



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse- og sosialfag

4BACH

Marthe Cecilie Østgård og Camilla Lindstad Lundhaug

Veileder: Kari Johanne Kvigne

"Når ordene mangler"

"When words are missing"

Antall ord: 12811

BASY kull 123

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Tittel: "Når ordene mangler".

Hensikt: Å få økt kunnskap om hvordan en sykepleier kan motivere en afasirammet pasient til å bedre kommunikasjonsevnen, for å opprettholde livskvaliteten. Dette handler om den tiden rett etter hjerneslaget, mens pasienten er innlagt på sykehuset, og viktigheten av at arbeidet blir satt i gang i denne perioden.

Problemstilling: Hvordan kan vi som sykepleiere motivere en afasirammet pasient til å bedre kommunikasjonsevnen, for å opprettholde livskvaliteten?

Metode: Litteraturstudie. Vi har benyttet pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, skjønnlitterære bøker og forskning. Vi har hovedsakelig inkludert kvalitativ forskning, men har også inkludert en kvantitativ forskning.

Teori: Her har vi utdypet ulike områder for å kunne drøfte problemstillingen. Temaene er sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, hjerneslag, afasi, livskvalitet, samspill mellom sykepleier og pasient, kommunikasjon og motivasjon.

Konklusjon: Alle pasienter er individuelle og det er viktig at sykepleieren klarer å skape en god relasjon med pasienten før motivasjonsarbeidet kan begynne. Siden pasienter med afasi har problemer med kommunikasjonen er det viktig med alternative kommunikasjonsmetoder og ulike kommunikasjonshjelpemidler. Når pasienten opplever mestring ved å klare å kommunisere ved å benytte disse, kan pasienten føle motivasjon til å fortsette arbeidet videre med å bedre kommunikasjonsevnen. Ved å beherske kommunikasjonen bedre kan pasienten få frem sine meninger og ønsker, og dermed kan dette påvirke livskvaliteten. Vi ser viktigheten av å sette i gang tiltak allerede på sykehus, men vi har også forståelse om hvor vanskelig og utfordrende dette kan være.

Vi vil avslutte med å takke vår veileder Kari Johanne Kvigne for god hjelp og veiledning.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1.0 Innledning	4
1.1 Introduksjon	4
1.2 Problemstilling	5
1.3 Avgrensning av problemstilling	5
1.4 Oppgavens struktur	6
2.0 Metode	6
2.1 Hva er metode?.....	6
2.2 Kvalitativ og kvantitativ metode	6
2.3 Litteratursøk og valg av litteratur.....	7
2.4 Kildekritikk	11
3.0 Teoretisk referanseramme	12
3.1 Apoplexia cerebri	12
3.1.1 Årsaker	13
3.1.2 Symptomer	13
3.1.3 Behandling	14
3.2 Afasi - å mistet språket.....	14
3.2.1 Ulike typer afasi	15
3.3 Livskvalitet.....	16
3.3.1 Påvirkningen av livskvaliteten hos afasirammede pasienter.....	17
3.4 Samspillet mellom sykepleier og pasient	18
3.5 Joyce Travelbee - relasjon mellom sykepleier og pasient.....	18
3.5.1 Kommunikasjon i Joyce Travelbee sin sykepleieteori.....	20
3.6 Kommunikasjon	20
3.6.1 Kommunikasjon ved afasi	21
3.7 Motivasjon.....	22
3.7.1 Motivasjonsarbeid med afasirammede pasienter	22
4.0 Erfaringer fra praksis	24
4.1 Det grunnleggende behov.....	24
4.2 Store fremskritt.....	25
5.0 Drøfting	26
5.1 Innledning.....	26
5.2 Ulike individer, ulike behov - utviklingen av en tillitsfull relasjon	26
5.3 Å hjelpe pasienten til å snakke	28
5.4 Motivasjon til å "aldri gi opp"	32
5.5 Oppsummering	35
6.0 Konklusjon	36
6.1 Innledning.....	36
6.2 Konklusjon	37
7.0 Referanseliste	38

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

I Norge er hjerneslag en av de hyppigste dødsårsakene. Det ansees at ca 20 % dør som følge av hjerneslag og at ca 80 % av de som rammes lever med funksjonsnedsettelse etter skaden som er skjedd (Bertelsen, 2012). I Norge får ca 15 000 mennesker hjerneslag hvert år.

Hjerneslag rammer i hovedsak eldre mennesker over 65 år, men det kan også ramme yngre mennesker (Kirkevold, 2010).

Det har blitt skrevet en casestudy om en kvinne på 33 år, som heter Maria. Maria var en tidligere frisk kvinne som var glad i blant annet trening, reising og andre hobbyer. Hun var utdannet sykepleier og hadde store planer videre i livet. Brått i løpet av få minutter ble livet til Maria snudd opp ned. Hun ble rammet av hjerneslag. Hun måtte begynne den krevende prosessen med sitt nye liv med funksjonsnedsettelser etter hjerneslaget, blant annet afasi. Hun var fortsatt klar og orientert, men klarte ikke å uttrykke seg som tidligere. Livet og livskvaliteten til Maria ble påvirket av at hun hadde fått afasi (Bronken, Kirkevold, Martinsen & Kvigne, 2012). Språket er den måten man forholder seg til andre mennesker på og språket kan brukes til å skape relasjoner, noe som er viktig med tanke på å fremme sin egen identitet (Eide & Eide, 2011).

Vi valgte å ha temaet hjerneslag siden begge to har erfaring fra medisinsk avdeling på sykehuset, som er en ø-hjelpspost for blant annet hjerneslagpasienter. Vi har derfor praktisk erfaring med denne pasientgruppen og dette er et tema som vekker stor interesse i oss begge. Vi har begge sett hvordan denne sykdommen har påvirket pasientens livskvalitet og motivasjonen videre i livet. Pasienter som er rammet av afasi har gitt oss en opplevelse av hvor vanskelig det kan være å samarbeide og gi god omsorg og sykepleie når kommunikasjonen ikke fungerer optimalt.

Vi oppfatter at sykepleieren har en viktig rolle i slagrammedes rehabiliteringsprosess. Sykepleieren vil være en stor del av hverdagen til pasienter som er innlagt på sykehuset pga hjerneslag og kan derfor ha stor påvirkning på pasienten. Vi vet at pasienten senere skal på rehabiliteringsopphold for å komme seg etter hjerneslaget, men vi har valgt å fokusere på det tidsrommet da pasienten ankommer sykehuset etter hjerneslaget har inntreffet og til pasienten

reiser videre for rehabilitering. Vi har opplevd at liggetiden kan variere fra uker til måneder på sykehuset, alt avhengig av pasientens funksjonsnivå og utfall av hjerneslaget. Vi ser viktigheten av at sykepleiere skal ha kunnskap og forståelse av pasienter som har fått afasi, fordi vi allerede på oppholdet på sykehuset kan hjelpe pasienten med å finne motivasjon for å klare seg videre i livet, bedre kommunikasjonsevnen og opprettholde livskvaliteten. Den første tiden etter hjerneslaget er det viktig å redusere omfanget av hjerneskaden og forebygge komplikasjoner, samt å starte rehabiliteringsprosessen så raskt pasientens tilstand tillater det.

1.2 Problemstilling

"Hvordan kan vi som sykepleiere motivere en afasirammet pasient til å bedre kommunikasjonsevnen, for å opprettholde livskvaliteten?"

1.3 Avgrensning av problemstilling

Vi har valgt å avgrense problemstillingen vår til afasirammede pasienter, uavhengig av alder og kjønn, som er forårsaket av et hjerneslag i brocasområdet som ligger i fremre delen av venstre hjernehalvdel. Dette kalles motorisk afasi. Pasienten vil da kunne uttrykke setninger som vil være korte, hakkete og ha dårlig flyt. Pasienten vil gjenta seg selv mange ganger, samt ikke klare å uttrykke de riktige ordene den vil si. Pasienten forstår og oppfatter det som blir sagt, men klarer ikke å svare tilbake på en korrekt måte (Berentsen, 2010).

Vi som sykepleiere vil møte denne pasienten på sykehuset og vil måtte jobbe med starten av rehabiliteringen, for at pasienten skal komme seg mest mulig tilbake til sitt tidligere funksjonsnivå. Her avgrenser vi oppgaven ved at vi kun fokuserer på å bedre kommunikasjonsevnen til pasienten på grunn av at den er rammet av afasi. Vi vet at pasienter som rammes av hjerneslag ofte får andre funksjonsnedsettelse, som for eksempel halvsidig lammelse, neglekt, synstap og svelgevansker, avhengig av hvilken del av hjernen som er rammet (Bertelsen, 2012). Vi velger å ikke fokusere på dette på grunn av omfanget av oppgaven.

Når en hjerneslagpasient er innlagt på sykehuset vil det være utrolig viktig med et tverrfaglig samarbeid på tvers av faggruppene. De aktuelle samarbeidspartnerne vil være sykepleier,

doktor, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, logoped og ergoterapeut . Vi vil i denne oppgaven avgrense ved å kun fokusere på samarbeid med logoped, fordi det er logopeden som setter i gang tiltak med tanke på språk og kommunikasjon til pasienten som vi kan følge opp som sykepleiere (Cottrell & Davies, 2006).

1.4 Oppgavens struktur

Vi har valgt å dele vår oppgave inn i 6 hovedkapitler. I første kapittel tar vi for oss introduksjon, bakgrunn for tema, presentasjon av problemstillingen og avgrensning av oppgaven. Andre kapittel er der vi beskriver fremgangsmåten vi har hatt for å komme frem til relevant litteratur og forskning. Her gir vi en kort presentasjon av de forskningsartiklene vi har benyttet. Vi har også her skrevet kildekritikk for å vise at vi er kritiske i valg av kilder. Tredje kapittel er vår teoretiske referanseramme, hvor vi har skrevet all teorien som er relevant for tema og problemstillingen vår. Dette er grunnlaget for drøfting, som kommer i kapittel fem. I kapittel fire har vi valgt å ta med to eksempler fra praktisk erfaring, siden dette er relevant for oppgaven og for å styrke interessen hos leseren. I femte kapittel har vi valgt å drøfte problemstillingen opp mot teorien fra kapittel tre. Vi har delt drøftingen inn i tre underkapitler for at det skal bli mer oversiktlig og fordi det skal være en rød tråd igjennom drøftingen. Vi har avsluttet oppgaven med kapittel seks, der vi har skrevet en konklusjon. Der har vi svart på problemstillingen, ved å trekke frem det viktigste fra drøftingsdelen.

2.0 Metode

2.1 Hva er metode?

Sosiologen Vilhelm Aubert definerer metode på følgende måte: ”En metode er en fremgangsmåte, 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 av metoder” (Dalland, 2013, s.111). Med dette forstår vi at metode vil hjelpe oss i søk av litteraturen og hvordan vi kan gå til verks for å finne frem kunnskap som vil besvare vår problemstilling.

2.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Når vi får data i form av målbare enheter, kalles dette kvantitativ metode. Dette kan brukes

hvis vi vil regne ut resultater eller stille et statistisk svar. Kvantitativ metode gir presisjon, går i bredden ved at det henter inn lite opplysninger hos mange og undersøkelsen skjer uten at den som driver med forskningen har direkte kontakt med de som deltar på undersøkelsen. Dette vil si at forskeren vil ha avstand til deltakerne og se ting utenifra. Det oppstår et jeg-det-forhold (Dalland, 2013).

Hvis forskeren vil fange opp mening og opplevelse hos deltakerne, brukes kvalitativ metode. Det er fokus på følsomhet og å gå i dybden. Det er få antall deltakere, men det gis mange opplysninger om hver enkelt deltaker. Forskeren har direkte kontakt med deltakerne, ved for eksempel intervju. Meningen med kvalitativ metode er å få frem sammenheng, helhet og å anskaffe en forståelse av en situasjon. Her oppstår det et jeg-du-forhold (Dalland, 2013).

