



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Det gode møte mellom sykepleieren og pasienten med slag og afasi.

Astrid Nyheim Bjermeland og Elisabeth Sylte

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 26.11.09



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Det gode møtet mellom sykepleieren og pasienten med slag og afasi.

Tittel på engelsk: The Great Encounter between a Nurse and the Patient with Stroke and Aphasia.

Forfatter(e): Astrid Nyheim Bjermeland og Elisabeth Sylte

Fagkode: SAE 00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Elfrid Måløy

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.

Oppgaver 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: 21.10.2009

Antall ord: 11188

Tittel: Det gode møtet mellom sykepleieren og pasienten med slag og afasi.

Sammendrag

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse hvordan sykepleiere kan møte pasienten med slag og afasi. Det har tidligere vært forsket lite på denne pasientgruppen, men de siste årene har dette forandret seg. Forskningen har hovedsakelig omhandlet fysisk rehabilitering, men det har nå i senere tid blitt fokusert mer på livskvalitet og det sosiale aspektet. Metoden er en systematisk litteraturstudie som er basert på tidligere forskning. Totalt er det brukt ni forskningsartikler som er blitt analysert, og de fleste av disse er kvalitative artikler. Resultatet viser at når en sykepleier skal møte en slagpasient med afasi, er det viktig med respekt, tillit og nærhet. Det bør være en avslappet atmosfære for å skape denne gjensidige tilliten og en opplevelse av god tid. Sykepleieren bør også møte pasientens opplevelser gjennom å være i en stille dialog. God kommunikasjon er vesentlig i møte med de pårørende, siden de også rammes. Det viser seg at dersom pasienten blir sett og tatt på alvor, reduserer også dette faren for depresjon.

Nøkkelord: hjerneslag, afasi, kommunikasjon, sykepleier, pasient.

The Great Encounter between a Nurse and the Patient with Stroke and Aphasia.

Summary

The purpose of this literature study was to expound how nurses can meet a patient with stroke and aphasia. It has previously been little research on this patient group, but in recent years this has changed. The earlier researches have mainly dealt with physical rehabilitation, but it has more recently been focused on the quality of life and the social aspect. The method used in this study is a systematic study based on previous research. In total there have been used nine research articles which have been analyzed. The result shows that when a nurse will meet a stroke patient with aphasia, it is important with respect, trust and closeness. There should be a relaxed atmosphere to create mutual trust and sense of time. The nurse meets the patient's experience by being in a quiet dialogue. Good communication is essential in meeting with relatives, since they also are affected. It turns out that if the patient is seen and taken seriously, the risk of depression reduces.

Keywords: stroke, aphasia, communication, nurse, patient.

Innhold

1.0 INNLEDNING	2
1.1 Hensikt	3
2.0 TEORIBAKGRUNN	4
2.1 Hjerneslag	4
2.2 Afasi – og ikke kunne snakke	5
2.3 Faren for depresjon etter hjerneslag.....	7
2.4 Kommunikasjon – en handling og en prosess.....	9
2.5 Nonverbal kommunikasjon	10
3.0 METODEBESKRIVELSE	11
3.1 Datainnsamling	11
Steg 1: Bakgrunn for forskningsspørsmålene	11
Steg 2: Oppgavens kriterier.....	12
Steg 3: Plan for litteratursøk	12
Steg 4: Gjennomføring av litteratursøket.....	13
Tabell 1.....	14
Steg 5: Tolkning av artiklene	15
Steg 6: Analyse	16
Steg 7: Anbefalinger for praksis	17
4.0 RESULTAT	18
4.1 Vektlegging av kommunikasjon med afasipasienten.....	18
4.2 Forståelse og respekt for pasienten	19
4.3 Pårørende som ressurs.....	19
4.4 Å møte pasienten i hans livssituasjon - det psykiske aspektet.....	20
5.0 DISKUSJON	21
5.1 Metodediskusjon	21
5.2 Resultatdiskusjon	22
5.2.1 Åpenhet og tid.....	23
5.2.2 Forståelse og respekt for pasienten	25
5.2.3 Pårørende som ressurs.....	27
5.2.4 Frustrasjon og fortvilelse.....	29
5.3 Konklusjon	32
LITTERATURLISTE	34

Vedlegg 1: Tabell 2

1.0 INNLEDNING

”Forestill deg at alt jeg har lært i livet – alt jeg har sett og hørt og følt, og alle mine sanser, er like levende i meg som før jeg fikk afasi. Det eneste jeg ikke kan nå, er å formidle alle mine opplevelser ordrett til deg. Og det innebærer en total omveltning i livet mitt, fordi jeg på nytt må lære meg selv å gjøre meg forstått overfor deg. Og til det trenger jeg tid.” (Forsberg 2008).

Mange mennesker får afasi som følge av hjerneslag, og de utgjør omtrent 1/3 av alle pasientene med slag (Franzen-Dahlin et al. 2008). Omtrent 15 000 mennesker rammes av hjerneslag i Norge hvert år. Mange av disse trenger langvarig pleie og opptrening, derfor er dette en sykdomsgruppe som krever store ressurser (Nylenna 2006). Hjerneslag er i Norge den tredje hyppigste dødsårsaken etter koronarsykdom og kreft, og den viktigste årsaken til funksjonshemming hos eldre. Likevel er det blitt viet lite oppmerksomhet til behandling og forskning. Dette har bedret seg, og de første slagenhetene kom til Norge for vel 20 år siden (Ellekjær og Selmer 2007).

Forskning om hjerneslag har gjennom tidene fått påfallende lite ressurser i motsetning til forskning om andre sykdomsgrupper, blant annet hjertesykdom og kreft (Pendlebury, Rothwell og Algra 2004). En av grunnene til dette er holdningene om at medisin ikke kan bidra så mye ved hjerneslag. Men de siste 10 årene har utviklingen innen dette fagfeltet vært stor, og holdningene om dette må revurderes (Frich og Russell 2007). For å kunne yte best mulig behandling og omsorg trengs det kunnskap om pasienters og pårørendes erfaringer med hjerneslag og deres møte med helsetjenesten. Vi står her foran en ny epoke med hjerneslag (McKevitt et al. 2004).

Aker Sykehus var det første sykehuset i landet som i 1983 åpnet en egen post for pasienter med slag. De hadde folk til å gjøre jobben, men de var spredt rundt på avdelingene. Ved å samle ekspertisen og de fagflokene som hadde interesse for denne pasientgruppen, klarte de å bygge opp rutiner rundt medisiner og behandling som senket dødeligheten dramatisk. De halverte dødeligheten det første halvåret (Abildgaard 2008).

Det viktigste for en slagenhet er et godt utdannet og motivert personale. Det er viktig å støtte og holde ved like terapeutisk miljø. En slagenhet bør inneholde lege, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Enheten bør også ha tilgang til logoped, sosionom og psykolog (Langhorne og Pollock 2002). Logopeden utreder og behandler pasienter med

afasi, og har et viktig undervisningsansvar overfor resten av personalet omkring tilnærming til pasienter med språkproblemer (Thommesen og Wyller 2007).

Helse- og Omsorgsdepartementet sier at regjeringens politikk bygger på fellesskapsløsninger. Regjeringens mål er at det skal være et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud som skal være tilpasset hver enkelt bruker. De sier også at brukere og pårørende skal ha innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet. De skal da møtes med omsorg og respekt (Helse- og omsorgsdepartementet 2009-2010).

Hovedsakelig er det eldre som rammes, men de yngre pasientene er også en betydelig gruppe (Röding et al. 2007). Det å være i en situasjon med familie og små barn som trenger deg, gjør håpløsheten kanskje enda større. Det er viktig for alle sykepleiere å vite hvordan pasienten har det i sin situasjon, og hvordan den beste hjelpen bør gis. Dette er for oss et veldig interessant tema siden vi begge har hatt praksis på slagenhet i vår utdanning. Den ene av oss var på en slagenhet der personale hadde lang erfaring og utdanning på dette feltet. Det tverrfaglige samarbeidet fungerte bra, noe som hevet kompetansen og nivået på denne avdelingen. Det var en positiv og lærerik opplevelse å være der i praksis. Den andre av oss begynte sin praksis midt i omleggingsfasen, der slagenheten skulle bli flyttet til en ny avdeling. Ekspertisen fra den tidligere avdelingen fulgte ikke pasientgruppen til den nye avdelingen, og omstillingen ble stor for de sykepleierne som overtok disse pasientene.

1.1 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiere kan møte en pasient med slag og afasi.

Spørsmålsstillinger:

1. Hvordan opplever pasienter med slag og afasi sin situasjon?
2. Hvordan kan vi som sykepleiere møte en pasient med slag og afasi?
3. Hvordan møte pasienten gjennom de pårørende?

2.0 TEORIBAKGRUNN

Teorikapittelet er bygget opp av ulike temaer som er relatert til spørsmålsstillingene våre i oppgaven. Disse ulike temaene som vi ønsker å belyse er hjerneslag, afasi, depresjon og verbal- og nonverbal kommunikasjon.

2.1 Hjerneslag

Apoplexia cerebri, som også kalles cerebralt insult eller hjerneslag, skyldes som regel sykdom i hjernens eller halsens arterier. Apoplexia cerebri kommer ofte i forbindelse med generell aterosklerose, høyt blodtrykk og hjertesvikt. Ved apoplexia cerebri rammes hyppigst arteria cerebri media. Denne er en forlengelse av arteria carotis interna. Dette gir den vanligste formen for apoplexi, som er ensidig lammelse av arm og bein (Jacobsen et al. 2001). De symptomene som pasienten har, kan fortelle om hvor i hjernen skaden har oppstått. Videre er hjerneslag en relativt vanlig årsak til sykdom og død. (Nylenna 2006). De fleste av de som rammes av hjerneslag i Norge er eldre, men også 20- åringer finnes blant hjerneslag- pasientene (Østen 2003).

Erfaringer av tap, tristhet, sorg, krise og strev er tilstander som er fremtredende i flere studier. Mange slagpasienter gjennomgår en krise som går fra håp til håpløshet, fra initiativ til skyld, fra integritet til desperasjon og fra autonomi til skam. Følelsesmessige reaksjoner - ups and downs – preget også mange slagpasienter (Burton 2000). Noen pasienter blir svært så spøkefulle og optimistiske – og gjerne langt over grensen for det realistiske. På den andre siden er plutselige utbrudd av sinne heller ikke så uvanlig. Heller ikke en tendens til å gi omgivelsene skylden for vanskeligheter. Når pasienter med afasi ikke makter å kommunisere, blir noen av dem naturlig nok sinte og fortvilte (Østen 2003). Mange pasienter forteller om tiden etter hjerneslaget som en krisetilstand. Innhenting av kunnskap for å forstå helsetilstanden har vært en strategi for å mestre situasjonen. Flere pasienter har også brukt familie og venner som hjelp og støtte (Bekkelund 2005). Også de pårørende gjennomgår en krise når deres nærmeste blir rammet av et hjerneslag. De bør i

likhet med pasienten få informasjon om selve sykdommen og de ulike utfallene, og det er kjempeviktig at de involveres i rehabiliteringen (Thommesen og Wyller 2007).

