:

### **Det innledende møtet**

Det innledende møtet mellom sykepleier og pasient kjennetegnes ved at personene ikke kjenner hverandre. De vil basere seg på generaliserte og stereotype oppfatninger når de skal forholde seg til hverandre. Sykepleieren forholder seg til pasienten som hvilken som helst annen pasient. Pasienten forholder seg til sykepleieren ut fra de forventningene han har til sykepleiere generelt. I det innledende møtet får de et inntrykk av hverandre som personer. Sykepleieren får et glimt av hvem pasienten er som person og pasienten får gjort sine tanker om hvem akkurat denne sykepleieren er. Førsteintrykket vil være basert på observasjoner av hverandres væremåte, språk og handlinger. En vil vurdere disse observasjonene.

Sykepleierens utfordring vil være å se forbi sine forutinntatte oppfatninger av pasienten, og se på pasienten som en person. Sykepleieren må ha evnen til å "se" mennesket i pasienten. (Kristoffersen, 1996)

### **Framvekst av identitet**

*"evnen til å verdsette den andre som unikt menneskelig individ, sammen med evnen til å etablere tilknytning til andre" (Travelbee, 1999, s. 188)*

I denne fasen har rolleoppfatningene ha blitt svakere. Sykepleier og pasient har knyttet seg til hverandre og vil betrakte hverandre som individer. Sykepleier begynner å forstå hva "pasienten" som individ tenker, føler og oppfatte situasjonen. Pasienten har nå begynt å se sykepleieren som et individ. (Travelbee, 1999)

### **Empati**

*"empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket" (Travelbee, 1999, s. 193)*

I denne fasen har rollene blitt klarere for pasienten og sykepleieren. Evnen til å sette seg inni og forstå et annet menneskes reaksjon betegnes av Travelbee som empati. Evnen til empatisk forståelse vokser fram når en har et ønske om å forstå. Evnen til empati vokser fram ved at en forsøker å knytte pasientens situasjon til sitt eget erfaringsgrunnlag. Når sykepleieren selv setter seg inn i pasientens situasjon og tenker over hvordan hun selv ville ha reagert om det var hun som hadde blitt rammet, forstår hun personens fortvilelse. (Kristoffersen, 1996.)

## **Sympati**

*“sympati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Sympati defineres som evnen til å tre inn i eller dele en annens følelser eller interesser” (Travelbee, 1999, s. 200)*

Sympati er et resultat av den empatiske prosessen. Den omfatter et ønske om å gjøre noe aktivt for å hjelpe personer. Sykepleieren har mer kunnskap og erfaring med liknende situasjoner som ikke pasienten har. Ut fra sykepleierens kunnskap vil sykepleier gjøre det hun kan for å få pasienten til å tro på at det er mulig å forbedre situasjonen. (Kristoffersen, 1996)

## **Etablering av gjensidig forståelse og kontakt**

*“en prosess, en hendelse, en eller flere erfaringer, som gjennomgås samtidig av både sykepleier og den syke” (Travelbee, 1999, s. 211)*

Etter hvert som sykepleieren har blitt kjent med pasienten har hun lært å sette pris på han som person. Travelbee (1999) sier at etablering av et menneske til menneske forhold og opplevelsen av gjensidig forståelse samt kontakt, er det overordnede målet for all sykepleie.

## 5.0 DRØFTING

### Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon bidra til at eldre pasienter med afasi mestrer egen situasjon?

### Jeg vil drøfte disse punktene:

- Å fremme et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient gjennom kommunikasjon
- Betydningen av sykepleiers kommunikasjonsferdigheter
- Hvordan sykepleier kan bidra til å øke pasientens opplevelse av mestring

### Å fremme et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient gjennom kommunikasjon

Jeg vil starte drøftingen med å skrive om det å fremme et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. Uten tillitt vil ikke pasienten føle seg trygg nok til å åpne seg og det kan bli et problem under samarbeidet for at pasienten skal klare å motta den hjelpen en trenger for å mestre det å bli rammet av afasi. For å oppnå tillit og for at pasienten skal bli trygg på sykepleieren må en kommunisere, både verbalt og nonverbalt. Det er viktig å ha et godt forhold som bygger på trygghet og tillit for at en skal kunne samarbeide. Det å bli rammet av afasi kan være en vanskelig situasjon. Både fysisk og psykisk. Det en først må konsentrere seg om er forholdet mellom sykepleier og pasient. Et godt forhold mellom sykepleier og pasient, synes å ha en stor betydning for videre samarbeid og mestring.