I forskningen vi har brukt i denne oppgaven har vi valgt å inkludere kvalitativ metode, siden dette brukes på litteraturstudier. Dette er nettopp som beskrevet over, fordi vi er opptatt av mening og opplevelser av ulike tema hos de pasientene som er rammet av hjerneslag og som har fått afasi. I et tilfelle inkluderte vi en kvantitativ metode fordi denne var relevant for vår oppgave.

2.3 Litteratursøk og valg av litteratur

Målet med litteratursøkingen er å fremskaffe kunnskaper om temaet vi har valgt (Dalland, 2013). Vi har valgt å bruke relevante bøker både fra pensum, selvvalgt litteratur og skjønnlitterære bøker for å skaffe informasjon og fakta til å bygge opp oppgaven. Vi har også gjort søk igjennom skolens databaser, som EBSCOhost, Oria, SveMed+ og Google Scholar. Vi har avgrenset søkene våre ved at vi har valgt fulltekstdokumenter som ikke har blitt publisert senere enn år 2000. Dette er fordi vi ønsker ny og oppdatert forskning i oppgaven vår. Forskningen har vi benyttet oss av både i teoridelen og i drøftingsdelen. Vi har brukt kunnskapssenteret sin sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning og for å finne ut om forskningen vi har funnet er relevant (Kunnskapssenteret, 2006). Vi har også benyttet oss av tidligere bachelor oppgaver som har omhandlet lignende tema. Her er en tabell som viser hvordan vi har funnet forskningen vår.

Database	Søkeord	Treff	Relevant	Inkludert	Forfatter - Tittel
-----------------	----------------	--------------	-----------------	------------------	---------------------------

SveMed+ (27.03.2014)	Kommunikasjon + Afasi	13	1	1	Mazaux, J-M., Lagadec, T., Panchoa De Sèze, M., Zongo, D., Asselineau, J., Douce, E... Darrigrand, B. - "Communication activity in stroke pasients with aphasia"
SveMed+ (27.03.2014)	Afasi	43	3	1	Nätterlund, B. S. - "A new life with aphasia: everybody activities and social support"
Oria (25.03.2014)	Berit Bronken	9	1	1	Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R. & Kvigne, K. - "The aphasic storyteller"
EBSCOhost (11.04.2014)	Motivation + Stroke	52	4	1	Northcott, S & Hilari, K. - "Why do people lose their friends after a stroke?"
Google Scholar (23.04.2014)	Underbemanning av sykepleiere	7660	1	1	Olsen, T. - Sammendrag av rapporten "Arbeidskraftreserve n blant deltidsansatte"

Google Scholar (05.05.2014)	Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke. (Fikk denne anbefalt av veileder)	3910	1	1	Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R., Wyller, T. B. & Kvigne, K. - "Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke"
Totalt		11687	11	6	

Under har vi beskrevet hver enkelt forskning som vi har valgt å benytte i oppgaven vår.

Mazaux et al., (2013) "Communication activity in stroke patients with aphasia". Hensikten med denne forskningen var å studere kommunikasjonshemninger hos pasienter som fikk hjerneslag for første gang. 164 pasienter deltok på forskningen og alle disse pasientene hadde fått afasi etter hjerneslaget. Kvalitativ metode ble brukt for å finne svaret på problemstillingen. Funnene i forskningen var at 24 % ble rammet av alvorlig afasi, 12 % moderat afasi og 64 % mild afasi. Uavhengig av alder, kjønn, utdanningsnivå, oppholdsstatus og type slag var det ingen forskjell på kommunikasjonsvanskene. Det kom frem at alle pasientene syntes det var vanskelig å kommunisere med fremmede, i telefon, ved lesing og skriving.

Nätterlund (2010) "A new life with aphasia: everybody activities and social support". Hensikten med denne forskningen var å beskrive de daglige aktivitetene og den sosiale støtten i hverdagen, til pasienter med afasi. 20 pasienter deltok i denne kvalitative forskningen. Funnene i forskningen var at pasientene måtte endre de daglige aktiviteten på grunn av kommunikasjonsproblemer og fysiske hemninger. De følte tap av venner og kollegaer. De følte de fikk god sosial støtte av familie, men lite fra myndighetene.

Bronken et al., (2012) "The aphasic storyteller". Hensikten med denne forskningen var å belyse hvordan et forhold ble etablert mellom en sykepleier og en pasient med afasi, i løpet av det første året etter hjerneslag. Dette er en casestudy og dermed en kvalitativ forskningsmetode. Funnene var at forholdet mellom sykepleier og pasient var viktig for pasientens psykiske velvære. Etablering av tillit var en viktig del av prosessen. Bruk av regneark, støttende samtaler og fokus på psykososiale emner hos pasienten hadde positiv effekt.

Northcott & Hilari (2011) "Why do people lose their friends after a stroke?" Hensikten med denne forskningen var å finne ut hvorfor pasienter som har hatt hjerneslag mister kontakten med vennene sine og hvordan dette oppleves for pasienten. 29 pasienter deltok 8-15 måneder etter de hadde hatt hjerneslag, på denne kvalitative forskningen. Funnene i forskningen var at alle pasientene følte de mistet kontakten med vennene sine, men at dette spesielt gjaldt pasienter med afasi. De fortalte at grunnen til dette var at de hadde tap av felles aktiviteter, lavere energinivå, fysiske funksjonshemninger og forandringer i miljøet. Noen hadde også opplevd negative reaksjoner fra venner, som for eksempel latter og erting. Dette førte til sosial tilbaketrekning og lavere motivasjon til å komme seg ut av hjemmet.

Olsen (2002) Sammendrag av rapporten "Arbeidskraftreserven blant deltidsansatte". Hensikten med denne rapporten var å blant annet finne ut hvor stor arbeidskraftsreserven blant sykepleiere og hjelpepleiere i sykehussektoren er, hvorfor de jobber deltid og hva som kjennetegner ansatte som ønsker å jobbe mer. Kvantitativ forskningsmetode ble brukt på 13 avdelinger fordelt på åtte sykehus i fire fylker. Funnene var at arbeidskraftreserven blant både sykepleiere og hjelpepleiere er svært liten, avhengig av hvilke fylke.

Bronken et al., (2012) "Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke". Hensikten med denne forskningen var å finne ut hvordan syv personer med afasi har opplevd å delta i en kompleks sykepleie intervensjon som var for å støtte psykososial tilpasningsprosess og fremme psykososial trivsel. Kvalitative intervjuer ble gjort på ulike tidspunkter etter hjerneslaget. Forskningen konkluderte med at å støtte den psykososiale tilpasningsprosessen og fremme psykososial trivsel ble opplevd som gunstig av deltakerne som var med på studien.

2.4 Kildekritikk

At kildene man bruker i en oppgave er godt beskrevet og begrunnet, viser oppgavens troverdighet og faglighet. De metodene som brukes for å bestemme om en kilde er troverdig kalles kildekritikk. Kildekritikk er å vurdere og karakterisere kildene. Det er viktig å kunne lukke ut spekulasjoner. Kildekritikk har to sider, den første er kildesøking som handler om å finne frem litteraturen til temaet vårt. Den andre handler om å utdype og beskrive litteraturen som ble brukt (Dalland, 2013).

Vi vil videre beskrive hvilke kriterier vi har brukt for å velge ut kilder og vise at vi har vært kritiske mot det kildematerialet vi har brukt.

Pensumlitteratur har vi brukt, fordi pensum knytter oss til sykepleiestudiet og har gitt oss en oversikt over de mest brukte forfatterne innenfor sykepleien. Pensumlitteraturen blir beskrevet som ikke tilstrekkelig litteratur til en større oppgave, på grunn av at de ofte er informerende tekster. Med dette menes at man får en overordnet oversikt over temaet, men pensumlitteraturen går ikke alltid like grundig til verks (Dalland, 2013).

Vi har sett på biblioteket på høgskolen og i referanselistene på tidligere bachelor oppgaver med lignende tema og plukket ut bøker utenfor pensumlitteraturen som vi syntes har vært relevante for vår oppgave. Her har vi passet på at vi har valgt den nyeste utgaven av boken, siden disse bøkene vil være de som nylig ble oppdatert. Det negative ved dette er at noen av bøkene er på engelsk og de kan fort bli mistolket pga språkutfordringer. Noen av bøkene har ukjente forfattere som vi ikke har noe kjennskap til fra før.

Tidsskrift har vi brukt fordi igjennom dette kan man følge med i den løpende fagutviklingen og alltid holde oss oppdatert. Disse søkene blir gjort i spesielle databaser. Kvaliteten på tidsskrifter blir sikret av redaksjoner (Dalland, 2013). Når vi søker etter tidsskrift er det viktig at vi linker det opp til sykepleie siden det er dette oppgaven handler om og holder oss unna andre fagfelt.

Forskning vil gi kunnskap på konkrete områder og det er ofte offentlige myndigheter og private aktører som har gitt det i oppdrag (Dalland, 2013). Brian Haynes har laget "S-modellen", som er en pyramide som viser ulike kunnskapskilder. Den forskningsbaserte kunnskapen er bedre kvalitetsvurdert jo hører opp i pyramiden man kommer. Vi har brukt

denne pyramiden som hjelpemiddel får å finne best mulig kvalitetssikret forskning (Nortvedt, Jamtvedt, Graveholt & Reinart, 2007). I noe av forskningen vi har benyttet er vår veileder medforfatter. Dette kan på den ene siden ha ført til at vi ikke har gått i bredden på teamet, men på den andre siden så vet vi at hun er en del av et team som har jobbet mye med slagrammede pasienter og at de har gitt ut relevant forskning for vår oppgave.

Skjønnlitterære bøker beskriver og gir mange eksempler som kan gi oppgaven en drivkraft, spenning og et aspekt (Dalland, 2013). Vi har valgt å bruke to slike bøker for å få eksempler fra mennesker som har opplevd situasjoner som kan sammenlignes med oppgavens problemstilling. Simonsen (1995) sin bok "Et liv etter slaget. En slagpasients beretning" og Nonseid (2000) sin bok "Etter slaget. Om å være pasient og helt menneske, men en alvorlig diagnose", er de vi har benyttet oss av i oppgaven. Vi har valgt å dra inn disse i drøftningsdelen for å få frem følelser og erfaringer fra mennesker som har gjennomgått hjerneslag og har opplevd situasjoner som vi kan lære av.

3.0 Teoretisk referanseramme

3.1 Apoplexia cerebri

Hjerneslag, også kalt *apoplexia cerebri*, er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge. 20 % av de som rammes av hjerneslag dør (Bertelsen, 2012). De fleste som rammes av hjerneslag er over 65 år og kjønnsfordelingen er jevn (Kirkevold, 2010). I 85 % av tilfellene ved hjerneslag er det et hjerneinfarkt, som vil si en trombedannelse som blokkerer for blodtilførselen og oksygentilførselen til hjernen (Bertelsen, 2012). En trombe dannes ved at et aterosklerotisk plakk løsner og følger blodbanen videre. Ved hjerneinfarkt skjer dette i de store arteriene som går til hjernen (arteria carotis interna og arteria vertebralis). Når dette skjer aktiveres trombocytter og koagulasjonsfaktorer, som gjør at det blir trangt og tromben stopper opp og blokkerer blodbanen helt eller delvis. Dette resulterer i dårlig blodtilførsel og oksygentilførsel (Ørn, 2012). De resterende 15 % av tilfellene av hjerneslag kommer av hjerneblødning, som vil si at et intracerebralt kar sprekker spontant. Det kan enten være en styrtblødning eller det kan være skade på en årevegg slik at det pipler blod over lengre tid (Bertelsen, 2012).