I følge Travelbee gjør håpet mennesker i stand til å mestre denne sykdommen og de vanskelige situasjonene som oppstår. Det er trolig håpet som motiverer den syke til å stå på og til å overvinne hindringer og vanskelige oppgaver i rehabiliteringsprosessen. Travelbee sier at det er håpet som gir den syke krefter til å holde ut. Håp har også nær sammenheng med tillit og utholdenhet (Travelbee 2001).

2.2 Afasi – og ikke kunne snakke

”AFASI må defineres som et språk fra det urgamle landet, der man var nødt til å møte livet ansikt til ansikt for å kunne lære hverandre å kjenne, og for å kunne danne et felles språk” (Forsberg, 2008).

Afasi (fra gresk: phasis = tale) er en språkdefekt som skyldes skade i hjernens språkområde hos personer som tidligere har hatt et normalt språk. Skaden i språkområdet kan føre til at taleevnen svikter helt eller delvis (Wergeland, Ryen og Olsen 2001). Afasi er svikt i evnen til å bruke å forstå ord selv om både muskler som deltar i talefunksjonen og nerveforsyningen til musklene er intakt. Visst svikten ikke er fullstendig brukes betegnelsen dysfagi. Evnen til å meddele tanker, idèer og følelser ved hjelp av tale er en så spesiell egenskap hos mennesket at en svikt er et betydelig sosialt handikap. Intelligensen, tanke- og følelseslivet til en pasient med afasi vil kunne være helt i orden, men selve afasien gjør det vanskelig å bedømme disse forholdene (Nylenna 2006). Ca. 20 - 40 % av slagpasientene har en eller annen form for afasi i akutfasen, og mange får etter dette lese- og skrivevansker. Å ikke kunne uttrykke seg eller å forstå andre er en dramatisk opplevelse. Det er viktig å identifisere eventuelle språkproblemer tidlig. Intensiteten av språktrening i tidlig fase viser seg å være viktig for å oppnå et godt resultat (Thommesen og Wyller 2007). Logoped er derfor en viktig ressurs for pasienten i tidlig fase. Logopedens oppgave er å hjelpe pasienten til selv finne noe å tro på og leve for. Logopedi er læren om talefeil, stemmelidelser og lesevansker (Nylenna 2006).

Konsekvenser for pasienter med afasi kan være å tape evnen til å kommunisere med omverdenen, noe som ofte oppleves verre enn å bli lammet (Wergeland, Ryen og Olsen 2001). Mange mennesker med afasi har tapsopplevelser og sorgreaksjoner, og behovet er der for at helsepersonell setter i verk støttende tiltak relatert til egenomsorg og sosialt nettverk (Keller et al. 1989). Alt blir vanskelig, som for eksempel å formidle tørste eller behovet for toalettet, kan for mange bli et uovervinnelig problem. Noen reagerer med angst, andre kan reagere med aggresjon eller likegyldighet. For disse pasientene er det viktig at en går inn for å skape trygge omgivelser og hindre at de ikke bruker energien på angst og frustrasjoner. Man bør prøve så godt det lar seg gjøre å fokusere på gjenopptreningen (Wergeland, Ryen og Olsen 2001).

Afasi vil ikke si at man har mistet språket, men den som har fått afasi, har ikke lenger like god tilgang til språket sitt. Og fordi vi bruker språket for å kommunisere med andre, vil afasi være en alvorlig funksjonshemming for den som rammes (Corneliussen et al. 2006). Afasi i seg selv kan hindre mestring, fordi språk og kommunikasjon er viktig i enhver tilpasning i forhold til andre (Parr 1994). ”Å kunne snakke bedre” – det synes å være det viktigste målet både blant nyblitte og kroniske afasirammede. Erfaring tilsier at mange nyblitte afasirammede først og fremst ønsker bedring av talen, mens forståelse for og behov for andre kommunikative tilnærminger synes å komme i annen rekke (Kirmess 2007). Den første tiden etter slaget vil det for mange pasienter skje en stadig forbedring av språkfunksjonen. Men mange må imidlertid leve med en redusert evne til å kommunisere resten av livet, selv om språkfunksjonen kanskje kan bli noe bedre med årene. Det er heller ikke enkelt for en afasirammet å kommunisere med mennesker som han ikke kjenner (Wergeland, Ryen og Olsen 2001).

En pasient med afasi har vanligvis liten mulighet til å ta kontakt med sine nærmeste. Med tanke på hjemreisen er det viktig at kontakten med familie og venner blir holdt ved like (Wergeland, Ryen og Olsen 2001). Tiltak som fremmer både pasientens og familiens mestringsstrategi virker positivt inn på rehabiliteringsprosessen og kan også motvirke forverring på det psykososiale plan (Währborg 1991). Både pasienten og hans familie har et stort behov for å få informasjon om afasien. Hvordan en formidler informasjon, er avhengig av hvilke problemer den enkelte pasient har. Problemet hos noen pasienter er at de ikke greier å oppfatte hva som blir sagt, mens andre ikke greier å gi uttrykk for at de har oppfattet det som ble sagt. Rolige og trygge omgivelser, god tid og tålmodighet er en

fordel for at en samtale skal bli meningsfull. Pasienten trenger tid og oppmuntring for å våge å snakke, og det kan ofte være svært vanskelig å forstå hva pasienten prøver og si. En må som sykepleier våge å innrømme at en ikke forstår, men det er også veldig viktig at en ikke gir opp å prøve å forstå pasienten (Wergeland, Ryen og Olsen 2001). Dette styrker helt klart hans selvrespekt og identitet. For entusiastiske hjelpere tar utgangspunkt i pasientens eget ståsted, og ønsker å hjelpe han i og nå hans mål. Afasirammede understreker hvor stor betydning pårørende og venner har for mestringsprosessen. De er deres "talerør" og de er avhengig av familiens hjelp og omsorg i lang tid. Pasienter med afasi etterlyser av den grunn bedre engasjement hos helsepersonell når de tenker på sin nærmeste familie, for pårørende burde bli mye mer brukt for å komme med opplysninger om pasientens liv, vaner og behov før sykdommen (Kitzmüller 2007).

Hjerneslag fører til visse psykiske forandringer hos hver enkelt pasient. Forandringen skyldes i hovedsak hjerneskaden, og er ellers en reaksjon på det som har hendt. Hjerneslag oppleves som en katastrofe både for pasienten og for familien hans. Mange pasienter opplever angst, fortvilelse og forvirring (Wergeland, Ryen og Olsen 2001). For å greie å ta vare på pasienten i slike situasjoner, er det viktig at sykepleieren forstår at det er en nær sammenheng mellom følelsen av selvrespekt, livsmot og håp, og at disse dimensjonene må opprettholdes visst den afasirammede skal kunne mestre sin nye livssituasjon (Kitzmüller 2007).

2.3 Faren for depresjon etter hjerneslag

Afasi er en av hovedfaktorene for å utvikle depresjon etter en hjerneskade (Indredavik, Lande og Vardesberg 2004). Den greske legen Hippokrates kalte depresjonen for melankoli for omtrent 2400 år siden. I dag blir begrepet depresjon brukt i det daglige, om det å være litt trist og å ha et litt mørkt blick på tilværelsen. Men i det faglige blir diagnosen depresjon brukt sammen med flere somatiske tegn (Eknes 2006). Ordet depresjon kommer fra det latinske ordet å deprimere, som vi oversetter med å presse ned (Eknes 2006).

Emosjonelle symptomer er blant de mest oversette utfallene etter gjennomgått hjerneslag. Best beskrevet er depresjon, og kjennetegnene er redusert stemningsleie, tap av interesse og livsglede, og også økende grad av tretthet. Det å få en depresjon etter hjerneslag har negative følger for pasientens prognose (Fure 2007). Noen kan også få dype depresjoner fordi de grunner over den tilstanden de er i (Mekki og Pedersen 2005). Undersøkelser viser at hele 25-79 % av pasientene med hjerneslag får en depresjon i løpet av de første fem årene (Eknes 2006). Ofte utvikles dette over tid, men forekomsten er særlig høy fra 6-24 måneder etter hjerneslaget (Khan 2004). Depresjonen er sjelden kronisk, men det hender at den kan strekke seg over flere år (Eknes 2006). Det er viktig med tidlig diagnostikk av depresjon etter slag, for det medfører tre til fire ganger økt dødelighet sammenlignet med ikke-deprimerte pasienter med slag. Vi vet fra før at depresjon har stor betydning for langtidsresultat av en rehabilitering, og klinisk diagnostikk av depresjon etter slaganfall må forbedres. Inntrykket er at mange pasienter går ubehandlet (Landt blom et al. 1994), og terskelen for medikamentell behandling bør være lav hos både unge og eldre pasienter med slag (Næss 2007).

Depresjon er en normal sorgreaksjon, og mange trenger hjelp og støtte for å takle sin nye livssituasjon (Wergeland, Ryen og Olsen 2001). Forskning sier at tidlig mobilisering, helst innen syv dager, er med å redusere faren for depresjon (Cumming et al. 2008). Slagenheten bør også organiseres slik at både akuttbehandling og tidlig rehabilitering kan foregå i samme avdeling uten at pasienten må flyttes. Liggetiden på en slagenhet bør i gjennomsnitt være på minst en uke (Rønning, Thommassen og Russell 2007). En må også være oppmerksom på at depresjon kan komme sent i sykdomsforløpet, altså etter at pasienten er kommet hjem (Wergeland, Ryen og Olsen 2001). For å redusere faren for dette er det spesielt viktig at pasient og pårørende får grundig informasjon om sykdommen, problemer rundt depresjon og angst, medikamentell behandling, symptomer på nytt slag og kontaktpersoner i og utenfor sykehuset (Rønning, Thommassen og Russell 2007).

Også sykepleieteoretiker Joyce Travelbee skriver at en av de følelsesmessige reaksjonene etter sykdom, kan være depresjon. Hun definerer depresjon som sinne som vendes innover mot en selv. Det omhandler ethvert tap av selvaktelse, kroppsfunksjoner og kroppsdeler. Det å være avhengig av andre kan for enkelte skape sterke følelser av verdiløshet og hjelpeløshet, og mange mennesker går gjennom en sorgprosess når de mister viktige

kroppsfunksjoner. Det å føle seg isolert fra venner og slektninger kan også føre til at depresjonen forsterkes (Travelbee 2001).

2.4 Kommunikasjon – en handling og en prosess

Vi ønsker først å forklare essensen i hva god kommunikasjon er, og litt av hva teoretikeren Travelbee sier om dette. Hun mener at god kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske til menneske forhold. Kommunikasjon er en handling og en prosess, som også involverer fysisk og mental aktivitet. Når vi kommuniserer er vi på en eller annen måte i kontakt med et annet menneske. Vi kan kommunisere verbalt ved hjelp av ord både skriftlig og muntlig og vi kan kommunisere nonverbalt, uten bruk av ord (Travelbee 2001). Hun sier videre at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid, direkte eller indirekte, dreier seg om mennesker (Travelbee 2001).