I bli kjent fasen er det viktig at pasienten får tid til å la sykepleieren bli kjent med seg. Når en er rammet av afasi kan en ha vansker med å få fram de ordene en ønsker å si. Pasienter som har fått skadet språkfunksjon har tale-, lese- og skriveproblemer. Noen har problemer med å motta språklig informasjon. De som forstår hva som blir sagt, trenger som regel tid til å oppfatte hva som blir sagt. En kan lete lenge før en "finner" de og får de fram. Det er viktig å legge til rette for samtalen slik at pasienten ved å dette av nok tid, unngå unødvendig støy, ikke snakk for fort og ikke bruk for lange setninger, snakk enkelt men ikke barnslig, vær situasjonsrelatert (ikke skift tema ofte), bruke kroppsspråk og humor bevisst samt holde blikkontakt.



Non- verbale signaler kan fungere på to måter: Kongruent og inkongruent.

Kongruent vil si at det er uoverensstemmelser mellom de nonverbale og det verbale, og at det ene understøtter det andre. For eksempel kan en se vennlig på pasienten og spørre hvordan han eller hun har det, og dermed formidle interesse både gjennom spørsmål og ansiktsuttrykk. Og når pasienten med et avslappet uttrykk i ansiktet, kan fortelle at det går bra, bekrefter det nonverbale de vedkommende sier.

Inkongruens vil si at det er uoverensstemmelser mellom det verbale og det nonverbale. Hvis for eksempel sykepleier er opptatt med papirarbeid eller er henvendt til en kollega idet hun spør pasienten om hvordan det går, kan det skape tvil hos pasienten hvor interessert sykepleieren egentlig er. (Eide og Eide, 1996)

Det er viktig at sykepleier er oppmerksom på at kroppsberøring kan være en sterkt ladet form for nonverbal kontakt . God kroppskontakt skaper ofte trygghet og bekreftelse, og utvikler en grunnleggende tillit mellom sykepleier og pasient i kommunikasjonsprosessen. Berøring kan ha flere funksjoner:

- å formidle kontakt, sympati, omsorg(forståelse, medfølelse, trøst, støtte og så videre)
- å gjøre oppmerksom på at en vil innlede en samtale
- å holde oppmerksomheten i samtalen. (Eide og Eide, 1996)

Hummelvoll (1998) skriver at likeverdighet er selve ledetråden i sykepleier- pasient-fellesskapet. Her møter en helhetlig jeg en helhetlig du.

En står på lik linje med pasienten og åpner seg for den verden eller situasjonen pasienten opplever. På denne måten kan en lettere forsøke å forstå pasienten. Noe som også er viktig er gjensidig respekt.

Respekten har en gyldighet for en humanistisk preget sykepleiepraksis. Det er viktig at en skaper trygghet rundt pasientene og møter de med respekt interesse, forståelse og oppmuntring samt motivere. Dette er viktig hos alle pasienter og noe alle i helsevesenet er opplært til. Pasienten responderer på dette. Dette kan føre til økt mestring.

Motivasjon har stor betydning for at muligheten for framgang blir utnyttet fullt ut. Flere har understreket at den positive betydningen av å ikke gi opp. Hvis en ikke har en aktiv innsats vil de ulike faktorer som til sammen skal bidra til bedring, ikke få full mulighet til å virke. (Sundet og Reinvang, 1988)

I samtalesituasjoner er det viktig at kroppsspråket er med på å skape kontakt og trygghet, og vi må være bevisst på at kroppsspråket understøtter det som er hensikten med samtalen. Kroppens signaler er ofte små, men sammen med øyekontakt, mimikken vår og verbale signaler kan de være med på å prege samtalen (Eide og Eide, 2001).