Ved hjerneslag er det skade på hjernevevet på grunn av at blodtilførselen til hjernen har opphørt. Dette gjør så hjernen ikke får oksygen eller glukose, noe den er avhengig av for å fungere optimalt. Uten oksygen og glukose dør hjernevevet i løpet av få minutter. Det er omfanget og plasseringen til skaden som er avgjørende for hvordan utfallet blir for pasienten (Bertelsen, 2012). Det er hjerneblødning som har alvorligst prognose. Skade i hjernens blodkar kan forekomme i alle aldersgrupper, men er mest utbredt hos eldre pasienter (Dahl, Lund, Bjørnstad & Russell, 2010). Hjerneslag er oftest akutt men kan utvikle seg over timer. Når det utvikler seg over timer kalles det TIA (transitorisk iskemisk attack). Når det er et TIA-anfall vil symptomene forsvinne innen 24 timer (Kirkevold, 2010) .

3.1.1 Årsaker

Årsaker til hjerneslag er aterosklerose i de store arteriene som går til hjernen og dette skjer i 50 % av tilfellene (Bertelsen, 2012). Aterosklerose er plakk som utvikler seg over mange år, før det gir noen symptomer. Det skilles mellom stabilt plakk som er dannet av kalk og fibrøst materiale og ustabil plakk som er lipidholdige celler, hematomer og inflammatoriske celler (Dahl et al., 2010). Aterosklerose i de mindre arteriene og emboluser fra hjertet utgjør 20-25 %. Resten kan komme av infeksjoner, hematologiske sykdommer, metabolske sykdommer, immunologiske sykdommer og bivirkninger av legemidler. Risikofaktorer for hjerneslag er høyt blodtrykk, alder, fysisk inaktivitet, atrieflimmer, røyking og diabetes (Bertelsen, 2012).

3.1.2 Symptomer

Symptomene på hjerneslag kommer an på størrelsen og hvilken del av hjernen som er rammet. Symptomene kan variere og noen ulike symptomer er halvsidig lammelse, sensibilitetsforstyrrelser, afasi, høyt blodtrykk, ukontaktbar/bevisstløs, kvalme/brekninger, ulike størrelse på pupillene, lysskyhet, cheyne-stokes respirasjon, kramper og høyt eller lavt blodsukker (Bertelsen, 2012).

En huskeregel ved mistanke om noen har fått hjerneslag er F A S T symptomene.

F: facialparese

A: armparese

S: synstap

T: taleproblemer (Bertelsen, 2012).

3.1.3 Behandling

Det viktigste ved behandling av akutt hjerneslag er å gjenopprette blod- og oksygentilførselen til hjernen, slik at minst mulig hjerneceller dør. Ved trombedannelse vil pasienten trenge trombolysebehandling. Trombolysebehandlingen har som mål å gjenopprette blodtilførselen og løse opp tromben. Dette bør gjøres innen 3 timer etter symptomstart. Jo forttere man kommer i gang med behandlingen, jo mindre funksjonsnedsettelse vil oppstå. Ved mistanke om hjerneslag må pasienten til sykehuset fortrest mulig (Kirkevold, 2010). Når pasienten kommer til sykehuset skal det tas Cerebral CT eller Cerebral MR. Dette vil kunne gi en indikator på om hjerneslaget er forårsaket av hjerneinfarkt eller hjerneblødning. Dette har mye å si for behandling som skal iverksettes (Dahl et al., 2010). Det er viktig å også ha fokus på pasientens væskebalanse, oksygenivå, stabilt blodtrykk, unngå feber og optimalt glukosenivå. Når den akutte fasen er over må mye av fokuset rettes på ernæring, per os eller sonde, og funksjonsnedsettelsene som har kommet etter hjerneslaget (Kirkevold, 2010).

3.2 Afasi - å mistet språket

Kunnskaper og ferdigheter om hvordan vi kan bruke språket, får vi gjennom hele livet via morsmålet. Forstyrrelser av dette systemet kalles afasi. Afasi kommer av det greske ordet "aphasia", som betyr tap av taleevne. Vanligste årsaken til afasi er hjerneslag på venstre hjernehalvdel og dette kan komme av både tromber og hjerneblødning (Qvenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph & Lind, 2010). Venstreside hjerneskade rammer oftere menn enn kvinner. Afasi rammer oftest eldre pasienter, men noen yngre rammes også. Barn vil få nedsatt språkevne, men ikke like store konsekvenser som hos eldre siden språkevnen dems ikke er ferdig utviklet (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud, 2007).

Uavhengig av alder, kjønn, utdanningsnivå og type slag er det ingen forskjell på kommunikasjonsproblemene ved afasi, viser en studie gjort av Mazaux et al., (2013). Dette vil si at uansett hvem person som rammes av hjerneslag, vil de ha samme funksjonsnedsettelse med tanke på kommunikasjonen, hvis omfanget av hjerneslaget er like stort hos begge. Her ser vi at forskning viser at uavhengig av kjønn, alder og utdanningsnivå er det ingen forskjell på pasientens funksjonsnedsettelse, når slaget har like stort omfang.

Etter at Maria ble rammet av hjerneslag og fikk afasi, så Maria på seg selv som et knust speilbilde. Med dette mente Maria at på grunn av språk og kommunikasjonsvansker følte Maria at hennes selvbilde hadde gått i tusen biter (Bronken et al., 2012).

3.2.1 Ulike typer afasi

Afasi er skade i hjernens språkområde og det kan ramme i forskjellige steder i hjernen. Vi kan dele afasi inn i tre (Berentsen, 2010).

Motorisk afasi er skade i brocasområdet i fremre delen av venstre hjernehalvdel. Dette vil påvirke pasienten ved at pasienten vil forstå og oppfatte det som blir sagt, men klarer ikke å svare tilbake ved å bruke de riktige ordene. Pasienten vil si korte setninger som vil ha dårlig flyt, være hakkete og ha mange gjentakelser (Berentsen, 2010).

Sensorisk afasi er skade i wernickesområde i venstre tinninglapp. Dette vil gjøre så pasienten får dårligere forståelse av det den ser, hører og leser. Pasienten vil snakke flytende men mister evnen til å sette sammen ord. Ordene vil bli uttalt korrekt men uten sammenheng (Berentsen, 2010).

Den siste er global afasi som er skade i begge språksentrene. Dette vil da si at alle språkfunksjoner er redusert. Pasienten vil ha vanskeligheter med å forstå setninger og dens egen tale vil være uforståelig og kun få ord vil være korrekte (Berentsen, 2010).

3.3 Livskvalitet

Ordet livskvalitet ble introdusert i 1970- og 1980- årene. I de senere årene har det blitt mer fokus på livskvalitet og velvære i sykepleien. Dette er trolig på grunn av at flere blir eldre og flere lever med en kronisk sykdom. Helbredelse er da ikke det store målet med sykepleien, men det at pasientene har det så godt som mulig og har best mulig livskvalitet. Dette må jobbes med ut ifra de begrensningene de har som utfall av sykdommen. Sykepleiere må ha kunnskap om hva livskvalitet og økt velvære er, ellers vet de ikke hva de skal hjelpe de ulike pasientene med for å oppnå dette. Det er ikke sykdommen i seg selv som skal danne utgangspunktet for sykepleien, men pasientens reaksjon på sykdommen, symptomer, undersøkelser og behandling. Dette fører da også til at pasientens ressurser blir brukt (Rustøen, 2011).

Mestring er et av de mest sentrale begrepene i sykepleiefaget, fordi det er avgjørende for resultatet. Dette gjelder både i den forebyggende, behandlende og rehabiliterende fase (Knutstad, 2010). Generelle sider ved mestring er uttrykk som å klare seg, å greie seg og å få til noe. Motsetningen til generelle sider er spesielle sider, som er når mennesker er i situasjoner som er så krevende at de ikke klarer å mestre dem. Dette kan eventuelt skje ved sykdom, som for eksempel hjerneslag (Reitan, 2010). Mestring hos pasienten vil bidra til trivsel og med andre ord livskvalitet og velvære (Knutstad, 2010).

Livskvalitet har flere definisjoner, men vi skal her nevne tre ulike definisjoner fra ulike helsepersonell, for å få en bedre oversikt. Wladyslaw Tatarkiewicz var en polsk filosof som mente at livskvalitet har med hele livet å gjøre og varigheten på livskvaliteten har stor betydning. Det holder ikke å være lykkelig og være fornøyd med livet i perioder. Siri Næss er en norsk psykolog og mener at livskvaliteten til pasienten er høy hvis de kognitive og affektive opplevelsen er positive, og lav hvis disse opplevelsen er negative. Hun mener at livskvalitet er det å ha det godt ved å ha positive vurderinger og gode følelser av eget liv. Carol E. Ferrans er en amerikansk sykepleier som mener at livskvalitet handler som personens følelse av tilfredshet. Det er den enkeltes pasient sin opplevelse og mening om hva som er et godt liv som er viktig (Rustøen, 2011).

I dag er det enighet om at livskvalitet er et subjektivt begrep. Dette inneholder fysiske, psykiske og sosiale aspekter og det handler om hvordan den enkelte pasienten har det. For å

kartlegge pasientens livskvalitet har det ofte blitt brukt spørreskjema som pasienten fyller ut selv. På den måten kan pasientens egne erfaringer og meninger komme frem (Rustøen, 2011).

3.3.1 Påvirkningen av livskvaliteten hos afasirammede pasienter

Afasi har store konsekvenser for en pasient, siden språket er viktig for kommunikasjon med andre mennesker. Dette går ut over hverdagslivet og det sosiale og mange isolerer seg derfor hjemme. Pasienten kan fort gi opp på grunn av manglende evne til å forstå og uttrykke seg (Berentsen, 2010). Det blir store forstyrrelser i hverdagen til pasienter som har fått afasi og dette påvirker livskvaliteten. Psykososiale problemer som påvirker livskvaliteten kan være angst, depresjon, endringer i relasjoner, redusert sosialt nettverk og sosial isolasjon (Bronken et al., 2012).

Afasi vil by på brå og store dramatiske forandringer til både pasienten selv og de pårørende. Det er språket som knytter oss sammen og har stor betydning for vår tilværelse. Vi bruker språket til å uttrykke, motta ideer og følelser, utveksle kunnskap, erfaringer og å skape mellommenneskelige relasjoner. Vi ser her at språket betyr mye for oss og at afasi oppleves som en alvorlig funksjonshemming. Det er viktig å understreke at pasienten ikke har mistet språkevnen, men at evnen til språk og kommunikasjon er hemmet (Bakken, 2010).

Hver enkelt person definerer sin egen livskvalitet. Dette kommer ann på livssituasjonen, arbeidsoppgaver og erfaringer. Språket og kommunikasjonsnivået vil påvirke livskvaliteten til enhver. Det vil påvirke det sosiale nettverket, aktiviteter, personlige forhold og miljømessige faktorer. Det er viktig for en sykepleier å gi afasirammede pasienter kunnskap om språk og kommunikasjon, med dette menes at man kan kommunisere på mange andre måter enn kun med ord. Pasienten må få kunnskaper om afasi og hvilke utfordringer dette kan by på med tanke på språket og hjelpe den afasirammede med å skifte syn fra det negative ved afasi, til det positive, altså det pasienten kan få til. Det er viktig at pasienten ser muligheter og ikke begrensninger (Berg, 2010).

Afasirammede pasienter må justere sin livsstil og lære seg å takle begrensninger på aktivitetsnivået på grunn av sin funksjonshemming. 20 personer med afasi beskrev sin opplevelse ved at de følte seg hindret i aktiviteter på grunn av kommunikasjonsproblemer. De følte tap av venner og kollegaer, som igjen førte til ensomhet. Pasientene følte de fikk god støtte fra familien, men lite støtte fra myndighetene (Nätterlund, 2010).