Travelbee har en egen definisjon på sykepleie:

”.. det er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee 2001, s. 29).

Sykepleieteoretiker Kari Martinsen sier det er viktig å vise omsorg for pasienten. Omsorg er både måten sykepleieren møter pasienten på, og måten sykepleieren handler på (Kristoffersen et al. 2005). Ordtaket ”så lite kan bety så mye” har betydning når noen blir syk, særlig hvis det blir snakk om langvarig sykdom (Travelbee 2001).

Når vi som sykepleiere skal møte en pasient med slag og yte omsorg og respekt, er det viktig at vi kommuniserer på en god måte. Afasirammede trenger som alle andre å snakke med andre mennesker. Vi har alle et behov om å bli sett og anerkjent for den vi er, gjennom samtaler. Man bygger og vedlikeholder identiteter og relasjoner gjennom samtalen. Og alle som har blitt rammet av afasi, har i større eller mindre grad problemer med å være i samtaler på samme måte som tidligere (Corneliussen et al. 2006).

Vi kan oversette ordet kommunikasjon med ”å gjøre noe felles”. Det er minst to måter å forstå dette på. Den ene er at vi kan gjøre noe i fellesskap (sammen), og den andre at vi kan gjøre noe til felles viten. Begge disse betydningene er i utgangspunktet viktige for å forstå hva språklig kommunikasjon innebærer. God kommunikasjon forutsetter aktivt samarbeid og aktiv samhandling mellom deltagerne (Corneliussen et al. 2006). I mellommenneskelige relasjoner signaliserer vi verbalt og nonverbalt på mange nivåer – både emosjonelt, empatisk og ubevisst (Eide og Eide 2000).

Et av hovedpunktene som kjennetegnes ved helsefaglig kommunikasjon er empati. Empati er evnen til å lytte, til å forstå den andres følelser og reaksjoner og til å sette seg inn i en annens situasjon (Eide og Eide 2000). Med god empati menes også å kunne forstå og bry seg om hvordan andre har det og hva en hendelse eller situasjon hovedsakelig betyr for andre. Med empati kreves det at vi kan se utover våre egne perspektiv og vi må kunne tolke følelsesuttrykket til andre (Bunkholdt 2002). Men empati kan også være preget av det å ha medfølelse, sympati og å vise sorg og tristhet når andre mennesker lider (Håkonsen 2003). Å bli møtt med empati kan gi pasienten opplevelse av å bli forstått, verdsatt og tatt alvorlig og å få bekreftelse og aksept for sine egne følelser og opplevelser (Tveiten 2001). Empati er et gresk ord som er sammensatt av ordene ”inn” og ”følelse”, som direkte kan oversettes med innfølelse, samfølelse og innlevelse. I jobben som sykepleier er det viktig med både empatisk innlevelse og respekt fordi vi alle er ulike. Det å ha god empati er det viktigste grunnlaget for god kommunikasjon (Eide og Eide 2000).

Spesielt i møte med pasienter med afasi må sykepleiere lære seg å tolke inntrykk, se på ansiktsuttrykk, kroppsholdninger og bevegelser. Persepsjon er hvordan senders tegn og signaler blir oppfattet og fortolket (Eide og Eide 2000). Det kan også innebære en bearbeiding og fortolkning av de sanseopplevelsene vi har (Håkonsen 2003).

2.5 Nonverbal kommunikasjon

I denne sammenhengen kan vi skille ut de tre viktigste kanalene for nonverbal kommunikasjon; syn, hørsel og hudsans. Det omhandler følelser og berøring (Eide og Eide 2000). Det er viktig å observere den andres kroppsholdning og ansiktsuttrykk, og også se

hvordan andre reagerer på berøring. Sykepleiere kan se ansenheten i pasientens skuldre og kjenne nervøsiteten i en klam hånd (Eide og Eide 2000). Blikk, berøring og stemmens klang kan ha en sterk, men også skjult effekt. De kan spille på instinktive reaksjoner og ubevisst behov. Berører vi pasienten mykt og vennlig, kan mottakeren føle seg trygg og akseptert. På den måten kan pasienten lettere åpne seg for oss. Ved det motsatte vil mottakeren føle seg truet og avvist og vil av den grunn også lukke seg. (Eide og Eide 2000). Det er ofte vanskelig for en som er rammet av hjerneslag, å gjøre seg nytte av nonverbal kommunikasjon. Det er fordi pareser i ekstremitetene og ansiktet gjør at han er mimikkfattig. Her er det som tidligere sagt viktig med et nært samarbeid med pårørende. De kan bidra med mange viktige opplysninger om pasientens tidligere liv, noe som vil gjøre samarbeidet enklere både for sykepleieren og pasienten (Wergeland, Ryen og Olsen 2001).

3.0 METODEBESKRIVELSE

3.1 Datainnsamling

Datainnsamling og analyse er gjort med utgangspunkt i Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) sin bok "Evidensbaserad omvårdnad". Goodman sitt oppsett er brukt for systematisk å finne og bedømme relevant vitenskapelig forskningslitteratur. Han har satt opp sju steg som utgangspunkt for datainnsamling og analyse. Denne metodebeskrivelsen har tatt for seg de sju stegene.

Steg 1: Bakgrunn for forskningsspørsmålene

Oppgaven er bygd på en litteraturstudie. Vitenskapelig materiale har blitt systematisk lest igjennom og kritisk gransket. For å få frem den menneskelige dimensjonen behøvdtes det forskningsresultat som ga svar, og som kunne drøftes med tidligere skrevet teori på dette området. Vi kom frem til tre forskningsspørsmål for dette litteraturstudiet som gikk på

hvordan pasienter med slag og afasi opplever sin situasjon, og hvordan vi som sykepleiere kan møte pasienter med slag og afasi. I møtet med disse pasientene ønsker vi også å finne ut hvor stor betydning de pårørende har for pasienten. Fokuset er på kommunikasjon og pasientens opplevelse av sin situasjon. Opplevelsen går på det psykiske aspektet, og kan i mange tilfeller føre til depresjon hos pasienten.

Steg 2: Oppgavens kriterier

For å finne flest mulig artikler som omhandlet temaene hjerneslag og afasi, har det blitt laget ulike kriterier for litteratursøket. Vi valgte å inkludere artikler fra temaene hjerneslag og afasi som er skrevet etter år 2000. Dette for å være sikre på å finne nok relevant forskning. For at studiet skal bli inkludert må det inneholde en hensikt, metode, et resultat og en konklusjon. Det har også vært krav fra vår side at artiklene skulle ha flere forfattere. Det er brukt høgskolens databaser ved artikkelsøk, og søket var begrenset til norske, svenske og engelske artikler. Det er inkludert pasienter med hjerneslag av begge kjønn og alle aldre, med afasi. Det har ut i fra dette blitt ekskludert alle eldre artikler enn år 2000, og også alle review-artikler. Oversiktsartikler og fagartikler har også blitt ekskludert. Det samme gjelder artikler som omhandler hjerneslag og afasi, men som ikke svarer på våre forskningsspørsmål.

Steg 3: Plan for litteratursøk

Planen for litteratursøket var at det skulle skje i løpet av to avsatte uker ved høgskolen. Det skulle søkes i høgskolens databaser og søkeordene som skulle brukes var hjerneslag, afasi, depresjon og kommunikasjon. I forkant for databasesøket ble det holdt forelesninger om hvordan databasene skulle brukes. Det ble undervist i databasene Ovid, ProQuest, Norart og SweMed, og disse er alle aktuelle for sykepleiefaget. Det ble også lagt opp til obligatorisk time hos bibliotekar, for å få en mer grundig og relevant hjelp til videre søk. Studentene skulle møte godt forberedt, og ha søkeordene klar.

Søkeordene skulle skrives på både engelsk og norsk, og kombineres på ulike måter. Det skulle tas utgangspunkt i disse når databasesøket skulle starte. Planen videre var at vi skulle forsøke å finne flest mulig artikler som kunne gi oss svar på våre spørsmål ut fra våre inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Steg 4: Gjennomføring av litteratursøket

Søket av artiklene til bacheloroppgaven startet den 02.02.2009 i uke 6. Videre ble det også søkt i uke 7, 8, 9 og 10 på høgskolen. Denne perioden ble satt av til søk etter relevante artikler. Søkeordene som ble brukt var hjerneslag, afasi, depresjon og kommunikasjon. Databasene det ble søkt i var Norart, SweMed, ProQuest og Ovid. Søkeordene ble brukt alene som søkeord, og også kombinert med hverandre. I databasen Norart ble ordene hjerneslag, afasi, depresjon og kommunikasjon brukt som selvstendige søkeord. Disse ble også kombinert med hverandre; hjerneslag og afasi, hjerneslag og depresjon, hjerneslag og afasi og depresjon. Ordet kommunikasjon ga oss mange treff som et selvstendig ord, men kombinert sammen med de andre søkeordene ga det ingen treff. Norart var en database med flere treff på fagartikler, men ikke forskningsartikler. Det ble av den grunn ikke søkt noe mer i denne databasen.

I SweMed ble det søkt med de samme søkeordene, og også her ble ordene kombinert. Ordene ble satt sammen med "and og or", og også den engelske betydningen av ordene ble brukt. Hjerneslag or stroke, afasi or aphasia, stroke and aphasia, depresjon or depression, kommunikasjon or communication, stroke and aphasia and depression, stroke and depression. Ordene ble trunkert med dollartegn. I artiklene fra SweMed ble abstraktene lest, og ut i fra kvaliteten på artiklene var det bare en som vi mente var bra nok og som omhandlet det temaet som det ble søkt etter. På alle søkene ble det først søkt fritt, og etterpå ble søket avgrenset til å gjelde de 10 siste årene.

Ønsket vårt var opprinnelig å skrive om yngre kvinnelige slagpasienter, og flere litteraturbøker som omhandlet kvinners opplevelse av å ha blitt rammet av hjerneslag ble lest. Etter å ha gjort noen prøvesøk hadde vi problemer med å finne forskning på dette, og søket ble derfor lagt generelt på slagpasienter i alle aldre slik planen var.

Vi søkte etter dette videre i ulike databaser, men det ble konsentrert om databasene ProQuest og Ovid. De samme søkeordene ble også brukt i disse databasene.

Den 17.september i uke 38 tok vi et siste søk, for å se om det var mulig å finne mer aktuell forskning på vårt tema. Det ble søkt i databasen ProQuest, Ovid Nursing og Medline. Søkeresultatene våre har vi samlet i en oversiktlig tabell.

Tabell 1.