Travelbee sier at ved ethvert møte mellom sykepleier og pasient, foregår det kommunikasjon mellom de. Den som er syk kommuniserer noe til sykepleier gjennom sitt utseende, gjennom sin atferd, holdninger og ansiktsuttrykk. Sykepleieren vil gjøre det samme ovenfor pasienten. Sykepleier og den syke kommuniserer, enten det skjer bevisst eller ikke. Sykepleier må være i stand til å forstå det den syke kommuniserer. Det er viktig at sykepleier bruker informasjonen videre i planleggingen av sykepleieintervensjonene. Travelbee sier at kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske til menneske forhold. (Travelbee, 1999)

Når en møter pasienter for første gang legges grunnlaget for forholdet mellom sykepleier og pasient. Førsteintrykket er viktig for det videre samarbeidet. Travelbee (1999) sier at under det første møtet mellom sykepleier og pasient vil sykepleier observere, få antakelser og gjøre seg opp en mening om vedkommende. Det vil også pasienten gjøre. Ut fra de tolkningene de gjør av hverandre vil det oppstå følelser som vil danne førsteinntrykket.

Travelbee sier at den neste fasen av menneske til menneske forhold karakteriseres ved evnen til å verdsette den andre som unik menneskelig individ, sammen med evnen til å etablere tilknytning til den andre. Det etableres en tilknytning mellom to individer, samtidig som en atskillellesprosess begynner, i den forstand at individuelle identiteter vokser fram og erkjennes som unike. (Travelbee, 1999).

Eide og Eide (2001) hevder at empati er grunnleggende for all hjelpende kommunikasjon. Dette må være tilstede er evne og vilje til å være henvendt og lyttende til andre, på hans egne premisser.

Det er viktig å se på pasienten som er rammet av afasi som et unikt og enestående menneske. Og ikke se på han eller henne som en gruppe pasienter.

Det er viktig med empati og det å sette seg inn i pasientens situasjon for å få økt forståelse av pasientens opplevelse. Travelbee (1999) sier at empati er å ta del i, men samtidig stå utenfor, objektet for empatien. Empati er en opplevelse av å forstå.

Dette er det jeg mener må til for å danne et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. Har en oppnådd dette kan en samarbeide videre gjennom kommunikasjon mot mestring.

## **Betydningen av sykepleiers kommunikasjonsferdigheter**

For å gi en god hjelpende samtale er det viktig at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter. Både nonverbal og verbal kommunikasjon. Aktiv lytting består å lytte fullt og helt etter hva pasienten sier.

Aktiv lytting består også av å observere hvordan den andre oppfører seg. For eksempel må en observere pasientens ansiktsuttrykk, tonefall, holdninger, bruke kroppsspråk og vise at en er med i samtalen. Aktiv lytting er en ferdighet vi har fått øve mye på gjennom øvelser på skolen og ute i praksis. Det er noe jeg mener at vi alle kan videreutvikle hele livet.

Travelbee (1999) sier at er verbal kommunikasjon når en benytter seg av ord, skriftlig eller muntlig. Hun sier at nonverbal kommunikasjon skjer ved hjelp av gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser. Nonverbal kommunikasjon er viktig i enhver sammenheng. Det skal være med på å bekrefte og understreke det som blir sagt muntlig.

Kommunikasjon handler om å sende og motta et budskap. For at budskapet skal nå fram til mottakeren, trenger vi kommunikasjonsferdigheter (Stålsett mfl. 1991).

Ifølge Eide og Eide (1996) må sykepleieren ha ferdigheter for å ta i bruk aktiv lytting i møte med pasienter. Sykepleieren må vise, med sin nonverbale adferd at hun er oppmerksom og henvendt mot pasienten og det som blir sagt. En må gi små verbale oppmuntringer sånn at pasienten skjønner at sykepleieren får med seg det som blir sagt. Sykepleiere bør ha kunnskap og ulike ferdigheter når det gjelder kommunikasjon.