3.4 Samspillet mellom sykepleier og pasient

Sykepleieren skal ha fokus på den enkeltes opplevelse av å være syk og dekke de grunnleggende behov. Sykepleieren arbeider ut i fra kunnskap, verdier og praktisk erfaring. Dette utgjør det profesjonelle skjønnet (Holter, 2011). Joyce Travelbee mener at evnen til å bruke seg selv terapeutisk kjennetegner den profesjonelle sykepleieren. Når sykepleieren bruker sin egen personlighet og kunnskaper for å skape forandring hos den syke, ved å lindre plager, bruker sykepleieren seg selv terapeutisk. Dette er et viktig steg for å skape en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten. Hvis sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk må sykepleieren ha innsikt i hvordan det er å være et menneske. Ved å arbeide terapeutisk jobber sykepleieren ut i fra både kunnskap og hjertet, men det er viktig at det ikke forveksles med vennlighet (Travelbee, 2011).

Pasienter er forskjellige og har ulike meninger og syn på forholdet de vil ha til sykepleieren. Noen forteller at tillitsforhold har stor betydning og at sykepleieren har godt humør. Andre forteller at de vil ha en avstand til sykepleieren, fordi de mener at sykepleieren er på jobb og skal hjelpe dem. Noen mener at sykepleieren kun skal være opptatt av sine arbeidsoppgaver for å ivareta de grunnleggende behov, mens andre vil at sykepleieren skal vise sympati ved å for eksempel gi klemmer og bruke vennlige ord som "kjære deg". Sykepleierne må vite at sykedomsopplevelse og avhengighet ikke alltid er en byrde, men også en takknemlighet for å få hjelp og støtte for å føle mestring når livet har blitt endret. Via erfaringen hvor sykepleieren møter mange ulike pasienter, vil sykepleieren ha mer kunnskap om at alle pasienter er ulike og trenger ulik tilnærming (Grov, 2011).

3.5 Joyce Travelbee - relasjon mellom sykepleier og pasient

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee sin teori på grunn av hennes fokus på sykepleierens mellommenneskelige forhold og relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. En av de viktigste begrepene i teorien hennes er kommunikasjon og det er noe som er sentralt i vår oppgave. Hun mener at det viktigste redskapet sykepleieren har er kommunikasjon fordi det er viktig med tanke på å klare å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse og å finne en mening. Et menneske-til-menneske-forhold blir etablert via kommunikasjon mellom sykepleier og pasient og dette blir en utfordring med tanke på vår problemstilling.

I 1926 ble Joyce Travelbee født i USA. Hun var ferdig utdannet sykepleier i 1946. Hun jobbet som psykiatrisk sykepleier og lærer for utdanning av sykepleiere. I 1971 startet Travelbee med et doktorgradsprogram i Florida, som hun aldri fikk gjort ferdig siden hun døde to år senere i 1973. *Interpersonal Aspect In Nursing* er boken Travelbee er mest kjent for og den ble gitt ut i 1966. Denne boken handler om sykepleierens mellommenneskelige forhold. Hovedfokuset i boken er relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. I Travelbee sin teori legger hun vekt på at mennesket er et individ som er forskjellige fra hverandre. Hun mener også at individet er i konstant endring og utvikling. Hun mener at sykepleie er et middel for å hjelpe mennesker og ikke et mål i seg selv (Travelbee, 2011).

Travelbee har laget en definisjon av sykepleie:

"Sykepleie er en mellom-menneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et annet samfunn i å forebygge eller mestre erfaring med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene" (Travelbee, 2011, s. 29).

Her ser vi at Joyce Travelbee sin definisjon passer med vårt tema. Det å hjelpe en slagrammet pasient med afasi vil si at sykepleieren vil hjelpe og motivere pasienten til å gjenvinne språket. Når pasienten føler at han kan mestre språket, kan dette også føre til mestringsfølelse i hverdagen.

De viktigste begrepene i teorien til Travelbee er mennesket som individ, lidelse, mening, mennesket-til-mennesket-forhold og kommunikasjon. For Travelbee er det ikke diagnosen som er det viktigste for sykepleieren å forhold seg til, hun mener at det er opplevelsen pasienten har av sin sykdom og lidelse (Kirkevold, 2012). Sykepleieren vil hjelpe individet, familien eller samfunnet med å forebygge sykdom, lidelse og funksjonssvikt, og samtidig opprettholde høyest mulig god helse (Travelbee, 2011).

For å skape et menneske-til-menneske-forhold er det viktig at sykepleieren og individet ikke oppfatter hverandre som "sykepleier" og "pasient". Travelbee mener at sykepleier-pasient-forholdet ikke klarer å nå helt fram til hverandre og at det er først når den ene oppfatter den andre som et menneske at det oppstår nær kontakt mellom partene. Det er ved menneske-til-menneske-forholdet at sykepleieren kan oppfylle hensikten og målet - det å hjelpe individet.

Hensikten er det sykepleieren sier, gjør, gjør for og sammen med den syke og målet den grad den syke har fått hjelp til sykdom og lidelse. Det er viktig at sykepleieren ikke tror at menneske-til-menneske-forholdet kommer automatisk, men at dette bygges over tid og i samhandling med den syke. For å bygge opp et menneske-til-menneske-forhold har Travelbee nevnt fire viktige faser. Disse fasene er innledende møte, framvekst av identiteter, empati og sympati/medfølelse (Travelbee, 2011).

3.5.1 Kommunikasjon i Joyce Travelbee sin sykepleieteori

Som nevnt var kommunikasjon et av de viktigste begrepene i teorien til Travelbee. Dette mener hun fordi kommunikasjon er det viktigste redskapet som sykepleieren har. En forutsetning for å kunne hjelpe individet til å mestre sykdom og lidelse og å finne mening, er kommunikasjon. Det er via kommunikasjonen det blir etablert et menneske-til-menneske-forhold. Det å finne frem til individets behov er hensikten med kommunikasjonen, som kan foregå verbalt og non-verbalt. Det som Travelbee mente kunne føre til en dårlig kommunikasjon mellom sykepleieren og individet er for eksempel hvis individet ikke ble oppfattet som et menneske eller at individet ikke får uttrykket sine meninger og ønsker igjennom kommunikasjonen (Kirkevold, 2012). Kommunikasjonen mellom sykepleieren og individet foregår gjennom samtale og når de er tause. Kommunikasjonen foregår fra begge, både bevisst og ikke bevisst. Den foregår gjennom utseende, adferd, uttrykk, holdninger og manerer. Dette hjelper sykepleieren å bli kjent med individet og å skape et menneske-til-menneske-forhold. Det er viktig at sykepleieren forstår det individet sier og bruker denne informasjonen, og dermed vil individets behov for sykepleie bli tilfredsstilt (Travelbee, 2011).

3.6 Kommunikasjon

Det er fra det latinske ordet *communicare* begrepet kommunikasjon kommer fra. Dette betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i og ha forbindelse med. Definisjonen på kommunikasjon er å utveksle meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. De som er i et kommunikasjonsforhold står i et gjensidig påvirknings- og utvekslingsforhold til hverandre. Budskapet i en samtale kan bestå av ulike tegn og signaler, som både er verbale og nonverbale (Eide & Eide, 2011).

3.6.1 Kommunikasjon ved afasi

For å få til en god kommunikasjon og dialog med en afasirammet pasient kreves det både kunnskaper om pasienten, evnen til å leve seg inn i pasientens situasjon og ferdigheter innenfor ulike kommunikasjonsstrategier. Det kreves tålmodighet, vise interesse, forståelse og aktiv lytting. Kommunikasjonen kan by på mange problemer og det store spørsmålet er hva en sykepleier kan gjøre når man ikke kan bruke verbalt språk. Når verbalt språk ikke kan benyttes, må vi ta i bruk nonverbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon er viktig i samarbeid med den afasirammede pasienten. God relasjon mellom pasient og sykepleier er veldig viktig. Ulike måter nonverbal kommunikasjon foregår på er via ulike kommunikasjonshandlinger. Dette er blant annet kroppslige uttrykk, bevegelser, ansiktsuttrykk, mimikk, stemmebruk og berøring (Eide & Eide, 2011).

Når pasienten forstår men ikke kan svare, vil det være viktig for sykepleieren å spørre, lytte og vente. Med dette menes spørre enkle spørsmål hvor pasienten kan svare med kroppslig språk (for eksempel nikke med hodet). Samtidig er det viktig at sykepleieren aller helst sprer et budskap om gangen, med andre ord stiller et spørsmål om gangen og gir pasienten tid og rom til å svare på det som pasienten blir spurt om. En kommunikasjonsteknikk er å " snakke for pasienten", med dette menes ikke å overkjøre pasienten hvor vi fullfører pasientens setninger, men å ha veiledende spørsmål uten mange alternativer. Et eksempel på dette er: "vil du ha kjøtt til middag?" i stedet for å spørre "vil du ha kjøtt eller fisk til middag?". Viktigheten med å lytte og ha tålmodighet ovenfor pasienten er sentralt fordi pasienten ikke skal føle seg overkjørt eller ikke får tid til å uttrykke det pasienten ønsker. Det er viktig at sykepleieren bremser og setter ned farten på dialogen (Eide & Eide, 2011).

Mazaux et al., (2013), gjorde en studie med 164 førstegangs slagpasienter som ble rammet av afasi. Denne studien viste at samtlige afasirammede hadde spesielt vanskeligheter i samtale med fremmede, over telefon, ved lesing og skriving. Studien ble utført for å få dokumentert afasirammedes vansker med kommunikasjonen og dermed få dette høyere prioritert ved rehabilitering. Det er viktig at sykepleieren hjelper pasienten med trening i forhold til å bruke språket og oppmuntre pasienten til å snakke, selv om dette kan være vanskelig og utfordrende for pasienten (Eide & Eide, 2011). En metode som kalles "Støttet samtale for voksne med afasi", er et redskap som ble utarbeidet av logoped Aura Kagan m. fl. Dette redskapet har som mål å fokusere på de kognitive og sosiale ferdighetene som pasienten har og hjelpe

pasientene med å få frem personlighet, vilje og kunnskap. I arbeidet med "Støttet samtale" brukes et hjelpemiddel som kalles "Illustrert kommunikasjonsmaterieell" (IKM). Hensikten med dette hjelpemiddelet er å hjelpe pasienten å kommunisere bedre med andre mennesker ved hjelp av tegninger, tekst og instruksjoner (Statlig spesialpedagogisk tjeneste, 2011). Bronken et al. (2012) benyttet "Støttet samtale" i en forskning med afasirammede pasienter og hadde god effekt av denne ved at de fikk frem pasientenes opplevelser og følelser, noe som pasientene hadde behov for. Andre ulike hjelpemidler som kan benyttes for tale- og språktrening med afasirammede pasienter er et symbolsystem, som for eksempel kan være et dataprogram, skrevne ord, grafiske symboler eller piktogram. Hjelpemidlene blir rangert etter no-tech, low-tech og high-tech etter hvor avansert hjelpemidlet er (Kulø, 2010). I en kvalitativ forskning på syv personer med afasi, nevnte pasientene et stort behov for å snakke om det de hadde gjennomgått og opplevelser rundt den nye livssituasjonen. De kommuniserte ved å bruke verbal og nonverbal kommunikasjon, skrivning, tegninger og illustrerte materialer (Bronken et al., 2012).

3.7 Motivasjon

En tilstand som gjør at et menneske gjør en aktivitet og holder den ved like, kalles motivasjon. Det er en følelse av at man har lyst til å utføre noe. Mennesker som er motiverte er målrettede, engasjerte og utholdende. Det skilles mellom ytre og indre motivasjon. *Ytre motivasjon* er at menneske blant annet får ros, gode karakterer eller annen belønning av å utføre en handling. Motivasjonen ligger utenfor selve aktiviteten som gjøres. *Indre motivasjon* er interessen for en aktivitet. Dette drives mer av at pasienten får en indre glede og blir ikke drevet av en belønning, men fordi pasienten selv har lyst. Det er viktig å sette delmål for å føle mestring av oppgaver, slik at pasienten føler den opprettholder motivasjonen. Oppgavene bør være utfordrene, men realistiske (Manger, 2012).