Databaser	Søkeord	Antall treff	Antall leste abstrakter	Antall utvalgte artikler
Norart	hjerneslag	272	7	0
Norart	Hjerneslag og afasi	138	13	0
Norart	Hjerneslag, afasi, depresjon og kommunikasjon	0	0	0
SveMed	Hjerneslag, afasi, depresjon og kommunikasjon	0	0	0
SveMed	Hjerneslag og depresjon	19	19	1
Ovid	Stroke and aphasia	7	7	2
Ovid	Stroke and depression	7	7	0
Ovid	Stroke and aphasia and depression	0	0	0

ProQuest	Aphasia and stroke and nursing	18	5	1
Ovid nursing	Aphasia and stroke	21	7	4
Medline	Aphasia and stroke and nursing	40	10	1

Steg 5: Tolkning av artiklene

Artiklene ble gjennomgått, og etter å ha lest noen abstrakter var det etter hvert noen artikler som ikke var bra nok og disse ble lagt bort. For å svare på våre forskningsspørsmål kan det brukes både kvalitative og kvantitative artikler. I kvalitative artikler er tilnærmingen ved observasjonen helhetlig. I slike studier får vi et mest mulig fullstendig bilde av det som blir forsket på. Ved kvalitativ observasjon er det 4 ulike aspekter, bl.a. å oppnå en helhetsforståelse av det som blir observert. Observasjonen retter seg mot relasjoner og samspill mellom mennesker, og det blir sett på situasjonen mennesket befinner seg i for å få en dybde og forståelse for de fenomener som studeres. Viktigheten i artiklene er å se helheten, at observasjonen gjelder hele mennesket. Forholdet mellom individ og omgivelser er viktige i en helhetlig tilnærming (Dalland 2000). Kvalitative tilnærminger retter seg mot enkeltstående opplevelser og samspillet mellom mennesker. Det er viktig å få frem grunnen til at mennesker handler som de gjør, og hvilken hensikt de har med det de gjør (Løkken og Søbstad 1999). Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder settes ofte opp mot hverandre. På dette grunnlaget har det vært utviklet argumenter om at de kvalitative metodene er spesielle, noe forskjellig fra de kvantitative metodene, som gir svar på egne premisser. De kvantitative metodene handler om å forklare, og dataene blir representert av tekst og tall (Malterud 2003).

Studiet vårt er en litteraturstudie, og det er viktig at det blir tatt hensyn til at mennesker som er med i en forskningsprosess er sårbare fordi de i tillegg er rammet av sykdom. Gjennom lesing og tolkning av de ulike forskningsartiklene er målet at artiklene har blitt analysert så objektivt som mulig ut i fra etiske normer og verdier. Helsinkideklarasjonen er utarbeidet av Verdens legeforening. Der står det at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for mennesker og beskytter deres helse og rettigheter. Forskning som omfatter mennesker må bare utføres dersom formålet er viktigere enn de risikoer og belastninger som forskningen innebærer for de involverte parter (Malterud 2003).

De fleste av artiklene er på engelsk, det kan derfor skje feiltolkninger og dårlige oversettelser. Målet var at dette ikke skulle virke inn på resultatet av oppgaven. Etter å ha lest artiklene på nytt satt vi igjen med 9 artikler som vi skulle kvalitetssikre. Disse blir presentert i tabell 2 (se vedlegg).

Steg 6: Analyse

I denne litteraturstudien har vi brukt Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) sin bok "Evidensbasert omvårdnad" som mal for å analysere studiens artikler. For å vurdere studiene på en kritisk måte er det viktig å gå systematisk til verks. Her letes etter essensen eller de vesentlige kjennetegn ved fenomener i studiene, og en bør forsøke å sette egne forutsetninger i parentes i møte med dataene (Malterud 2003). Når studiene har blitt kritisk vurdert, har de fem første stegene til Goodman blitt brukt. Disse har blitt fulgt trinnvis, og på den måten har arbeidet fått en naturlig fremgang.

Det hele startet med at forskningsspørsmålene tok form. Deretter ble både hensikten og søkeordene til studiet skrevet ned, og artikkelsøket kunne ta til. Etter hvert som artiklene kom frem under søket, fikk vi først frem mange treff på hjerneslag. Da ble søkeordet hjerneslag kombinert med de andre søkeordene, og også begrenset til å gjelde de ti siste årene. På noen databaser fikk vi null treff, mens på andre bare noen få. Det viste seg at det ikke var gjort mye forskning på våre forskningsspørsmål. En kritisk vurdering av dette kan

være at andre søkeord kunne vært inkludert. Det kan også skyldes dårlige kunnskaper om databasesøk fra vår side.

Artiklene har blitt gransket etter hvem deltagerne i studiet er, hvor mange som deltar, hvilken undersøkelsesmetode som brukes og studienes resultat. Den etiske vurderingen i artiklene har det blitt lagt stor vekt på. Dette for at leserne av artiklene skal vite at deltagerne har blitt behandlet på en etisk forsvarlig måte under forskningsprosessen. I gjennomgangen av artiklene ble de lest og oversatt ved hjelp av engelsk – norsk ordbok, dette ga oss et helhetsinntrykk av teksten (Malterud 2003). Det ble også markert i teksten ved hjelp av tusj og grundige notater ble notert ned under veis. Bakdelen med å markere i teksten kan være at andre viktige elementer har blitt utelatt, siden enkelte partier i teksten har blitt fremhevet. Helheten er her viktigere enn iøynefallende detaljer (Malterud 2003). I vurderingen har det blitt brukt kvalitetsbedømmings skjema fra Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006). Dette er to ulike skjema som går både på kvalitativ og kvantitativ forskning. Det er avkrysningsskjema som hjelper oss å se om vi har med alle kriteriene for forskningsartikler. Ut i fra disse kriteriene kommer det frem om artiklene er gode, middels eller dårlige. Artiklene i dette studiet er vurdert til at syv var bra og to var middels. Etterpå ble de vitenskapelige resultatene dokumentert i et analyseskjema (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Artiklene har blitt lest av to studenter for å få deres ulike tolkninger av innholdet, og deretter ble resultatene diskutert og sortert i ulike temaer.

Steg 7: Anbefalinger for praksis

Noen resultater fra vårt studie som vi ønsker å videreformidle er at:

- Det er viktig å møte pasienten med nærhet og respekt.
- Sykepleieren bør møte pasientens opplevelser i en stille dialog.
- En må se pasienten som den personen han er.
- Tid, kunnskap og tålmodighet er viktig når en skal kommunisere med pasienten.
- En må ha et blikk også på pasientens psykiske side.
- Pårørende er en stor ressurs som sitter inne med mye viktig informasjon.

4.0 RESULTAT

Resultatet kom vi frem til ved å lese gjennom artiklene og notere funnene. Etter å ha systematisk gransket og kvalitetssikret artiklene, ble funnene sammenlignet og likheter kom frem. Store ulikheter i artiklene var det ikke. Temaene kommunikasjon og det psykiske aspektet kom naturlig frem. Disse ga oss også svar på forskningsspørsmålene våre, og det ble naturlig å bruke dem som overskrifter i resultatet. Resultatene ble delt inn i fire ulike tema.

Temaene ble:

1. Vektlegging av kommunikasjon med afasipasienten.
2. Forståelse og respekt for pasienten.
3. Pårørende som ressurs.
4. Å møte pasienten i hans livssituasjon – det psykiske aspektet.

4.1 Vektlegging av kommunikasjon med afasipasienten

Å medvirke som sykepleier i en stellesituasjon med pasienten gjør at det å kommunisere blir enklere. Dersom en i tillegg også bruker kroppsspråk leser en pasienten på en best mulig måte. Når sykepleieren møter pasienten med omsorg i en slik samhandlingssituasjon, gjør det at atmosfæren blir mer avslappet (Sundin og Jansson 2003). I samtalen og samhandlingen med pasienten er det viktig å møtes med gjensidighet (Gordon, Ellis-Hill og Ashburn 2008). I denne samhandlingen kan en naturlig del være guiding gjennom fysisk berøring (Sundin og Jansson 2003).

Sykepleieren må være opptatt av pasienten sine mål, bekymringer og fremtidsplaner. De er oftest mer opptatt av den praktiske delen med hensyn til den fysiske rehabiliteringen. Sykepleiere trenger derfor trening i å kommunisere med afasipasienter. Da oppnår de tillit, og får på den måten pasienten med i ”samtalen”. De får da et tettere samarbeid, og tilliten mellom sykepleieren og pasienten styrkes (Gordon, Ellis-Hill og Ashburn 2008).

4.2 Forståelse og respekt for pasienten

Her har vi funnet tre studier som går på forståelse og respekt for pasienten (Sundin, Jansson og Norberg 2000, Sundin, Norberg og Jansson 2001, Sundin og Jansson 2003). De er skrevet av de samme forfatterne, og inngår i et større studium. Resultatet av det ene studiet viser at det er viktig med nærhet, stille dialog og respekt når sykepleier samarbeider med pasienter med slag og afasi (Sundin og Jansson 2003). Videre kommer det frem at en bør tilrettelegge for åpenhet ved å dele følelser gjennom sansene. En oppnår da bedre tillit mellom sykepleier og pasient (Sundin, Jansson og Norberg 2000).

I møtet mellom sykepleier og pasient er atmosfæren avslappet og de møtes med gjensidighet. Sykepleieren kan møte pasienten sin opplevelse i en stille dialog, ved å speile følelser og tolke uttrykk (Sundin og Jansson 2003). Ved at sykepleieren ser pasienten og gir han oppmerksomhet, blir pasienten forstått og møtt på halvveien (Sundin, Jansson og Norberg 2000). Med et likeverdig forhold er det enklere for sykepleieren og pasienten å være åpne i forhold til hverandre, og mange sykepleiere beskriver seg selv som likestilte med pasienten (Sundin, Norberg og Jansson 2001). Samarbeid med pasienten er viktig for å skape gjensidig tillit (Sundin, Norberg og Jansson 2001). Når man samarbeider med pasienter med afasi må man fokusere på nærhet, men man må likevel holde en viss distanse (Sundin, Jansson og Norberg 2000).

Sykepleieren mener i studiet fra Sundin, Norberg og Jansson (2001) at pasienter skal møtes individuelt med sine historier, egenskaper og ønsker. Sykepleierne ønsker å behandle dem slik de selv ønsker å bli behandlet. I en slik samhandling er stillhet viktig når en skal bygge relasjoner og fremme god pleie (Sundin, Norberg og Jansson 2001). Humor er også en god måte å komme nær pasienten på. Humor kan hjelpe pasientene til å forstå deres egne følelser. En må her bruke humor på rett måte, slik at den ikke går ut over pasientens verdighet (Sundin, Norberg og Jansson 2001)

4.3 Pårørende som ressurs

Hos pasienter med mye behov for assistanse, ser man at dette går ut over pasienten sin livssituasjon. Jo mer hjelp pasienten trenger, jo dårligere er pasienten sin livssituasjon

(Franzèn-Dahlin et al. 2008). Av den grunn trenger alle pasienter individuelle sykepleietiltak, spesielt pasienter med afasi. Egne tiltak for pasienter med afasi er også nødvendig for å møte dem med hensyn til svekket egenomsorg og mobilitet (Bakas et al. 2006). Det kan føre til at det kan være vanskelig å være pårørende til pasienter med afasi. Da er det viktig med gode sykepleietiltak også for pårørende, for å dekke deres ulike behov for hjelp (Franzèn-Dahlin et al. 2008). De pårørende trenger mye hjelp, og sykepleieren bør da tilby et godt samarbeid. Sykepleieren må være der å støtte og gi tilrettelagt omsorg. De pårørende er en viktig ressurs med god informasjon til sykepleieren om pasienten sitt liv før hjerneslaget, og dette kan bidra til å skape et godt samarbeid. Men samarbeidet mellom pasient og pårørende kan være en stor utfordring. Problemet kan være og ikke kunne kommuniserer verbalt med hverandre, noe som øker faren for en depresjon hos pasienten (Bakas et al. 2006).