Gode kommunikasjonsferdigheter er nødvendig. Hvis en ikke har det så kan det bli vanskelig å føre en samtale og det vil ha betydning for samarbeidet. Ved gode ferdigheter kan pasienten føle at han eller hun føle at en blir forstått . Det kan bidra til at pasienten føler seg trygg, er i gode hender, en kan få et håp om mestring og det er en positiv virkning på det videre samarbeidet.

I artikkelen "The use of conversal analysis: nurse- patient interaction in communication disability after stroke" har de kommet fram til at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er avgjørende for rehabiliteringsprosessen. De foreslår her at dialogen mellom

sykepleierne og pasient må bli forbedret. Videre mener de at sykepleiere må få styrket kommunikasjonsferdigheter og at det vil bidra til å forbedre interaksjon mellom sykepleier og pasient med afasi.

Når en lytter til hva en pasient har å fortelle er det viktig å møte han eller henne med respekt, forståelse og åpenhet. Det er viktig at pasienten har noen en føler en kan snakke med som kan vise at en bryr seg. Hvis en ikke har det så kan det føre til at en lett lukker seg og holder tankene for seg selv. Og det kan bli svært vanskelig med tiden og en blir enda mer sårbar.

Det er utrolig viktig at pasienten føler trygghet for å kunne dele tanker og følelser i en samtale. Dette er nødvendig for å oppnå tillitt. Da er det viktig å lytte aktivt, være henvendt, og vise at en oppfatter det som blir sagt. Det er viktig at sykepleieren har tilstrekkelig med kunnskap om afasi og har gode kommunikasjonsferdigheter slik at den kan brukes for å fremme pasientens mestring.

## **Hvordan sykepleier kan bidra til å øke pasientens opplevelse av mestring**

Når en blir eldre kan en oppleve at hverdagen ikke blir som før. De som tidligere var tilstede i livet deres er kanskje ikke her lengre. Noen har mange rundt seg som familie og venner, andre har kanskje kun familien og noen andre har kanskje ingen. Når en kommer på et sykehjem kan det for noen være vanskelig og opprettholde den samme kontakten som før med de rundt seg. Det kan for eksempel være på grunn av sykdom og at en ikke kommer seg noen steder. Dagene da en dro på kafé, gikk turer, var på byturer, besøkte venner og fikk besøk er byttet ut med livet på sykehjemmet. Å bli rammet av afasi kan snu opp ned på tilværelsen, og kanskje føler at en ikke mestrer hverdagen som før. Da kan det føre til tilbaketrekning og kanskje depresjon. For å hindre dette er det viktig at sykepleier er tilstede for pasienten og støtter han eller henne på best mulig måte. Det at pasienten føler seg sett betyr mye for de som er rammet.

Reaksjonsmønsteret til en som er rammet av afasi kan være preget av sorgreaksjoner og depresjon. Pasienten kan gråte, se trist ut, holde seg tilbaketrukket, være tung i samtale, ha vondt for å sove og ha dårlig matlyst. Noen kan i samtale gi uttrykk for at livet er meningsløst, føler seg ensom, forlatt og liknende. I slike situasjoner er det viktig at pasienten blir møtt med aksepterende og støttende holdning fra pleierne. (Sundet og Reinvang, 1988)

Det er viktig at pasienten får mulighet til å beskrive opplevelser i forbindelse med å bli rammet av afasi. Dette er noe som kan bidra til at sykepleier kan være med på å bidra til mestring.

I følge Travelbee (1999) er sykepleie en ytre faktor som påvirker individets mestring. Hensikten er å hjelpe individer til å mestre sykdom og lidelse.