3.7.1 Motivasjonsarbeid med afasirammede pasienter

Sykepleieren bør informere pasienten om at fokuset i rehabiliteringsfasen er å jobbe for å bli bedre, så langt det er mulig. Det er mulig at pasienten må lære seg nye måter å gjøre gamle ting på. Sykepleieren må motivere pasienten til å blant annet prate med logoped, som en del av rehabiliteringsprogrammet. Logopeden har som oppgave å hjelpe pasienten med blant annet talevansker. Logopeden kan hjelpe pasienten ved å finne alternative kommunikasjonsmetoder, for eksempel ved å skrive og tegne, bruke bilder, kroppsspråk og gi

pasienten mye tid. Det er viktig at logopeden hjelper pasienten med å finne ut ting som den kan gjøre, framfor ting pasienten ikke kan gjøre. Logopeden setter i gang tiltak som det er viktig at sykepleieren følger opp, slik at pasienten har kontinuitet av tiltakene som blir satt i gang og dermed har større sjanse for å lykkes (Cottrell & Davies, 2006).

Det er viktig å kunne være ærlig med pasienten og fortelle om at noen blir på sykehuset i noen uker, mens andre i flere måneder. Sykepleierne må snakke med pasienten om at noen dager er tyngre enn andre og humøret, samt motivasjonen vil svinge fra dag til dag. Opptreningen er vanskelig for alle og effekten varierer fra pasient til pasient (Cottrell & Davies, 2006).

Helse- og sosialarbeidere er pedagoger fordi de daglig utøver pedagogisk arbeid. Dette vil si at vi for eksempel prøver å bidra til at den andre ser sine egne ressurser. Målet til helse- og sosialarbeidere er å hjelpe mennesker som har det vanskelig og er i en vanskelig situasjon, til å mestre hverdagen og livet. utfordringer her kan være å få pasienten til å forstå hva som har skjedd og forstå hvor mye hjelp de trenger for å klare å håndtere situasjonen de har kommet opp i. Her er motivasjon viktig (Dalland, 2010). Empowerment er et begrep som sees å være noe godt fordi det inneholder ordet power som betyr styrke, kraft og makt. Det å ha styrke, kraft og makt over eget liv kan blant annet ha innvirkning på selvtilliten, den sosiale støtten, delaktigheten, egenkontrollen og samarbeid og deltakelse (Askheim & Starrin, 2010). Empowerment får pasienten ved at fagfolk og helsepersonell overfører kunnskaper til pasienten (Rønning, 2010).

Det er lett å tenke at jo bedre pasienten forstår sin egen situasjon, jo mer motivert og villig er pasienten til å gjøre en innsats. Så lettvent er det ikke. Noen pasienter kjenner konsekvenser, men velger enda å ikke følge råd som gis. Når pasienten får gode tilbakemeldinger, blir motivasjonen større og pasienten får mer mot til å gå videre. En negativ tilbakemelding kan ha motsatt effekt (Dalland, 2010).

Hvordan følelser, tanker og ny kunnskap kan gi ny giv til de handlingene som gjøres, kalles motivasjon. Når det gjelder sykepleieren er det viktig å finne ut hva pasienten føler som motivasjonen videre og hva som får den til å stoppe opp og bli demotivert (Dalland, 2010). Det er viktig at sykepleieren motiverer og oppmuntrer pasienten til å prøve å uttrykke seg og

aldri gi opp. Grunnen til dette er fordi afasirammede pasienter ofte føler håpløshet over at de ikke får til og velger da å isolere seg. Dette igjen medfører at pasienten føler ensomhet, noe som ikke er ønskelig (Eide & Eide, 2011).

Det er ulike punkter som sier noe om hvordan pasienten kan få motivasjon og vil ha ansvar for egen mestring. Det første punktet handler om at pasienten skal vite hvordan behandlingen skal foregå og at det kan ta tid for å nå målet. Punkt nummer to går ut på å gi pasienten kunnskap, veiledning og kontakt med personer i samme situasjon. Punkt tre er det at behandlingen skal foregå på pasientens premisser, det vil si når pasienten føler seg mest opplagt, våken og klar og motivert. Det er viktig at sykepleien ikke har målet med behandling i hodet, men forteller pasienten om tankene videre slik at pasienten har noe å strekke seg etter og at pasienten kan få utbytte med tanke på livssituasjonen sin senere. Pasienten må få informasjon om at læring er en krevende arbeidssprosses og at det kan gå lang tid uten framgang (Dalland, 2010).

Det er kjent at pasienter mister venner etter gjennomgått hjerneslag, men hvorfor dette skjer er det også viktig å vite noe om. Northcott & Hilari (2011) gjorde en forskning på dette området og målet var da å finne ut hvorfor pasientene mister kontakten med sine venner. 29 deltagere deltok 8-15 måneder etter gjennomgått hjerneslag. Det kom frem at afasi er en stor grunn til at de mister kontakten med vennene sine. Andre faktorer var tap av felles aktiviteter, redusert energinivå, fysisk funksjonshemming og miljøet. Pasientene trakk seg tilbake fra det sosiale og ville kun ha kontakt med nær familie. Venner er en viktig faktor for motivasjonen til pasienten for å komme seg ut av huset og å ikke bli sosialt isolert, men enkelte hadde opplevd negative reaksjoner fra venner der de følte de ble latterliggjort og ledd av. Derfor var motivasjonen lav for å opprettholde vennskapet og jobbe videre med opptreningen.

4.0 Erfaringer fra praksis

4.1 Det grunnleggende behov

Som sykepleierstudenter var vi begge i praksis på en medisinsk avdeling på sykehus. Der møtte vi en afasirammet pasient, som var rammet i brocasområdet i hjernen. Pasienten var en kvinne i slutten av 60 årene som var lagt inn på sykehuset for behandling av en annen sykdom. Pasienten klarte ikke å uttrykke seg korrekt, men hun forstod hva vi spurte henne

om. Hun var klar og orientert. Under morgenstellet ble pasienten veldig urolig. Vi så at hun prøvde iherdig å fortelle oss hva som var galt og at hun trengte hjelp. Hun pekte ut i gangen og snakket usammenhengende. Vi spurte pasienten en rekke ja eller nei spørsmål, slik at hun kunne svare med å nikke eller riste på hodet. Når vi spurte om ulike ting som var feil, for eksempel om hun hadde smerter eller var tørst, økte frustrasjonen hos pasienten. Vi så tydelig at det var noe som hastet. Hun ga til slutt opp med å prøve å få oss til å forstå hva som var problemet. Da gikk en av oss å hentet en sykepleier som kjente pasienten fra før. Hun ble med oss inn på rommet og skjønnte raskt at det pasienten ønsket var å komme på toalettet. Vi så begge to lettelsen i øynene til pasienten når hun endelig ble forstått. Etter hendelsen reflekterte vi over hvor hjelpeløs man føler seg når kommunikasjonen svikter og vi ikke klarer å hjelpe pasienten med de grunnleggende behovene.

4.2 Store fremskritt

En av oss hadde en pasient som kom på post på sykehuset etter en hjerneblødning (videre vil vi bruke "jeg" person i teksten). Pasienten var ei dame i 50 årene. Hun hadde blitt lam på høyre side og kommuniserte kun med øynene. Pasienten trengte hjelp til alt og det var vanskelig å kommunisere med pasienten. Når hun ønsket noe gjorde hun ofte bevegelser på venstre side. For å hjelpe denne pasienten var det viktig med et tverrfaglig samarbeid slik at pasientens grunnleggende behov ble dekket og rehabiliteringsfasen kunne starte. I løpet av en måneds tid så jeg stor fremgang hos pasienten. Hun gikk fra å ligge i sengen til å sitte oppe i rullestol, hun klarte å kommunisere ved å si enkelte ord og klarte også etter hvert å spise selv. Denne situasjonen gjorde stort inntrykk på meg fordi man ser at med tett oppfølging, tidlig start av rehabiliteringsfasen og kontinuitet kan pasienten gjøre store fremskritt. Det som kom ut av denne situasjonen var at jeg så store fremskritt på en pasient som i utgangspunktet var sengeliggende og hjelpetrengende. Jeg så viktigheten av arbeidet som blir satt i gang for pasienten når den er lagt inn på sykehuset.

5.0 Drøfting

5.1 Innledning

Det å drøfte er å se en sak fra forskjellige sider. Via drøfting viser man kunnskapen man har lært gjennom oppgaven og sammenhengen mellom det teoretiske og resultatene fra forskning. Drøfting kan sees på som en diskusjon der det er viktig at man viser kritisk refleksjon og argumentene man bruker kommer fra teorien. I en drøfting kan man også bruke personlige erfaringer men det må komme frem at dette er egne opplevelser og ikke tatt fra teorien (Dalland, 2013).

I dette kapittelet skal vi drøfte vår problemstilling som er "Hvordan kan vi som sykepleiere motivere en afasirammet pasient til å bedre kommunikasjonsevnen, for å opprettholde livskvaliteten?". Hovedfokuset til sykepleierne vil være motivasjonsarbeidet. Vi vil først trekke frem ulike faktorer som vil kunne påvirke motivasjonsarbeidet.

5.2 Ulike individer, ulike behov - utviklingen av en tillitsfull relasjon

Kirkevold (2012) skriver at Joyce Travelbee er opptatt av at det skal skapes et medmenneskelig forhold, hvor fokuset til sykepleieren ikke skal være på diagnosen til pasienten, men mennesket. Travelbee mener at det ikke skal være roller som "sykepleier" og "pasient", men at man skal se på hverandre som mennesker. Hun mener at hvis det oppstår roller vil det ikke oppstå et menneske-til-menneske-forhold, noe hun mener må være til stede for å hjelpe pasienten. Travelbee mener at det innledende møte, framvekst av identiteter, empati og det å vise sympati og medfølelse er viktig for å bygge opp menneske-til-menneske-forholdet. Det innledende møte er når sykepleier og pasient møtes for første gang og begge vil da gjøre opp en mening om hverandre og følelser vil oppstå, med andre ord et førsteinntrykk. Førsteintrykk kan bli påvirket av forskjellige grunner, både negativt og positivt. Det innledende møte vil være viktig i utviklingen av relasjonen mellom sykepleieren og pasienten fordi den skaper grunnlaget i menneske-til-menneske-forholdet mellom sykepleier og pasient. Ut i fra vår erfaring kan det første møtet med en afasirammet pasient være utfordrende siden pasienten ikke klarer å uttrykke seg og vise sin identitet. Pasienten kan også være i dårlig allmenntilstand og sliten og trøtt etter det pasienten har gjennomgått. Forholdet går videre til en ny fase når sykepleieren opplever den syke som et unikt individ og pasienten responderer

på dette. Den neste fasen er fremvekst av identiteter som handler om å se den andre som et unikt menneskelig individ og etablere en tilknytning til den andre. Her blir sykepleieren og pasienten mer kjent med hverandre og fasen legger grunnlaget for empati. Empati er neste fase og den handler om å kjenne på pasientens følelser, det vil si å kunne leve seg inn i og forstå, hvordan pasienten har det i situasjonen den er i. Opplevelsen av å forstå den andre, er empati. Steget videre fra empati kalles sympati og medfølelse, som vil si at sykepleieren ønsker å lindre pasientens plager. Siden man ved sympati og medfølelse opplever medlidenhet, klarer ikke sykepleieren å ha en distanse til pasienten. Sykepleieren er da personlig involvert i situasjonen (Travelbee, 2011).