4.4 Å møte pasienten i hans livssituasjon - det psykiske aspektet

Det er viktig å være oppmerksom på den sosiale delen av livet, og pasienten sin psykiske side. Man bør vite hvordan pasienten hadde det før hjerneslaget, og hvordan han opplever sin nye situasjon når vi som sykepleiere skal hjelpe han videre (Burton 2000). Det blir satt lite fokus på pasienten sin opplevelse av sin egen kropp. Det er nødvendig å vise oppmerksomhet til pasienten sine egne opplevelser av sin livssituasjon. Dette innebærer også å møte pasienten individuelt hvorvidt det er mann eller kvinne (Kvigne, Kirkevold og Gjengedal 2004).

Mange pasienter med slag opplever sin nye livssituasjon som frustrerende. De opplever hverdagen som vanskelig og de føler seg ofte utenfor og usynlige. Spesielt kvinner føler det umulig å møte de krav som stilles av dem som kvinne og mamma. Mange av dem opplever en tretthet som er helt overveldende og ukontrollerbar, som en følge av slaget. At de føler seg usynlige er fordi de får for liten informasjon rundt sykdommen. Trøtthet og den psykiske siden generelt, er et oversett fenomen hos pasienter med slag. Det blir oftest kun fokusert på lammelser og synlige utfall etter slag (Røding et al. 2007). Mange sykepleiere fokuserer mest på sin praktiske dyktighet for å bedre den fysiske

rehabiliteringen, og overser pasienten sin opplevelse av situasjonen (Kvigne, Kirkevold og Gjengedal 2004).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Arbeidet med oppgaven ble innledet ved at vi utarbeidet en hensikt og tre forskningsspørsmål. Vi ville fokusere på sykepleieren sitt møte med pasienter med slag og afasi, og hvordan dette møtet ivaretar pasientens tillit, respekt og opplevelse av sin situasjon. Vi har valgt å bruke flest kvalitative studier fordi disse går mest på pasienten sin opplevelse og relasjonen mellom de ulike partene (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Dette for å komme frem til opplevelsen mellom sykepleier og pasient og hvordan dette møtet skal bli best mulig. Når man søker på relasjoner mellom sykepleier og pasient får man flest kvalitative artikler. Fordelen med dette studiet er at vi kan søke på artikler ved skolens databaser, istedenfor selv å måtte ut å gjøre intervju for å kunne svare på våre forskningsspørsmål. Kritikken til dette er at vi ikke får møte pasientene ansikt til ansikt, men må jobbe med et resultat som andre har tolket. Litteraturstudiet ble startet ved at vi søkte på relevante artikler for våre forskningsspørsmål. Det tok mye tid, og vi syntes dette var en vanskelig prosess. Vi begynte søkingen med å skrive ned relevante ord knyttet til våre spørsmål, og vi ville ikke ha artikler som var eldre enn år 2000. Databasene vi først søkte i var Norart, SweMed, Proquest og Ovid. Vi følte ikke at dette ga oss nok resultater, og nye søk måtte gjøres. Da brukte vi databasene ProQuest, Ovid Nursing og Medline, og der fant vi flere artikler vi kunne bruke. I ettertid ser vi at nok kunnskap rundt det å gjøre litteratursøk er viktig. Det er viktig å ha kunnskap rundt de ulike databasene på hvordan man bruker dem, ved å ha nok aktuelle søkeord og også hvordan man setter sammen de ulike søkeordene. Fordelen for oss i denne prosessen er at vi har vært to om samarbeidet. Styrken ved dette er at man kan diskutere seg frem til ulike løsninger, og man kan også tolke de vitenskapelige artiklene fra flere sider. For å vite om det er vitenskapelige artikler

har vi lett etter en metodebeskrivelse og hvordan dataene har blitt innhentet og analysert. Hensikten med studiene måtte komme godt frem, det skulle helst være flere forfattere og artiklene skulle ikke være en review. Artiklene skulle inneholde både resultat, diskusjon og konklusjon.

I metoden og analysen har vi brukt Goodman sitt oppsett (Willmann, Stoltz og Bathsevani 2006). Han har laget sju steg som skal gjøre det enklere å følge en systematisk oppbygning. Boken var i utgangspunktet grei å forholde seg til, men det er vanskelig å lese svensk og forstå innholdet rett. I prosessen med analysen av artiklene har vi måttet ta i bruk flere bøker om metode og analyse. Disse er Malterud (2003) og Forsberg og Wengström (2008). Dette har vært en styrke i forståelsen av oppgaveskrivingen. Ved analysen av artiklene tok vi utgangspunkt i skjemaer for kvalitativ og kvantitativ forskning (Willmann, Stoltz og Bahtsevani 2006). Skjemaene var basert på avkrysning, og ut i fra resultatene kom det frem om det var gode artikler eller ei. Ved hjelp av disse skjemaene kom vi også frem til hovedfunnene i artiklene. Disse har vi beskrevet videre i resultatet. I ettertid ser vi at dette er en svakhet siden det står på svensk, og at analysen kunne gått enklere om vi hadde funnet skjema på norsk. Men styrken i dette er at vi må være åpne for å lære oss og lese andre språk i forskning sammenheng. En styrke for å komme frem til resultatene fra artiklene, var at vi ved lesingen markerte og noterte ned hovedfunn i teksten. Dette hjalp oss i den vanskelige prosessen det var å lese og tolke de engelske artiklene. På denne måten har vi fått frem hovedfunnene og dette har vært en styrke i prosessen vår med få frem aktuell kunnskap. Det kritiske i dette er at vi kan ha utelatt funn som kan ha noe av betydning. Resultatene fører oss videre til resultatdiskusjon, der vi vil prøve å drøfte dette opp mot teori og forskningsspørsmål.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet er å få frem hvordan sykepleieren bør møte pasienter med slag og afasi. For pasienter med afasi er positive opplevelser i møtet med helsepersonell av stor betydning for mestring av sin nye livssituasjon.

Vi har valgt å ta med små avsnitt fra boken ”Tsunami i kroppen” som er opplevd og skrevet av Wenche Løseth (2007). Hun er ei ung småbarnsmor som ble rammet av hjerneslag i en alder av 39 år. Disse avsnittene fra boken ønsker vi å belyse opp mot forskningsresultat, teori og våre forskningsspørsmål.

5.2.1 Åpenhet og tid

En samtale er et møte mellom to - eller flere mennesker. Samtalen er et resultat av alle sin innsats. En god samtale trenger ikke å bety at alle er enige, men den gode samtalen er basert på en trygghet. Deltagerne skal ha tillit til og respekt for hverandre, og det bør være en god mellommenneskelig atmosfære i samtalen. I en slik atmosfære er to ting spesielt viktig, og det er åpenhet og tid (Corneliussen et al. 2006). Vi vil belyse hvor viktig det er å ha god tid i samtale og samhandling med pasienter med afasi for å kunne lese pasientens ønsker og behov. Vi har alle våre grunnleggende behov som det er viktig å ivareta, og hos en pasient med slag og afasi er det sykepleieren sitt ansvar å huske dette.

Munnen var heilt opptørka og eg var forferdeleg tørst heile tida. Eg prøvde å signalisere dette, men ingen forstod. Ei natt var både munnen og halsen som kaktus. Det var vondt og eg gret. Kunne eg ikkje få fukt på tunga? Munnen og tennene var tjukke av belegg. Nattevakta henta legevakta som berre stod og såg dumt på meg. Eg gav opp. Ingen forstod kva eg ville. Eg var fortvila fordi personalet ikkje ville kommunisere med meg slik som familien min gjorde (Løseth 2007, 22).

I dette avsnittet føler pasienten en stor håpløshet. Eksempelet belyser hvor viktig det er at vi som sykepleiere bruker mye tid på å prøve å tolke afasipasientens behov for å bli forstått. Vi har begge jobbet på en slagenhet og sett hvor vanskelig det er å kommunisere med pasienter som er rammet av afasi, og hvor viktig det er med god kommunikasjon. Det må derfor være nok bemanning på en slagenhet for at sykepleieren skal ha nok tid til hver pasient. I følge våre funn er det heller ikke nok med bare god tid, for personalet må også ha god kunnskap i kommunikasjon (Sundin, Jansson og Nordberg 2000). Ordet kommunikasjon betyr ”å gjøre noe felles”. Dette er et godt utgangspunkt for et godt samarbeid og en god samhandling mellom sykepleier og pasient (Corneliussen et al. 2006).

Har sykepleieren et godt engasjement og en god samhandling, gir dette grunnlaget for en god kommunikasjon. En god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient kan være både verbal og nonverbal (Eide og Eide 2000).

I avsnittet fra boken "Tsunami i kroppen" (2007), beskriver Wenche Løseth den håpløsheten og frustrasjonen hun føler når personalet ikke ville kommunisere med henne slik som familien gjorde. I boken får vi et innblikk i hvor mye tid den ene datteren bruker på å kommunisere med henne. Det er mange måter og kommuniser på, og hun fant ut at ved å bruke ei tavle med bokstaver kunne hun snakke med moren sin. Hun pekte på de ulike bokstavene, og moren blunket som svar. På denne måten oppnådde de kontakt med hverandre. I samsvar med vår teori ser vi her at åpenhet og god tid sammen med pasienten er viktig for å skape trygghet (Corneliussen et al. 2006). Og i følge et av våre funn, sier det at det er viktig med god tid og kunnskap i kommunikasjonsammenheng (Sundin, Jansson og Norberg 2000).

I en god nonverbal kommunikasjon med pasienten, må sykepleieren ha kunnskap i å se følelsene gjennom kroppsspråket, og også kunne dele følelser gjennom sansene (Sundin, Jansson og Norberg 2000). For å beherske denne gode relasjonen med pasienten er det viktig med gjensidighet. I følge Gordon, Ellis-Hill og Ashburn (2008) trenger sykepleierne trening i å kommunisere med pasienter som er rammet av afasi. Dette for å oppnå tillit og for å få pasienten med i relasjonen. Sykepleieren må også kunne se pasienten sine mål, bekymringer og fremtidsplaner. Det blir ofte satt mest fokus på den fysiske rehabiliteringen, og ikke den psykiske siden hos pasienten (Gordon, Ellis-Hill og Ashburn 2008).