I artikkelen "Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring" kan en lese om at pasientene som var brukt i forskningen etterlyste større forståelse hos helsepersonell. Når helsepersonell viste pasientene interesse og ikke bare betraktet de som "sykdomstilfeller", fikk de hjelp til å sørge og bearbeide følelser. Følelsen av at noen brydde seg, støttet opp selvfølelsen.

Når en møter pasientene er det viktig at en har et godt humør. Kommer en inn og er sint, irritabel, travel eller liknende, så kan det virke som at en ikke har noe interesse for pasienten. Et dårlig eller godt humør kan ha en viss "smitteeffekt". Det er viktig at en også tenker over det nonverbale språket. Og at en bruker det for å understreke og vise at en forstår og mener det en sier.

*"Der er naturlig at du snakker til den som har litt humor, den som smiler litt. Et smil teller mye! Det forteller deg at de synes det er koselig å treffe deg, at det ikke føles som en belastning at du er der..." (Kitzmüller, 2007, s. 46)*

*"Det var en pleier der av og til. Hun stelte for meg og min romkamerat som også hadde fått slag. Hun stelte neglene våre... hun sang og lærte oss å synge... hun var et medmenneske..." (Kitzmüller, 2007, s.47)*

I artikkelen "Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring" påpeker flere av pasientene at engasjerte og entusiastiske helsearbeidere hadde hatt positiv innvirkning på deres opplevelse av mestring. De ble ikke bare betraktet som bare pasienter, men som mennesker som hadde en fortid, nåtid og en fremtid. Oppmuntring og motivering ved å påpeke framgang hadde stor betydning for pågangsmot og utholdenhet i situasjonen de var i.

Det er viktig at en hører på hva pasienten har å si, hva han eller hun føler og ønsker. Dette kan være med på å fremme mestring. Det er viktig at en tar seg god tid, setter opp mål og hjelper pasienten med å nå disse. Når en skal hjelpe pasienten så er det svært viktig med oppmuntring slik at pasienten får en positiv opplevelse og ønsker å fortsette med å nå mål en har satt seg.

## 6.0 KONKLUSJON

I denne oppgaven har jeg funnet teori og drøftet min problemstilling;

*Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon bidra til at pasienter med afasi mestrer egen situasjon?*

For at sykepleier skal kunne fremme pasientens mestring i forhold til afasi er kommunikasjonsferdigheter viktig. Dette er viktig for et sykepleier- pasient forhold. Det er viktig å se pasienten som et menneske, et unikt individ og ikke som en sykdom eller en lidelse. Det er viktig å se mennesket bak sykdommen.

Kommunikasjon må oppleves som noe positivt for pasienten. Hvis pasienten opplever samtalen med sykepleieren som positivt kan det bidra til et godt sykepleier- pasient forhold, og det kan fremme håp og mestring Det grunnleggende for dette forholdet er at sykepleieren skaper et tillitsforhold til pasienten.

Pasienten må kunne føle seg trygg for at han eller hun skal kunne åpne seg for sykepleieren. Det er viktig å sette av nok tid til pasienten. Når en ser at pasienten gjør framgang kan det være lurt å rose han eller henne. Dette er noe som kan oppleves som positivt for pasienten og kan bidra til at han eller henne blir motivert til å jobbe videre med å nå det målet en har satt seg.

Aktiv lytting er svært viktig. Og det er viktig at vi understreker det vi sier med nonverbal kommunikasjon. Dette kan en gjøre ved å observere hvordan den andre oppfører seg, observere pasientens ansiktsuttrykk, tonefall, holdninger, bruke kroppsspråk og vise at en er med i samtalen. Nonverbal kommunikasjon som et vennlig smil kan også bety mye for pasienten. Det kan få pasienten til å føle at sykepleieren bryr seg.

For å gi god sykepleie er det ikke nok å bare vise at en bryr seg. Det er også viktig at en har gode fagkunnskaper.