Vi ser her viktigheten med å oppnå god kontakt med pasienten, siden kommunikasjonsevnen til pasienten er svekket. utfordringen med å oppnå god kontakt med pasienten vil være at pasienten ikke kan uttrykke seg korrekt verbalt. Her ser vi viktigheten av å kunne bruke andre hjelpemidler og nonverbal kommunikasjon. Det som kan by på problemer ved fasene Travelbee mener er viktig, er hvis sykepleieren eller pasienten ikke klarer å etablere et forhold der de ser hverandre som unike menneskelige individer. Det kan oppstå problemer allerede ved førsteinntrykket hvis for eksempel sykepleieren minner pasienten om en negativ person fra tidligere i livet (Travelbee, 2011).

Grov (2011) forteller at sykepleierens fokus burde være på å dekke de grunnleggende behov og se på pasientene som individer med ulike meninger og behov. Hun forteller videre at alle pasienter er forskjellige og at de vil ha forskjellig tilknytning til sykepleieren. Det er ikke noe fast svar på hvordan sykepleieren skal være mot pasienten, siden dette varierer fra pasient til pasient. Noen pasienter vil for eksempel ha et nært forhold til sykepleieren, mens andre vil ha et avstandsforhold til sykepleieren. Man ser her at det ikke alltid kan eller bør skapes et menneske-til-menneske-forhold, siden alle pasienter er ulike og har ulike ønsker. Grov støtter under Travelbee når pasienten selv ønsker et nært forhold til sykepleieren og trenger sympati og empati. Motsigelsen mot Travelbees menneske-til-menneske-forhold kommer når pasienten ønsker at rollene som "sykepleier" og "pasient" skal være til stede. Simonsen (1995) forteller hvordan han opplevde møtet med sykepleieren, etter at han ble rammet av hjerneslag. Han opplevde sykepleierne som vidunderlige mennesker og han mente at sykepleierne via all omsorgen og kjærligheten gjorde mer for han enn kun sine daglige plikter. Han trekker frem at de ofte hadde tid til å komme inn for å "hyggeprate" med han, selv om han ikke klarte å

kommunisere tilbake. Ut i fra vår erfaring som sykepleiestudenter har vi opplevd at det er viktig at vi fokuserer og tar hensyn til det pasienten ønsker, men vi ser en utfordringen ved at ikke alle pasienten uttrykker sine ønsker selv om man spør, enten fordi de ikke ønsker dette eller fordi kommunikasjonsevnen er svekket.

Bronken et al. (2012) forteller historien om en afasirammert kvinne, som nevnt i introduksjonen. Her kommer det frem at Maria følte hun kunne snakke med sykepleieren om hjerneslaget hun hadde gjennomgått og at det virket som om sykepleieren var interessert til å lytte til henne. Hun likte det at hun kunne dele tanker og følelser, slik at hun ikke trengte å bære disse for seg selv. Det virket for henne som om sykepleieren tok seg god tid. Sykepleieren snakket sakte, tydelig og konsentrerte seg om de tegnene Maria klarte å gi henne. Sykepleieren fokuserte på å opptre slik at Maria skulle føle seg sett, hørt og som en voksen kvinne. Her ser vi et eksempel på hvordan en pasient følte at hun ble sett, hørt og ivaretatt etter en brå vending i livet. Dette forsterker det Travelbee mener med at sykepleieren skal ta seg god tid og skape et menneske-til-menneske-forhold, men det er viktig å være kritisk med tanke på at dette var en casestudy der en enkelt pasient ønsket å ha et nært forhold til sykepleieren siden dette er individuelt. Det virket også som om denne sykepleieren hadde god tid til å være hos pasienten, noe som ikke alltid er til stedet ut i fra vår praktiske erfaring som sykepleierstudenter. Vi ser at det er mange forhold som kan vanskeliggjøre det å skape et menneske-til-menneske-forhold.

5.3 Å hjelpe pasienten til å snakke

Eide & Eide (2011) forteller at det kreves kunnskaper om pasienten, evnen til å leve seg inn i situasjonen til pasienten og kunnskap om de ulike kommunikasjonsmetodene for å skape en god kommunikasjon og dialog med en pasient med afasi. Joyce Travelbee mener at kommunikasjonen er en forutsetning for å hjelpe pasienten med sykdom, lidelse og det å finne en mening, skriver Kirkevold (2012). Eide & Eide (2011) skriver videre at nonverbal kommunikasjon er viktig, siden det verbale språket er svekket når en pasient har afasi. Nonverbal kommunikasjon kan blant annet være berøring, ansiktsuttrykk og bevegelser. Kirkevold (2012) trekker også frem at Travelbee mener kommunikasjonen kan foregå verbalt og nonverbalt. Kommunikasjonen kan foregå gjennom utseende, adferd, uttrykk, holdninger og manerer. Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient har som hensikt å finne frem til

pasientens behov og det er igjennom kommunikasjonen det menneske-til-menneske-forholdet etableres. Her ser vi at Kirkevold (2012) og Eide & Eide (2011) mener at kommunikasjonen er veldig sentral for å få frem pasientens behov og et godt samarbeid. På grunn av at pasienten har problemer med den verbale kommunikasjonen, vil den nonverbale kommunikasjonen være viktig.

"Støttet samtale" er en metode sykepleieren kan benytte seg av for å hjelpe den afasirammede pasienten til å kommunisere. Dette handler om at pasienten skal bruke de ferdighetene pasienten alt har, slik at pasientens personlighet kommer fram. Et hjelpemiddel som brukes for å fremme dette kalles "Illustrert kommunikasjonsmaterie" (IKM), som vil være sentral i arbeidet med kommunikasjonen. Dette hjelpemiddelet går ut på å bruke for eksempel tegninger, tekster og instruksjoner. Disse vil da gjøre så pasienten kan peke på det han ønsker eller mener (Statlig spesialpedagogisk tjeneste, 2011). Kulø (2010) nevner at IKM er en low-tech hjelpemetode, som er en perm som skal brukes i kommunikasjonsarbeidet med afasipasienten. Det er mange logopeder som anbefaler og lager permer som er tilpasset hver enkelt pasient. Permen må inneholde de ordene, bildene og uttrykkene pasienten har behov for å bruke. I forskningen til Bronken Et. al. (2012) har de benyttet "Støttet samtale", noe de hadde god effekt av. De benyttet også ulike hjelpemidler som tegninger, skriving og illustrert materiale. Pasientene hadde god effekt av å kunne dele historier og opplevelser, med tanke på det psykososiale. Symbolsystemer, som også nevnt i teoridelen, er et annet navn på bilder med symboler som pasienten kan peke på for å få frem det den ønsker og har behov for. Symbolsystem kan være piktogram som er symboler i svart-hvitt med tydelig informasjon, picture communication symbols som er strektegninger i farger med tekst under, symbolstix som er symboler av daglige aktiviteter eller bliss-symbol som er tegn i stedet for ord. Dette er eksempler på hva som kan være i en IKM perm. Det er nivået til pasientens forståelse som avgjør hvilke type symbolsystem som anvendes. Kulø (2010) beskriver at no-tech hjelpemetode er når pasienten kommuniserer ved hjelp av seg selv, ved for eksempel å bruke blick, stemme, mimikk og peking. Dette samsvarer med det Eide & Eide (2011) og Kirkevold (2012) skriver om at non-verbal kommunikasjon kan foregå på denne måten ved at pasienten bruker seg selv som en kommunikasjonsmetode, når den verbale kommunikasjonen er svekket. Kulø (2010) sier at high-tech er den hjelpemetoden som er mest høyteknologisk. Dette kan blant annet være ved å benytte en skrivemaskin og musikk. Nonseid (2000) trekker frem musikk som et hjelpemiddel i kommunikasjonen når hun ble rammet av afasi. Hun fikk

ro i sjelen, samtidig som musikken stimulerte ulike områder i hjernen hennes. Stimuleringen ved hjelp av musikken var svært viktig i starten av rehabiliteringsfasen, men det var også andre metoder som hjalp henne i språktreningen.

Kulø (2010) nevner at det ble gjort en spørreundersøkelsen når det gjelder kommunikasjonshjelpemidlene i Norge. Spørreundersøkelsen ble gjort i Afasiforbundet i år 2006-2007. Spørreundersøkelsen ble gjort på 2224 medlemmer, der 1201 medlemmer var afasirammet. Spørreundersøkelsen viste at 62 afasirammede pasienter hadde kjennskap til kommunikasjonshjelpemidler og det viste seg at veldig få av disse brukte disse hjelpemidlene. Grunnene til at dette forekom kom ikke frem i undersøkelsen, men de konkluderte med at mulige grunner kunne være at det var for lite kjennskap til hjelpemidlene, for lite praktisk trening, tidsbruk, følelsen av at de klarer seg bedre uten eller at de kun bruker hjelpemidlet når de er med logoped. Her kan vi se at det finnes mange ulike hjelpemidler som kan brukes i samarbeid med afasirammede pasienter, men at det ikke er alle som har kjennskap til disse eller bruker dem. Det ble også nevnt at dette kun brukes ved samarbeid med logoped. Her kan vi se viktigheten av at sykepleieren helt fra sykehusoppholdet viser kunnskap og legger vekt på hjelpemidler som pasienten kan benytte. I Cottrell & Davies (2006) sin bok kommer det frem at logopeden kan hjelpe pasienten med å finne alternative kommunikasjonsmetoder. Vi har erfart at det er mangel på logoped på sykehuset og det er derfor viktig at sykepleieren følger opp det logopeden igangsetter. For at sykepleieren skal kunne dette kreves kunnskap om hjelpemidlene. Simonsen (1995) skriver i sin bok at sykehuset ikke disponerte sin egen logoped, men at han hadde tilsyn av en logoped. Logopeden ga kunnskap og oppgaver sykepleieren skulle følge opp med pasienten for å bedre kommunikasjonen.

Siden det ikke var så godt dokumentert om de vanskelighetene afasirammede pasienter har med å kommunisere, gjorde Mazaux et. al., (2013) en studie som underbygger det vi har skrevet om i teoridelen om at pasientene har spesielt vanskeligheter med å lese, skrive og snakke med andre mennesker. Studien ble gjort slik at dette problemområdet skulle bli mer prioritert i rehabiliteringsfasen. Det som kan by på problemer, som vi har erfart, er det med tidspress og antall pasienter på avdelingen. Ut i fra teorien trenger pasienter god tid med sykepleieren for å få til en god kommunikasjon og eventuelt fremgang med tanke på kommunikasjonsevnen. Vi kan også trekke inn det vi har nevnt angående at pasienter er individuelle og at det derfor ikke alltid er noe fasitsvar på hvordan sykepleieren bør opptre og

hvordan forholdet mellom sykepleier og pasient bør være. Kirkevold (2012) trekker frem det Travelbee mener kan føre til en dårlig kommunikasjon med pasienten. Dette kan være når pasienten ikke klarer å uttrykke sine ønsker og behov. Dette er et sentralt dilemma i vår oppgave siden pasientgruppen vi har valgt å skrive om har nedsatt kommunikasjonsevne.