Det vi ser Sundin og Jansson (2003) har kommet frem til i et av sine studier, er hvor viktig det er at sykepleieren møter pasienten gjennom hans opplevelser. Sykepleieren kan her møte pasienten i en stille dialog ved å speile pasientens følelser og tolke uttrykk (Sundin og Jansson 2003). Vi mener at om sykepleierne hadde møtt pasienten i hennes opplevelse, tolket hennes følelse og uttrykk kunne kanskje mye frustrasjon vært unngått. Med tanke på at pasienten hadde munnen og tennene fulle av belegg, vet vi hvor viktig et godt munnstell er. Det var mye sykepleierne ikke gjorde i denne situasjonen. For å være kritiske til dette ser vi at tid er viktig, og mye av sykepleierens feiltolkninger ligger kanskje i at de mangler både tid og kunnskaper i kommunikasjonsferdigheter i forhold til pasienter som er rammet

av afasi. Vi mener at i slike situasjoner der vi som sykepleiere skal møte pasienter med slag og afasi er det viktig å vise at vi har tid, og at vi viser åpenhet og tillit. Vi må være villige til å gi av oss selv, tolke pasientens uttrykk og ikke minst være tålmodige. Funn sier at i samhandling med pasienten er det viktig å medvirke og bruke kroppsspråk for å lese pasienten. I slike situasjoner bør en møte pasienten med omsorg. Dette gjør at atmosfæren blir mer avslappet (Sundin og Jansson 2003).

De fleste sykepleierne jobber i dag med å hjelpe pasientene til å mestre å komme seg igjen etter sykdom og akutte sykdomsopplevelser. Da er det viktig at sykepleieren er der for den syke og formidler til han at han blir forstått og at han ikke er alene. Sykepleieren gir her håp til den syke og motiverer i de vanskelige oppgavene i rehabiliteringsprosessen (Travelbee 2001). Og ikke kunne uttrykke seg i denne prosessen, eller ikke forstå andre, er en dramatisk opplevelse. Og denne dramatiske opplevelsen rammer om lag 20-40 % av alle pasienter i akutfasen, som har fått slag (Thommesen og Wyller 2007). I slike situasjoner bør sykepleieren møte pasienten med omsorgsfulle relasjoner gjennom en god kommunikasjon.

5.2.2 Forståelse og respekt for pasienten

Eg hørde dei snakka om epilepsi, men eg visste at det ikkje var det eg hadde fått. Dei sette inn ei rør i munnen og ned i halsen for å frigjere pustevegen, men tunga blei liggende i klem mellom røret og tennene. Eg prøvde å signalisere til mamma fleire gongar. Det var frykteleg vondt. Kjeven min beit i hop med vanvittige krefter eg ikkje hadde kontroll på. At tunga ikkje blei kapp, av kreftene i kjevane er underleg. Eg vart liggande med dette nokre timar. Eg prøvde å prate til dei, men ingen muskel lystra. Eg fekk ikkje fram eit ord (Løseth 2007, 15).

Her ser vi et eksempel på en pasient med slag, og hennes vanvittige kamp og frustrasjon når hun ikke kan gjøre seg forstått. Den smerten og fortvilelsen hun ikke greier å formidle er helt umenneskelig. Hvordan det er å ligge der med slike smerter kan ingen forestille seg. Hun ligger der fullstendig lammet uten mulighet til å gjøre seg forstått, men likevel med alle følelsene og sansene i behold. I slike situasjoner er det viktig at vi som sykepleiere har evne til å sette oss inn i et annet menneske sin situasjon, og kunne lese kroppsspråket. Det å greie å forestille seg noe av et annet menneskes fortvilelse og smerte, er en verdifull egenskap for enhver sykepleier. Her kommer vi inn på empati som i følge Eide og Eide er

det viktigste grunnlaget for god kommunikasjon (Eide og Eide 2000). Forskning sier at dersom en bruker kroppsspråk, kan man lese pasienten på best mulig måte (Sundin og Jansson 2003). Dette har også betydning for sykepleieren i måten hun skal forstå pasienten på. Man må her ha en viss nærhet til pasienten for å skape gjensidig tillit. Greier sykepleieren å skape en gjensidig tillit og forståelse mellom seg og pasienten er det enklere for sykepleieren å få en opplevelse av pasienten sin situasjon. Det å speile følelser gir et godt grunnlag for en god opplevelse og en god nonverbal kommunikasjon. På dette viset får man et positivt forhold mellom sykepleier og pasient med afasi (Sundin, Norberg og Jansson 2001).

Ser vi på den forutgående historien blir ikke pasienten møtt med gjensidighet. Forskning sier at dersom sykepleieren skal møte pasienten i samhandling i en stille dialog, må sykepleieren speile pasientens følelser og tolke uttrykk (Sundin og Jansson 2003). Her mener vi at sykepleieren må observere kroppsholdning og smerte i pasienten sitt ansiktsuttrykk. Når pasienten i det tidligere avsnittet prøvde å gjøre seg forstått gjennom blikkontakt, fikk hun ingen respons. Dette samsvarer med hva teorien sier. Blikk har ofte en sterk, men skjult effekt, og kan spille på instinktive reaksjoner og ubevisste behov (Eide og Eide 2000). Hadde pasienten her blitt sett og forstått, hadde hun ikke følt seg avvist. Da hadde hun heller ikke gitt opp. Omsorgsfulle relasjoner mellom sykepleier og pasient gjør det enklere å oppnå nærhet og fremme god pleie (Sundin, Norberg og Jansson 2001). Disse omsorgsfulle relasjonene foregår som oftest i stillhet. Stillhet gir i disse artiklene uttrykk for nærhet og intimitet og kan bli en naturlig del i en samtale. Men stillheten kan også bli et uttrykk for det motsatte av nærhet. For mange kan stillhet bety avstand. Og som sykepleier er det viktig å vise at stillhet i en vanlig samtale kan være virkningsfullt, og en metode for å signalisere god tid. Tid er en grunnleggende forutsetning for at en samtale i møte med en afasirammert pasient, skal være god (Corneliussen et al. 2006). I forhold til et av våre forskningsspørsmål, som går på det å møte pasienten, ser vi her hva god tid og forståelse har å bety.

Stillhet og nærhet kan føles naturlig ovenfor pasienter vi kjenner, men hos en ukjent pasient kan det føles ubehagelig. Å bli møtt med empati kan gi pasienten en opplevelse av å bli forstått, verdsatt og tatt alvorlig (Tveiten 2001). Å bli tatt alvorlig og møtt med god empati er det viktigste grunnlaget for en god kommunikasjon (Eide og Eide 2000). I møtet med pasienter med afasi etter et hjerneslag, er det her viktig at vi som sykepleiere møter

dem med god kommunikasjon, nærhet og åpenhet. Da kan man bygge relasjoner og få et godt menneske - til menneskeforhold. Dette er i følge sykepleieteoretiker Joyce Travelbee en mellom - menneskelig prosess som dreier seg direkte om mennesker. Vi som sykepleiere skal i følge henne hjelpe en pasient til å mestre erfaring med sykdom og til å finne en mening i disse. Travelbee legger også vekt på i den mellommenneskelige prosessen at det er viktig å bli verdsatt og elsket (Travelbee 2001). Sykepleieteoretiker Kari Martinsen sier også noe om det å verdsette og å vise omsorg for pasienten. I ordet omsorg ligger både den måten sykepleieren møter pasienten på og måten sykepleieren handler på (Kristoffersen et al. 2005).

Når vi ser tilbake på pasienten i avsnittet, ser vi at denne situasjonen kunne vært unngått om sykepleierne hadde sett pasienten og møtt henne med forståelse. Denne pasienten ble feilbehandlet fra første stund. De trodde det var epilepsi, og pasienten ble liggende på mottaket i flere timer før de tok henne alvorlig. Pasienten selv forstod at dette var feil, men hun greide ikke å uttrykke det. Den frustrasjonen og ikke bli tatt alvorlig, og heller ikke forstått, må gi en enorm håpløshet. Pasienten ble uten tvil møtt på feil måte. Hadde sykepleierne tatt seg tid til å se pasienten og gi henne oppmerksomhet, hadde de kanskje sett smertene hun hadde når tunga låg i klem. Funn viser her viktigheten av å møte pasienten med respekt og nærhet, og hvor viktig det er å speile pasientens følelser og tolke uttrykk (Sundin og Jansson 2003).

5.2.3 Pårørende som ressurs

I situasjoner der pasienter med slag er rammet av afasi er det også vanskelig å være pårørende. Mange pasienter trenger mye assistanse og de pårørende er ofte en stor ressurs i forhold til dette. De pårørende har også ulike behov når deres nærmeste blir rammet av sykdom, og det er viktig med gode sykepleiertiltak for å møte pasientene på en god måte (Franzen-Dahlen et al 2008). Bakas et al. (2006) kommer også inn på dette med pårørende. De skriver at pårørende er en viktig ressurs for sykepleierne. De kan gi informasjon om pasienten før hjerneslaget, og på den måten kan en oppnå et godt samarbeid. Det er nødvendig for å møte pasienten med afasi på best mulig måte, for kommunikasjonsproblemer kan være også utfordrende psykisk (Bakas et al. 2006).

For å belyse dette med kommunikasjonsproblemer, vil vi også her ta med et avsnitt fra boken ”Tsunami i kroppen”.

Eg kjende eg måtte tisse, og eg fekk panikk og store auge. Ingen andre enn mamma visste eller forstod at eg måtte på do. Ei natt eg måtte på do, oppfatta nattevakta meg uroleg. – Kunne ho ikkje spørje då, tenkte eg, så eg kunne svare med augene, eller ho kunne gi meg eit bekken! Ho gav meg i staden ei dose med morfin. - Men eg skulle no berre tisse! Det verka som om personalet vegra seg for å kommunisere med meg gjennom augene. Det var berre familien min som gjorde det. Av den grunn fekk eg panikk når familien ikkje var der (Løseth 2007, 20).

Vi ser her hvor avhengig denne pasienten er av sin familie for å kunne uttrykke seg. Ingen andre tar seg tid til å kommunisere med henne på den måten hun er i stand til, og misforståelser oppstår når hun ikke kan gjøre seg forstått. Er det tidsmangel eller uvitenhet fra sykepleiernes side som gjør at de handler slik de gjør? Det tar ikke mye tid å finne frem tavlen for å kommunisere med henne. Dette kan gi pasienten en trygghet som hun har sammen med de pårørende når de er tilstede. Vi mener at trygghet er viktig i en rehabiliteringsprosess, der pasienten skal bygge seg opp igjen. Når pasienten ikke har det bra psykisk går det også utover den fysiske rehabiliteringen.