## 7.0 VURDERING AV EGET ARBEID

Jeg føler at jeg har lært en god del under arbeidet med bacheloroppgaven og når jeg har søkt etter litteratur og lest relevant forskning. Jeg er glad for at jeg valgte temaet: sykepleie til pasienter med afasi. Etter å ha jobbet med oppgaven er det kanskje litt lettere å forstå hvordan det oppleves å bli rammet av afasi og hvordan en skal forholde seg til de. Jeg har også fått reflektert over tidligere praksis hvor jeg har møtt pasienter som har blitt rammet av afasi. Jeg føler at dette er en fin måte å lære på selv om det krever en del tid og arbeid.

Da jeg startet med prosjektplanen med bacheloroppgaven var jeg veldig i tvil om hva jeg ville skrive om. Jeg var litt fram og tilbake på temaene diabetes, afasi, depresjon og kreft. Tilslutt måtte jeg ta en avgjørelse og den falt på afasi. Dette var et tema jeg ønsket å lære mer om slik at jeg kanskje er mer forberedt og vet mer om hvordan en bør møte pasienter som er rammet av afasi. Det har vært veldig lærerikt å lese om pasienters opplevelser i forbindelse med de å bli rammet av afasi, og ikke minst hvordan de forskjellige menneskene har opplevd møte med helsepersonell.

På skolen fikk vi to undervisninger av en av bibliotekarene hvor vi ble vist og lært hvordan en skal søke etter forskningsartikler. Undervisningen var lærerik, men det gjaldt å følge med. En kunne fort "ramle" av om en ikke fulgte med et lite øyeblikk. Da jeg skulle begynne å søke så følte jeg at jeg hadde glemt alt. Men det gikk mye bedre når jeg kom i gang. Jeg begynte å huske litt av det vi hadde lært. Jeg føler at den undervisningen var til stor nytte.

Jeg har søkt en god del etter artikler, men mye av det jeg har funnet er av dato som ikke er innenfor skolens krav (nyere forskning fra de siste fem år). Jeg føler at det har vært en "utfordring" å lese mange artikler på engelsk. Dette på grunn av at det har vært en del ord og uttrykk som jeg ikke helt har forstått med en gang.

Da vi begynte å skrive prosjektplan for oppgaven begynte jeg å lete etter relevant litteratur, både i pensum og annen litteratur. Jeg fant en god del, men det er mye av det samme som går igjen. Jeg har ikke fått bruke alle bøkene som jeg har ønsket og planlagt å bruke. Dette er på grunn av at de har vært utleid og reservert både på Høgskolen i Moldes bibliotek og i

Kristiansund. Jeg føler allikevel at jeg har fått brukt mye nyttig fra de bøkene jeg har hatt tilgjengelig.

Jeg føler at det har gått greit å jobbe med oppgaven og at jeg har fått god veiledning. Jeg har også fått god hjelp av de som jobber på biblioteket ved Høgskolen i forhold til søk av forskningsartikler og bestilling av artikler.

## 8.0 LITTERATURLISTE

\* Andersen, Rita, Muus, Ingrid, 1991. *Afasi- Hvorfor? Og Hva Så?* Munksgaard, København. (s. 94-95)

Bertelsen, Bjørn Inge (2007) *Patologi*,

Dalland, Olav (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 3 utg., 4. opplag. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

\* Daatland, Svein Olav; Solem, Per Erik (2000) *Aldring og samfunn, en innføring i sosialgerontologien*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS. (s. 14)

\* Dr. Skavland(red.) (2002) *Frisk nok for livet, Helse Mestring Fremtidstro*. Pantagruel Forlag AS (s. 206-217)

\* Eide; Hilde, Tom (1996) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. (s. 28- 29, 104, 120- 160, 243-252)

\* Ergoterapiavdelingen - Aker Sykehus/ Prosjekt kunnskapsdialog. (1998): *Den slagrammede og de usynlige vanskene. Om sanseproblemer, persepsjonssvikt og kognitiv funksjonssvikt*. (en veiledning for alle som omgås slagrammede) (s.25-27)

Hummelvoll, Jan Kåre (2005) *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 6 utg., 2. opplag. Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS.