Når det gjelder sykepleierens rolle i kommunikasjonen med pasienten skriver Eide & Eide (2011) at sykepleieren bør spørre enkle ja- og nei spørsmål, ikke fullføre pasientens setninger, å ha tålmodighet, å lytte og gi pasienten god tid. Simonsen (1995) nevner i sin bok at han kun klarte å kommunisere med blikket og at det da var nødvendig at sykepleierne stilte enkle ja- og nei spørsmål. Eide & Eide (2011) sier at det er viktig at pasienten ikke føler seg overkjørt eller at sykepleieren ikke har tid til å lytte. Ut i fra våre erfaringer fra praksis og jobb har vi sett og opplevd at sykepleiere ofte er underbemannet som igjen fører til dårlig tid, dårlig kontinuitet og en stressende hverdag. Dette kan føre til at sykepleieren ikke får satt av nok tid til pasienter og det strider imot det Eide & Eide (2011) mener om hva en sykepleier må gjøre for en bedre kommunikasjon. Vi har erfart at sykepleieren som regel bør ligge to-tre skritt foran, siden det fort skjer uventede ting på sykehus. En annen ting vi har observert som påvirker sykepleierens tid er antall inneliggende pasienter og at legevisitten er når legen har tid. Med dette mener vi at legevisitten ikke er tilpasset "sykepleierens timeplan". Olsen (2002) har skrevet et sammendrag av en rapport som ble gjort for å se mangelen på arbeidskraft hos sykepleiere og hjelpepleiere i sykehussektoren. I denne forskningen skriver Olsen at det gjentatte ganger blir sagt at det forekommer mangel på helsepersonell i Norge og at det er størst mangel blant sykepleiere på sykehus.

Siden vi har fokus på den tiden sykepleieren møter den afasirammede pasienten på sykehuset, vil vi trekke frem en bok som heter *Stroke talk* (Cottrell & Davies, 2006). Dette fordi denne boken har blitt laget for å hjelpe pasienter som har afasi med å forstå hva som skjer under sykehus- og rehabiliteringsoppholdet. Undersøkelser, tester, behandlinger og terapi som pasienten vil møte, er beskrevet med tekst og bilder i boken. Denne boken kunne ha hjulpet pasienten til å forstå hva som skal foregå og dermed føle mestring og en viss kontroll på situasjonen. I vår situasjon er det en utfordring at denne boken er på engelsk siden det ikke er alle som forstår dette språket, men hadde den vært på norsk ser vi utbytte vi kunne ha hatt av å benytte denne i avdelingen.

5.4 Motivasjon til å "aldri gi opp"

En viktig egenskap en sykepleier bør ha for å klare å få en pasient til å bedre kommunikasjonsevnen, er å kunne motivere pasienten. Manger (2012) beskriver motivasjon som en tilstand som gjør at et menneske gjør en aktivitet og vil fortsette med dette. Det er det vil vi prøve å oppnå. Cottrell & Davies (2006) forteller at det helt fra starten av samarbeidet mellom sykepleier og pasient, er det viktig å få frem at det kan bli en krevende prosess som kan vare over lenger tid. Ærlighet er viktig. Allikevel er det nødvendig for pasienten å ha mål å strekke seg etter og som er realistiske. Dalland (2010) nevner noen punkter som kan føre til god motivasjon. Dette er at pasienten vet hvordan behandlingen skal foregå og denne skal foregå på pasientens premisser, pasienten skal ha tidsperspektiv på målene sine, ha kunnskap, få veiledning og komme i kontakt med personer i lignende situasjoner. Det utfordrende her er at sykepleieren må være åpen og ærlig hele tiden. Dette vil være en utfordring for når sykepleieren har noe negativt å si vil dette muligens kunne demotivere pasienten til å forsette arbeidet. Det må være en pågående kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, dette fordi sykepleieren ikke kan ha målet med behandlingen i hodet, men må dele dette med pasienten slik at pasienten får utbytte av dette. Berentsen (2010) skriver at afasi er skade i språksenteret til pasienten. Siden vi har fokusert på motorisk afasi, forstår pasienten det som blir sagt, men klarer ikke å svare korrekt tilbake. Dette kan bli en utfordring med tanke på at sykepleier og pasient bør ha en pågående kommunikasjon. Det kan oppstå misforståelser og frustrasjon. Håpløshet er noe Eide & Eide (2011) mener at afasirammede pasienter føler på grunn av kommunikasjonsproblemer. Isolasjon kan bli et utfall av dette. Simonsen (1995) skrev at han ofte ba om å dø, at han følte håpløshet og at han gråt mye. Han tenkte ofte tanken om hvorfor akkurat han ble rammet av hjerneslaget. Videre forteller han at sykepleieren ga han et håp om å bli frisk igjen via at de tok seg tid til å prate med han og ga han ros og oppmuntring. Sykepleierne ga han motivasjon til å ikke gi opp. Nonseid (2000) beskriver også med sin erfaring at hun følte seg ikke lenger vellykket eller ettertraktet, etter hjerneslaget. Siden hun var utdannet lærer, som nå ikke klarte å skrive eller snakke korrekt, hadde hun mistet en viktig del av seg selv. Motivasjon var veldig sentralt for henne, for at hun skulle klare å trene seg opp igjen etter hjerneslaget. Dalland (2010) trekker frem at sykepleieren bør finne ut hva som kan motivere pasienten, slik at pasienten ikke blir demotivert. Ut i fra erfaringer vi har tilegnet oss kan det være vanskelig å vite hva som motiverer pasienten, men det er viktig å være oppmerksom. Vi har sett gjentatte ganger at familien kan være en stor motivasjon for pasienten og det å ha følelsen av å ha kontroll på egen situasjon.

Dalland (2010) mener at utfordringer man kan møte i motivasjonsarbeidet med motivasjonen til pasienter kan være hvis pasienten ikke forstår hva som har skjedd og hvor mye hjelp de trenger til å dekke behovene sine. Videre nevner han at motivasjonsarbeid ikke er lett, selv om pasienten kjenner situasjonen og konsekvensene godt. Dette er fordi pasientene velger i blant å ikke følge råd de får. Motivasjonen til pasienten kan øke ved gode tilbakemeldinger, mens negative tilbakemeldinger kan ha motsatt effekt. Cottrell & Davies (2006) sin mening om at ærlighet er viktig og nødvendig for pasienten, kan være en utfordring for en pasient som Dalland (2010) mener kan ha dårlig effekt av negative tilbakemeldinger. Nonseid (2000) sin erfaring med ærlighet fra sykepleieren handler om problemene hun hadde med å skrive etter hjerneslaget. Hun skriver i boken sin at hun i ettertid fikk vite at hun hadde veldig mange skrivefeil, men at hun ble skånet for dette. For hennes del mener hun at dette var det riktige, siden hun hadde blitt helt motløs hvis hun hadde fått vite av sykepleieren at hun hadde så mange skrivefeil. Her ser vi at ærlighet er viktig, men det handler også om å skåne pasienten.

Dalland (2010) retter målet til helse- og sosialarbeidere til å hjelpe pasienter som har det vanskelig eller er i en vanskelig situasjon og til å mestre hverdagen og livet. Her vil hovedfokuset havne på motivasjon. Helse- og sosialarbeidere må motivere pasienten til å se sine egne ressurser. Askheim & Starrin (2010) mener at empowerment er et sentralt begrep i motivasjonsarbeidet, siden dette handler om å gi pasienten makt over sin egen situasjon og dermed en mestringsfølelse. Reitan (2010) skriver at en utfordring ved mestring, når du er i en situasjon som er krevende, er at noen bryter helt sammen og har problemer med å mestre situasjonen. Mestring handler om hvordan et menneske møter en krevende situasjon i livet. Reitan (2010) mener det er to måter å reagere på ved en krevende situasjon i livet. Enten kan menneske se situasjonen med et åpent syn og ønske om å møte situasjonen, mens på den andre siden kan menneske trekke seg unna og skyve situasjonen unna. Her ser vi at mestring er en viktig del av sykepleien, men at det kan by på utfordringer ved at pasienter kan velge å trekke seg unna og ikke ønske å delta i situasjonen. Nonseid (2000) skriver for hennes del at mestring av nye oppgaver var veldig viktig. Dette ga henne pågangsmot og lyst til å forsette arbeidet. Her er motivasjonsarbeidet til sykepleieren viktig.

Travelbee (2011) trekker frem mestring som en viktig del av arbeidet med pasienter, som blant annet har afasi. Det hun mener med dette er at en sykepleiers måte å hjelpe pasienter på er å mestre sykdom og lidelse. Travelbee (2011) mener at sykepleieren gjør dette ved å etablere en menneskelig tilknytning til pasienten, formidler at pasienten ikke er alene og viser forståelse for pasienten. Dette kan ha betydning for motivasjonsarbeidet fremover. Travelbee (2011) sier at sykepleierens handling er viktig slik at pasienten føler seg forstått, føler den har et varmt sted å holde til og at sykepleieren har kunnskaper. Dette er ingen lett oppgave, spesielt ikke når det ikke er sikkert om pasienten vil oppnå full helse igjen. Travelbee (2011) mener at det er viktig og høyst nødvendig at sykepleieren setter seg inn i situasjonen til pasienten og forstår hvordan den enkelte pasienten opplever sin sykdom. Dette fordi pasientens holdninger og følelser for sin sykdom vil ha mye å si for motivasjonen videre i rehabiliteringsfasen.

Reitan (2010) nevner at det er ulike faktorer som påvirker hvor godt et menneske mestrer utfordringer i livet. Dette er blant annet alder, kjønn, motstandskraft mot påkjenninger og tidligere erfaringer med sykdom. Antonovsky forteller at det avgjørende for hvordan mennesker mestrer utfordringer i livet, er at de har en opplevelse av sammenheng i det som skjer (*sense of coherence*), i følge Reitan (2010). Hva som er viktig og betydningsfullt i livet for hver enkelt, er viktig med tanke på motivasjonsarbeidet. Dette fordi menneske kjemper for å beholde det som den selv føler er viktig i livet. Dette har noe å si om hva som er god livskvalitet for hvert enkelt individ. I følge Rustøen (2011) har alle forskjellige syn på hva god livskvalitet er. Livskvalitet er et diffust og subjektivt begrep. Vi har derfor valgt å ta med i teoridelen tre ulike syn på livskvalitet. Dette underbygget det Rustøen (2011) skrev. Grunnen til at livskvalitet er viktig og har blitt mer omtalt enn tidligere er fordi flere lever med kronisk sykdom. Målet med sykepleien er da ikke å kurere sykdommen, men å opprettholde en best mulig livskvalitet hos pasienten. Det er da viktig at sykepleieren har kunnskap om livskvalitet. Det er nødvendig at sykepleieren finner ut hva som kreves for å ha god livskvalitet hos hver enkelt pasient, ifølge Rustøen (2011). Berg (2010) nevner også hver enkelt pasient definerer hva som er god livskvalitet for dem. Livskvaliteten kommer av pasientens livssituasjon, arbeidsoppgaver og erfaringer.

Når det gjelder afasirammede pasienter, skriver Berentsen (2010) at kommunikasjonsproblemene vil ha stor innvirkning på hverdagslivet og det sosiale. Dette vil

påvirke livskvaliteten til pasienten. Dette nevner også Bronken Et al. (2012) i sin forskning på afasirammede pasienter. Berg (2010) forteller at afasi påvirker personlige forhold, sosialt nettverk, aktiviteter og miljøet. For at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å opprettholde eller bedre livskvaliteten må sykepleieren informere pasienten om språket og kommunikasjonen etter afasi og utfordringer pasienten vil kunne møte. En undersøkelse gjort at Nätterlund (2010) viste at afasirammede pasienter følte seg hindret i aktiviteter, tap av venner og kollegaer og ensomhet. Bakken (2010) beskriver viktigheten av at sykepleieren ikke glemmer at kommunikasjonsevnen er svekket, ikke mistet. Berg (2010) skriver at sykepleieren via informasjon må hjelpe pasienten med å rette fokuset på pasientens muligheter og ikke begrensninger.

I leting etter teori om livskvalitet erfarte vi at dette er veldig diffust og et lite omtalt tema innen forskning. Vi har derfor erfart at dette er vanskelig å få tak på fordi alle har forskjellig syn på hva god livskvalitet er. Dette kan skape en utfordring ved at sykepleieren ikke forstår eller får tak på hva god livskvalitet hos hver enkelt pasient er. Det er også utfordrende siden vår pasientgruppe i denne oppgaven ikke klarer å bruke verbal kommunikasjon til å forklare sykepleieren hva som er viktig for en selv. Vi ser også at det er utfordrende med livskvalitet fordi pasienten trenger både motivasjon og mestring, og som Reitan (2010) skrev er det ikke alle pasienter som ønsker å delta i den krevende situasjonen de har havnet oppi.