Corneliussen sier at det er av stor betydning at pårørende blir tatt med i samhandlingssituasjoner med pasienten. Når pasienten ikke kan fortelle om seg selv, kan pårørende som kjenner pasienten fra før være en stor ressurs for sykepleieren. Pårørende kjenner bedre pasienten sitt kroppsspråk og daglige rutiner og behov. Ved å bruke pårørende i kommunikasjon og samhandling i ulike situasjoner kan vi bli bedre kjent med pasienten. Her kommer det inn dette med respekt, tillit og åpenhet i møtet med den afasirammede og hans pårørende. At han blir behandlet som en likeverdig samtalepartner er sykepleieren sitt ansvar. For ved å få samtalen på gli blir pasienten møtt på best mulig måte (Corneliussen et al. 2006).

Dattra mi, Siw Elise, blei ein kløppar med stavetavla. Ho lærte meg raskt og kjenne. Ho las meg rett og slett. Ho var hos meg heile dagen, kvar dag (Løseth 2007, 25).

Pårørende burde bli inkludert i pasienten sin nye livssituasjon. I historien om Wenche er pårørende mye til stede, og dette gir henne en trygghet og en følelse av å bli forstått. Funn sier at pårørende ikke bare skal være en ressurs for at vi skal kunne bli bedre kjent med

pasienten, de skal også være en ressurs for pasienten. Derfor er det viktig at de føler seg ivaretatt og får den informasjonen de trenger. Pårørende er tross alt de som skal omgås pasienten og være hans støttespiller i rehabiliteringsprosessen. Pårørende har stor betydning for mestringsprosessen. De er deres "talerør" og pasienten er avhengig av familiens hjelp og omsorg i lang tid. De burde blitt mye mer brukt for å komme med opplysninger om pasientens tidligere liv, vaner og behov (Kitzmüller 2007). For oss er dette noe å tenke på etter endt utdanning, siden vi vet at mange, både pasienter og pårørende, ofte får en psykisk reaksjon etter et hjerneslag. Forskning sier at de pårørende gjennomgår en krise når deres nærmeste blir rammet. De trenger i likhet med pasienten informasjon om selve sykdommen og de ulike utfallene, og de må involveres i rehabiliteringen (Thommesen og Wyller 2007).

En studie viser til at desto mindre hjelp en pasient trenger, jo bedre er pasientens livssituasjon (Franzèn-Dahlin et al. 2008). Der er det også gjort sammenligninger av livssituasjonen til pårørende av afasirammede pasienter med depresjon. Dette viser at det er vanskelig å være pårørende til denne pasientgruppen. Videre har vi funn som sier at tiltak som fremmer både pasientens og familiens mestringsstrategi virker positivt inn på livssituasjonen (Währborg 1991).

Afasi og depresjon henger ofte sammen, og er begge sequele etter hjerneslag (Franzen-Dahlin et al. 2008). Dette er "usynlige" sequeler som vi sykepleiere må ta alvorlig. For å belyse dette har vi gjennom det neste temaet tatt for oss det psykiske aspektet i møte med en pasient med afasi.

5.2.4 Frustrasjon og fortvilelse

Som sykepleier må vi prøve å møte afasipasienten i deres livssituasjon. Funn sier at det er viktig å være oppmerksom på den sosiale delen av livet, og pasienten sin psykiske side. Man bør vite hvordan pasienten hadde det før hjerneslaget, og hvordan han opplever sin nye situasjon når vi som sykepleiere skal hjelpe han videre (Burton 2000). Som sykepleier til en pasient med afasi ser vi viktigheten av å møte pasienten med tanke også på det psykiske. For å belyse dette har vi igjen et nytt avsnitt fra boken "Tsunami i kroppen".

Eg gret mykje, i alle situasjonar. Det var i rein fortviling. Personalet tok over alle funksjonane mine. – Hjelpe meg! Eg var i sjokk. Var dette verkeleg, var det meg? Eg tenkte på jentene mine. Får eg aldri meir børste håret til Ann Kristin? Vanvittig mange tankar raste i hovudet på meg. Kva ville framtida med meg? (Løseth 2007,26).

Dette viser en ung mors frustrasjon og håpløshet. Mange pasienter med slag, spesielt de yngre opplever sin livssituasjon som frustrerende. Hverdagen oppleves som vanskelig og de føler seg utenfor og usynlige. Det at de føler seg usynlige er fordi de får for liten informasjon rundt sykdommen (Røding et al. 2007). Spesielt kvinner føler det umulig å møte de krav som stilles av dem som kvinne og mamma. Røding m.fl. sier videre at mange opplever en tretthet som er helt overveldende og ukontrollerbar, som en følge av slaget. Tretthet og den psykiske siden generelt er et oversett fenomen hos pasienter som er rammet av slag. Det blir oftest kun fokusert på lammelser og synlige utfall etter hjerneslag (Røding et al. 2007). Vi mener at vi som sykepleiere bør møte pasienten i deres lidelse. God kommunikasjon er nevnt tidligere, men vi må huske på å se pasienten med et helhetlig blikk der vi også har fokus på den psykiske siden.

Kvigne, Kirkevold og Gjengedal (2004) har forsket på kvinnelige slagpasienter. De har funnet ut at mange sykepleiere fokuserer mer på sin praktiske dyktighet for å bedre den fysiske rehabiliteringen, og at de har mindre fokus direkte på slagpasientens opplevelse av sin egen kropp. Det er nødvendig å vise oppmerksomhet til pasienten sin opplevelse av sin livssituasjon. Dette innebærer å møte pasienten sine behov individuelt hvorvidt pasienten enten er mann eller kvinne (Kvigne, Kirkevold og Gjengedal 2004). Kvinnen vi referer til i oppgaven vår føler en oppgitthet. Hun opplever at ting hun ikke greier, som å børste datterens hår, gir henne usikre tanker om fremtiden. Hun er frustrert og sjokkert og lurar på hva fremtiden vil med henne. Vi mener at vi som sykepleiere i slike situasjoner må være der og vise pasienten oppmerksomhet. Det er viktig med forståelse i møte med pasienter med slag, og at vi er oppmerksomme på at bak diagnosen er det et menneske med behov for støtte.

Å få afasi som følge av hjerneslag har både en psykisk og en sosial konsekvens. Pasientene beskriver det og ikke kunne kommunisere som ekstremt deprimerende og frustrerende. I en studie med pasienter med hjerneslag er afasi en av tre hovedgrunner til depresjon (Åstrøm,

Adolfsson og Asplund 1993). Emosjonelle symptomer er viktige, for de er blant de mest oversette utfallene etter gjennomgått hjerneslag. Av disse forekommer depresjon hos 20-40 % av pasientene. Dette kan vise seg hos pasientene som redusert stemningsleie, tap av interesse og livsglede og økende grad av tretthet. Det å få en depresjon har negative følger for pasientens prognose (Fure 2007).

Vi mener at sykepleiere må se pasienten som en person og ikke bare som en pasient med slag. Inntrykket fra vår egen praksis er at mange sykepleiere synes dette er en tung pasientgruppe, og det kan ofte føre til at sykepleierne blir umotiverte. Vi har sett at en viktig ressurs for en slagenhet er et godt utdannet og motivert personale, som skaper motivasjon for opptrening og rehabilitering gjennom kunnskap og entusiasme. Disse vil gjøre en god jobb for pasienten.

Ser vi tilbake på avsnittet om den unge kvinnen, opplever hun en frustrasjon over ikke selv å kunne utføre oppgaver som å ta vare på seg selv, være en god mamma og å kunne planlegge framtida. Vi kan alle forestille oss hvor meningsløst dette må føles. Da må sykepleierne være der, ikke bare for å gjøre de praktiske oppgavene, men for å være et medmenneske i denne fortvilelsen. Ved å være et medmenneske og gi omsorg kan vi kanskje være med å redusere faren for depresjon. Dette mener vi er grunnleggende i å bygge et menneske- til menneske forhold. Resultater av forskning viser at mange sykepleiere møter pasienten med nærhet, stille dialog og respekt. Her kommer det igjen inn dette med å speile pasientens følelser og tolke uttrykk, og at vi som sykepleiere må tilrettelegge for åpenhet og dele følelser gjennom sansene. Dette for å oppnå tillit og at pasienten blir sett og gitt oppmerksomhet (Sundin og Jansson 2003, Sundin, Jansson og Norberg 2000). Her mener vi at ved å speile pasientens følelser, viser vi pasienten at følelsene blir gjenkjent, og at en blir respektert og er verdig oppmerksomhet. I følge Eide og Eide føles dette normalt, bekreftende og styrkende, og det gir mot og tillit til å snakke om følelsene. Dermed bidrar speiling av følelser til å klargjøre enkelte situasjoner og til større nærhet i relasjonen til hjelper (Eide og Eide 2000).

Dette er viktige tanker å ta med seg i møtet med pasienter med slag og afasi. Det kan føre til at møtet blir et godt møte for både pasient og sykepleier.

5.3 Konklusjon

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse hvordan sykepleiere kan møte pasienter med slag og afasi. Vi ville se nærmere på hvordan pasienter med slag og afasi opplever sin situasjon, hvordan vi som sykepleiere skal møte pasientene, og til slutt hvordan møte pasientene gjennom de pårørende.

Pasienter med slag og afasi opplever sin situasjon som frustrerende. De føler på en hjelpsløshet og en opplevelse av og ikke bli forstått. Man greier ikke å møte pasienten med en god kommunikasjon dersom man ikke har et blick på pasienten sin psykiske side. Pasientene med afasi lider ofte psykisk, noe som kan medføre en depresjon. Da er det viktig at vi som sykepleier møter pasienten i deres livssituasjon.

Funnene fra vår forskning sier at en bør vise nærhet og respekt for pasienten, og at gjensidig tillit er viktig når en skal bygge relasjoner og fremme god pleie. Sykepleieren må vise at hun har god tid, kunnskap og tålmodighet når hun skal kommunisere med pasienten. For å tolke hva pasienten ønsker, må sykepleieren lære seg å speile pasienten sine følelser gjennom en stille dialog.

For å møte en slagpasient med afasi er pårørende en stor ressurs som sitter inne med mye viktig informasjon. Denne informasjonen kan vi som sykepleiere dra nytte av i vårt samspill med pasienten. Pårørende trenger mye støtte og informasjon og må blitt tatt vare på i deres fortvilelse. Ved å møte de pårørende møter vi også pasienten. Pårørende må bli sett og hørt med respekt, for det er de som skal være der for pasienten i fremtiden.

Konsekvensen for praksis med hensyn til våre funn er at sykepleiere trenger god tid til å bygge relasjoner i møte med pasienter med slag og afasi. Dette gir pasienten trygghet og det skapes gjensidig tillit. Trening i å kommunisere med denne pasientgruppen er nødvendig for å oppnå tillit. Da trengs det motiverte og engasjerte sykepleiere!