\* Hvipladt, Egon (2000), *Helsepedagogikk- samhandling om læring og mestring*. Valdres trykkeri, Oslo.(s. 58-60, 129)

\* Kristoffersen, Nina Jahren (1996) *Generell sykepleie Bind 1*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. (s.322-329, 406-412)

\* Kristoffersen, Nina Jahren (1995) *Generell sykepleie 2. Pasient og sykepleier-samhandling, opplevelse og identitet*, Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

\* Lazarus, Richard, Folkman Susan, 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company, New York. (s. 141)

Karoliussen, Mette Smebye, Kari Lislrud, (2000) *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS..

\* Sundet, Kjetil, Reinvang Ivar (1988), *AFASI når språket svikter*. Aurskog: H. Achehoug & Co (s.7- 38, 79- 88, 89-93)

\* Travelbee, Joyce, 1999, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (s. 5-6, 29, 44- 54, 136-138, 171-172, 186-218)

\* [http://www.logopeden.no/undersider/fag\\_afasi.asp](http://www.logopeden.no/undersider/fag_afasi.asp)

\* <http://www.norsk-logopedlag.no>

\* <http://www.snl.no/kommunikasjon>

## **Forskningsartikler**

Gabriele Kitzmüller, 2007. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning - nr. 2 – 2007 Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? (s. 42- 55)

Argye, E. Hillis, MD, 2007. Aphasia, Progress in the last quarter of a century (s.200-213)

Ellen Toenend, PhD; Marian Brady, PhD; Kirsty McLaughlan, BSc, 2007. A systematic Evaluation of the Adaption of Depressoin, Diagnostic Methods for Stroke Survivors Who Have Aphasia (s. 3076-3083)

Clare Gordon, Caroline Ellis- Hill, Ann Ashburn, 2009. The use of conversational analysis: nurse- patient interaction in communication disability after stroke (s.544-553)

Jenny T. Crinion and Alexander P. Leff, 2007. Recovery and treatment of aphasia after stroke: functional imaging studies. (s.667-673)

## Søkehistorikk

<input type="checkbox"/>		Søk	Antall treff	Søkekilder
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi</u>	561	Bibliotekbasen Emneportal Forsk Dok publikasjoner Forsk Dok prosjekter
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi og mestring</u>	8	Bibliotekbasen Emneportal Forsk Dok publikasjoner Forsk Dok prosjekter
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi og kommunikasjon</u>	83	Bibliotekbasen Emneportal Forsk Dok publikasjoner Forsk Dok prosjekter
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi og afasi og mestring og afasi og kommunikasjon</u>	4	Bibliotekbasen Emneportal Forsk Dok publikasjoner Forsk Dok prosjekter

<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi</u>	53	HIM
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi og mestring</u>	3	HIM
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi og mestring</u>	3	HIM
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi og kommunikasjon</u>	17	HIM
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi og mestring og kommunikasjon</u>	2	HIM
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi og livskvalitet</u>	3	HIM
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi og mestre</u>	0	HIM
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi og kommunisere</u>	1	HIM
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi og eldre</u>	4	HIM
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi og eldre og kvinne</u>	0	HIM
<input type="checkbox"/>	og	<u>afasi og eldre og sykehjem</u>	1	HIM
<input type="checkbox"/>				

**Post Original Title**

**nr.**

- 21 Afasi-grupp för träning av funktionell kommunikation
- 22 Aphasia treatment from a nursing approach
- 23 Afasi ved akut apopleksi. Incidens, baggrunds-faktorer og forløb
- 24 Strokepasienten med afasi i centrum? Hur upplever vi det?
- 25 Bliss för afatiker
- 26 Dansen ger dem talet åter
- 27 Afasi som følge af apopleksi. Hyppighed, remission og behandlingseffekt
- 28 Afasi. Intensiv träning för rehabilitering
- 29 Rehabilitering etter hjerneslag
- 30 Landau - Kleffners syndrom: Förvärvad språkstörning hos barn
- 31 Afasi som vårdproblem kan förebyggas