Vi har funnet ut at det er lite forskning på pasienter med slag og afasi. Det er derfor behov for mer forskning for å gi mer kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan gi disse pasientene en bedre livskvalitet og mestring i sin situasjon. Men vi må ikke glemme at

dette er en vanskelig pasientgruppe å forske på, for pasienter med slag og afasi er en sårbar gruppe.

LITTERATURLISTE

Abildgaard, Ulrich. 2008. *Slagenheten ved Aker 25 år*. Oslo: Aker Universitetssykehus, http://www.aus.no/modules/module_123/proxy.asp?C=218&I=9127&D=2&mids=162 (lest 14.10.2009).

Bakas, Tamilyn, Kurt Kroenke, Laurie D. Plue, Susan M. Perkins og Linda S. Williams. 2006. Outcomes Among Family Caregivers of Aphasic Versus Nonaphasic Stroke Survivors. *Rehabilitation Nursing* 31, 1.

Bekkelund, Maria Renee. 2005. "Utsikt rundt neste sving..." <http://www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=28784> (lest 03.10.2009)

Bunkholdt, Vigdis. 2002. *Psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Burton, Christopher R. 2000. Living with stroke: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2): 301-309.

Corneliussen, Margit, Line Haaland-Johansen, Monica I. K. Knoph, Marianne Lind og Eli

Qvenild. 2006. *Afasi og samtale*. Oslo: Novus Forlag.

Cumming, Toby B., Janice Collier, Amanda G. Thrift og Julie Bernhardt. 2008. The effect of very early mobilization after stroke on psychological well-being. *J Rehabil med* 40, 609-614.

Dalland, Olav. 2000. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2000. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eknes, Jarle. 2006. *Depresjon og mani*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ellekjær, Hanne og Randi Selmer. 2007. Hjerneslag – like mange rammes, men prognosen er bedre. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 6, 127:140-3.

Forsberg, Vigdis T. 2008. *Afasiuttrykk.com*.
<http://www.afasiuttrykk.com> (lest 20-08-2009)

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur.

Franzèn-Dahlin, Åsa, Ann-Charlotte Laska, Jenny Larson, Regina Wredling, Ewa Billing og Veronica Murray. 2008. Predictors of life situation among significant others of depressed or aphasic stroke patients. *Journal of Clinical Nursing* 17(12): 1574-1580.

Frich, Jan C. og David Russell. 2007. Hjerneslag – en ny epoke. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 6, 127:719.

Fure, Brynjar. 2007. Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 10, 127, 1387-9.

Gordon, Clare, Caroline Ellis-Hill og Ann Ashburn. 2008. The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing* 65(3), 544-553.

Helse – og Omsorgsdepartementet. 2009-2010. *Tema: Helse- og omsorgspolitikken kap. 1.1 og 1.2*,
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2009-2010/prop-1-s-200920>
(lest 14.10.2009)

Håkonsen, Kjell Magne. 2003. *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Indredavik, Bent, Lena W. Lande og Kjersti Vardesberg. Red. 2004. *Når livet blir annerledes- Lærebok i rehabilitering* 125-148. Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Kristin Lund og Kaare Solheim. 2001. *Sykdomslære*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Keller, C., D. Tanner, C. Urbina og D. Gerstenberger. 1989. Psychological responses in aphasia: theoretical considerations and nursing implications. *Journal of neuroscience* 21(5), 290-294.

Khan, F. 2004. Poststroke depression. *Australian Family Psysician* 33, (10), 831-834.

Kirmess, Melanie. 2007. Constraint induced språkterapi: en introduksjon. *Norsk Logopedlag* 3.

Kitzmüller, Gabriele. 2007. Hvordan kan afasipasienters positive erfaringer i møte med helsepersonell påvirke mestring? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2:42-55.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2005. *Grunnleggende Sykepleie. Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvigne, Kari, Marit Kirkevold og Eva Gjengedal. 2004. The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses. *Journal of Clinical nursing* 14, 897-905.

Landt blom, Anne-Marie, Veronica Murray, Magnus Von Arbin, Aniko Bartfai, Krystyna Malm og Jan-Edvin Olsson. 1994. Ökad liv efter slaganfall. *Läkartidninge* 91, 41, 1075-8.

Langhorne, Peter og Alex Pollock. 2002. What are the components of effective stroke unit care? *Age Ageing* 31, 365-71.

Løkken, Gunvor og Frode Søbstad. 1999. *Observasjon og intervju i barnehagen*. Oslo: Tano Aschehoug.

Løseth, Wenche. 2007. *Tsunami i kroppen*. Ulsteinvik: Spor Forlag

- Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McKevitt, Christopher, Judith Redfern, Freda Mold og Charles Wolfe. 2004. Qualitative studies of stroke: a systematic review *Stroke*, 35, 1499-505.
- Mekki, Tone Elin og Søren Pedersen. 2004. *Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe.
- Nylenna, Magne. 2006. *Store Medisinske leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget, Aschehoug og Gyldendal Norsk Forlag.
- Næss, Halvor. 2007. Hjerneinfarkt hos unge voksne. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 6, 127, 751-3.
- Parr, Susan. 1994. Coping with aphasia: conversations with 20 aphasic people. *Aphasiology* 8, (5), 457-466.
- Pendelbury, Sarah T., Peter M. Rothwell og Ale Algra. 2004. Underfunding of stroke research: a European-wide problem *Stroke*, 35, 2368-71.
- Røding, Jenny, Ann Øhman, Jan Malm og Britta Lindstrøm. 2007. Frustrerad – En beskrivning av yngre strokepatienters opplevelser och behov. *Socialmedicinsk Tidsskrift* 84(6), 496-503.
- Rønning, Ole Morten, Lars Thommassen og David Russell. 2007. Kvalitetsindikatorer for behandling av akutt hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 9, 127:1219-23.
- Sundin, Karin og Lilian Jansson. 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.
- Sundin, Karin, Lilian Jansson og Astrid Norberg. 2000. Communication with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing* 9, 481-488.

Sundin, Karin, Astrid Norberg og Lilian Jansson. 2001. The Meaning of Skilled Care Providers` Relationships With Stroke and Aphasia Patients. *Qualitative Health Research* 11(3), 308-321.

Thommesen, Bente og Torgeir Bruun Wyller. 2007. Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 9, 127:1224-7.

Travelbee, Joyce. 2001. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tveiten, Sissel. 2001. *Pedagogikk i Sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Währborg, Peter. 1991. *Assessment and management of emotional and psychosocial reactions to brain damage and aphasia*. Kibworth: Far Communication disorders.

Wergeland, Anne, Signy Ryen, Tone Grete Olsen og Hallbjørg Almås, red. 2001. *Klinisk sykepleie, bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad*. Sverige: Studentlitteratur.

Østen, Per Egil. 2003. *Hjerneslag og psykiske forandringer*. Sinnetshelse.no. http://www.sinnetshelse.no/artikler/hjerneslag_psyk.htm# (lest 15-09-2009)

Åstrøm, Monica, Rolf Adolfsson og Kjell Asplund. 1993. Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke* 24, 976-82.

Tabell 2.

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Deltagere/ Frafall	Hovedfunn	Kvalitet
1. K.Sundin L.Jansson A.Norberg 2000 Sverige "Journal of Clinical nursing"	Communication with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words.	Få frem sykepleierens opplevelser med å kommunisere med afasipasienter	Kvalitativ studie. 10 deltagere 0 frafall	Tilrettelegge for åpenhet og god non-verbal kommunikasjon	Bra
2. T.Bakas K.Kroenke L.Plue S.Perkins L.Williams 2006 USA "Rehabilitation Nursing"	Outcomes among family caregivers of aphasic versus nonaphasic stroke survivors.	Få frem pårørendes rolle og utfordringer til afasipasienter.	Samlet data på sykehus og over tlf. 159 pårørende 6,3 % frafall	Kommunikasjonen er dårligere når pasienten har afasi, og oppgavene blir vanskeligere som gir et mer negativt resultat.	Middels
3. K.Sundin L.Jansson 2003 Sverige "Journal of clinical nursing"	Under-standing and being under-stood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia.	Få frem sykepleierens opplevelser om hvordan det er å kommunisere med afasipas.	Fenomenologisk hermeneutisk metode 5 spl 3 pasienter	Hvordan vi møter pasienten. Medvirkning er viktig.	Bra
4. J.Røding A.Øhman J.Malm B.Lindstrøm 2007 Sverige Sosial- medisinsk tidsskrift	Frustrerad – En beskrivning av yngre stroke-pasienters opplevelser.	Få et bredere underlag for å kunne belyse hvor et stort antall yngre pasienter med hjerneslag oppfatter sin kognitive og fysiske situasjon.	Kvalitativ 2 kvinner 3 menn	At unge slagpasienter opplever en stor del frustrasjon. Trøtthet er et vanlig symptom som oftest blir oversett.	Bra

5. C.Burton 2000 England "Journal of advanced nursing"	Living with stroke: a phenomenological study	Psykkiske, sosiale og emosjonelle aspektet av å blitt rammet av slag.	Fenomenologisk Metode Intervju Kvalitativ. 6 pasienter	Det er viktig og også fokusere på den sosiale delen av livet, og ikke glemme den psykiske siden.	Bra
6. K.Kvigne M.Kirkevold E.Gjengedal 2005 Norge "The nature of nursing care and rehabilitation"	The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses.	Å forske på egenskapen i sykepleien og rehabiliteringen til kvinnelige slagpasienter. Om kvinner fikk annen sykepleie siden de var kvinner.	Fenomenologisk Metode 14 spl 25 pasienter	Gjorde ingen forskjell om det var kvinner. Spl var opptatt av sine praktiske oppg. og sin dyktighet for lite oppmerksomhet til pasientens opplevelse.	Bra
7. Å.Franzèn-Dahlin A.C.Laska J.Larson R.Wredling E.Billing V.Murray 2008 Sverige "Journal of Clinical nursing"	Predictors of life situation among significant others of depressed or aphasic stroke patients.	Undersøke livssituasjonen for de slagpasientene med betydelige depresjon eller afasi-problem.	Beskrivende Kryss gjennomsnittstudie 148 pasienter	Hvor mye hjelp man trenger bestemmer pasientens livssituasjon.	Middels
8. K.Sundin A.Norberg L.Jansson 2001 Sverige "Qualitative Health research"	The meaning of skilled care providers relationships with stroke and aphasia patients.	Få frem opplevelsen av forholdet mellom sykepleier og pasient.	Fenomenologisk, hermeneutisk studie. 5 spl intervju 22 pasienter	Sykepleiere beskriver seg som likestilt med pasientene, med felles gjensidighet I en felles tilstedeværelse.	Bra
9. C.Gordon C.Ellis-Hill A.Ashburn 2008 England "Journal of advanced nursing"	The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke.	Finne ut hvordan sykepleieren og afasi-pasientene kommuniserer med hverandre.	Kvalitativ studie med observasjon og video-opptak. 14 spl 5 pasienter	Spl var mest opptatt av oppg. og ikke av pasienten. Mangler kunnskap til å kommunisere med afasi-pasienter.	Bra