5.5 Oppsummering

Vi ser at første steg for å motivere en afasirammet pasient til å bedre kommunikasjonsevnen er å skape et menneske-til-menneske-forhold gjennom de fire fasene som Joyce Travelbee (2011) skriver om. Dette er fordi de er særdeles viktig i arbeidet mellom en sykepleier og en pasient. Siden kommunikasjonsevnen er verbalt nedsatt, må det brukes nonverbal kommunikasjon. Det som er utfordrende her er hvis pasienten ikke ønsker å skape et godt forhold til sykepleieren, eller at sykepleieren ikke klarer å etablere et godt forhold til pasienten. Mennesker er forskjellige, men ut i fra vår erfaring ønsker de fleste pasientene som vi har møtt i praksis et menneske-til-menneske-forhold med sykepleieren. Så med tanke på vår problemstilling ser vi ikke på det å skape et menneske-til-menneske-forhold som et problem, men vi forstår at det kan oppstå tilfeller hvor dette kan bli utfordrende.

Generelt er det kommunikasjonen som er viktig for å kunne hjelpe en annen pasient og kunne forstå hva pasienten trenger hjelp til. Vår pasientgruppe har svekket sin verbale kommunikasjon og vi ser derfor viktigheten av at en sykepleier benytter nonverbal kommunikasjon og har kunnskaper om ulike hjelpemidler som kan bli brukt. Dette kan føre til et god samarbeid mellom pasienten og sykepleieren, som kan føre til at pasienten føler mestring og får motivasjon til å aldri gi opp. Vi ser at det er utrolig viktig at sykepleieren har kunnskap og erfaring for å kunne motivere pasienter. Ut i fra forskning som har blitt gjort og erfaring har vi skjønnt at det er viktig at sykepleieren tar tak i oppfølgingen av pasientene og tar i bruk de hjelpemidlene som er iverksatt.

Det å skulle motivere en pasient er veldig individuelt og har mange utfordringer. Det som er viktig for sykepleieren ved afasirammede pasienter er å sette seg inn i pasientens situasjon og vise forståelse. Det finnes ikke noe fasitsvar på hvordan man kan motivere pasienter. Vi mener at det er viktig at sykepleieren er ærlig under hele prosessen med pasienten, at sykepleieren informere pasienten om sykdomsforløpet og utfordringer pasienten kan møte. Siden kommunikasjonsevnen hos afasirammede pasienter er nedsatt har vi via teori og forskning sett at dette kan føre til håpløshet, isolasjon og nedsatt livskvalitet. Det er her viktig at sykepleieren forstår dette og prøver å motivere pasienten til å ikke gi opp selvom ting er utfordrende. Det er viktig å ta med seg det Travelbee (2011) mener om å bruke seg selv terapeutisk. Med dette menes for eksempel å få pasienten til å synge en kjent sang, lese høyt eller fullføre sykepleierens setninger. Livskvalitet er individuelt og det at pasientgruppen i vår oppgave ikke klarer å uttrykke verbalt hva livskvalitet er for en selv, byr dette på utfordringer. Det er her de nonverbale hjelpemidlene kommer inn, slik at sykepleieren og pasienten forstår hverandre og kan jobbe med motivasjon til å bedre kommunikasjonsevnen, for å opprettholde livskvaliteten.

6.0 Konklusjon

6.1 Innledning

En konklusjon skal inneholde svaret på den gitte problemstillingen og den tar utgangspunktet i den kunnskapen vi har tilegnet oss via teori og forskning. Med konklusjonen er oppgaven

fullført, men konklusjonen kan også inneholde nye spørsmål og tanker som ble reist under arbeidet med oppgaven (Dalland, 2013).

6.2 Konklusjon

Vi har igjennom denne oppgaven prøvd å finne ut hvordan sykepleiere kan motivere afasirammede pasienter til å bedre kommunikasjonsevnen, for å opprettholde livskvaliteten. Vi har kommet frem til at før sykepleiere kan begynne å motivere vil det første steget være å bli kjent med pasienten og skape en god kontakt og relasjon med pasienten. Det er her viktig at sykepleieren viser forståelse og har god tid til pasienten. Når dette er oppnådd kan motivasjonen og arbeidet med mestring begynne. Motivasjonen skjer ved å gi pasienten kunnskap om egen situasjon, utfordringen den vil møte og å sette opp realistiske mål i rehabiliteringsfasen. I motivasjonsarbeidet er det nonverbale språket viktig. Det er her viktig at vi som sykepleiere har kunnskap om afasi, ulike kommunikasjonshjelpemidler og at sykepleieren følger opp de ulike tiltakene en logoped har igangsatt for pasienten. Ved å bruke de ulike kommunikasjonshjelpemidlene blir sykepleieren og pasienten bedre kjent og pasienten kan føle mestring ved å klare å kommunisere med sykepleieren og etter hvert andre viktig mennesker i pasientens liv. Via disse kommunikasjonshjelpemidlene er det viktig at sykepleieren får frem fra pasienten hva som er viktig for pasienten og med tanke på pasientens livskvalitet, siden livskvaliteten er forskjellig fra individ til individ. Sykepleieren bør alltid ha pasientens ønsker og behov i fokus og hele tiden prøve å utøve god sykepleie. Vi forstår at det å bedre språk og kommunikasjonsevnen når du har afasi er en langvarig prosess. Vi har kun hatt fokuset på den første tiden med pasienten under sykehusoppholdet, men vi vet at det er mye viktig arbeid som gjenstår etter utskrivelsen fra sykehuset.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi reist noen tanker og spørsmål rundt temaet. Vi har gjort oss en del tanker om hvordan pårørende har det i en slik situasjon når et familiemedlem får hjerneslag og blir rammet av afasi, om de pårørende har energi og mot til å være med i motivasjonsarbeidet til pasienten og eventuelt hvordan dette skal foregå. Vi har også stilt oss noen spørsmål om hvordan pasientene egentlig klarer seg når de kommer hjem til sine vanlige omgivelser og om de da føler de har fått den hjelpen de trenger før de skal prøve seg alene. I arbeidet med denne oppgaven og dette temaet har vi tilegnet oss mye ny kunnskap angående hjerneslag, afasi, motivasjon, kommunikasjonshjelpemidler og livskvalitet. Vi har også blitt berørt av sanne historier som har blitt skrevet av pasienter som

har fått afasi og vi har fått kunnskap via forskning som er gjort. Vi føler oss nå bedre rustet til å møte denne pasientgruppen og vi ser viktigheten av å sette i gang tiltak allerede på sykehus, men vi har også forståelse om hvor vanskelig og utfordrende dette kan være.

7.0 Referanseliste

Askheim, O. P & Starrin, B. (2010). Empowerment - et moteord? I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (1.utg., side 13-15). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Bakken, H. B. (2010). Afasi - en utfordring for hele familien. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Qvenild (Red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (1.utg., side 216). Oslo: Interface Media AS.

Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1.utg., side 357-358). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Berg, K. (2010). "Man kan lære seg jo å leve dette livet også..." Kan livskvalitet påvirkes gjennom bruk av støttesamtale?. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Qvenild (Red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (1.utg., side 228-235). Oslo: Interface Media AS.

Bertelsen, A. K. (2012). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gransmo. (Red.), *Sykdom og behandling*. (1.utg., side 318-320). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen R. & Kvigne, K. (2012). The aphasic storyteller. *Qualitative Health Research*. 22(10), 1303-1316.

<http://dx.doi.org/10.1177/1049732312450366>

* Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R., Wyller, T. B & Kvigne, K. (2012). Psychosocial Well-Being in Persons with Aphasia Participating in a Nursing Intervention after Stroke. *Nursing Research and Practice* Volume 2012 (2012), Article ID 568242, 14 pages.

<http://dx.doi.org/10.1155/2012/568242>

* Cottrell, S. & Davies, A. (2006). *Stroke talk. A communication resource for hospital care*. London: Connect Press (side 11-12, 14, 19, 72-74).

* Dahl, A., Lund, C., Bjørnstad, A. & Russell, D. (2010). Cerebrovaskulære sykdommer. I L. Gjerstad, E. Helseth & T. Rootwelt (Red.), *Nevrologi og nevrokirurgi fra barn til voksne* (5. utg., side 341, 344, 356). Høvik: Forlaget Vett & Viten.

* Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. (2.utg., side 63-64, 90-98). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg., side 67-70, 111-114, 143, 231) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide & Eide. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2.utg., side 158, 384-390). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Grov, E. K. (2011). Å bli pasient og hjelpetrengende. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (4.utg., side 57-58, 63, 66) Oslo: Akribe AS.

Holter, I. M. (2011). Sykepleierprofesjonen kjernekompetanse. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (4.utg., side 139, 143) Oslo: Akribe AS.

Kirkevold, M. (2010). Hjerneslag. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1.utg., side 406-411). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2.utg., side 113-120) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Knutstad, U. (2010). Pasienten i sentrum i helsetjenesten. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. (3.utg., side 22). Oslo: Akribe AS

* Kulø, L. S. (2010). Afasi og kommunikasjons hjelpemidler. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Qvenild (Red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (1.utg., side 120-131). Oslo: Interface Media AS.

* Kunnskapssenteret. (2006). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*, 2006. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklist-for-vurdering-av-forskningsartikler>

* Manger, T. (2012). *Dette vet vi om motivasjon og mestring*. (side 14-15, 36-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Mazaux, J-M., Lagadec, T., Panchoa De Sèze, M., Zongo, D., Asselineau, J., Douce, E... Darrigrand, B. (2013). Communication activity in stroke patients with aphasia. *Journal of rehabilitation medicine*, 45(4) 341-6. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-1122>

* Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graveholt, B. & Reinart, L. M (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. (side 44). Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

* Northcott, S & Hilari, K. (2011). Why do people lose their friends after a stroke? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46 (5) 524-34. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00079.x>

* Nonseid, K. B. (2000). *Etter slaget. Om å være pasient og helt menneske, med en alvorlig diagnose*. Ungarn: Libretto Forlag 2000.

* Nätterlund, B. S. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(2) 117-29. <http://dx.doi.org/10.3109/11038120902814416>

* Olsen, T. (2002). Sammendrag av rapporten "Arbeidskraftreserven blant deltidsansatte". Lokalisert 23.04.2014, på <http://www.forskning.no/artikler/2002/april/1019493895.05>

* Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K. & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Qvenild (Red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (1.utg., side 23-25). Oslo: Interface Media AS.

Reitan, A. M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. (3.utg., side 74). Oslo: Akribe AS

Rustøen, T. (2011). Livskvalitet og velvære. I U. Knutstad. (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. (3.utg., side 29-53.). Oslo: Akribe AS.

Rønningen, R. (2010). Brukermedvirkning og empowerment - gammel vin på nye flasker? I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (1.utg., side 40). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Bjålie J. G. & Toverud, K. C. (2007). *Menneskekroppen*. (2.utg., side 130). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Simonsen, E. (1995). *Et liv etter slaget. En slagpasientens beretning*. Otta: Engers boktrykkeri A/S.

* Statelig spesialpedagogisk tjeneste. (2011). *Støtte samtale for voksne med afasi, 2011*. Lokalisert på <http://www.statped.no/Tema/Sprak/Afasi/Stottet-samtale-for-voksne-med-afasi/>

* Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1. utg., side. 5-6, 30, 35-36,44-46, 135-139, 171-173, 186-210) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ørn, S. (2012). Sirkulasjonsforstyrrelser. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gransmo. (Red.), *Sykdom og behandling*. (1.utg., side 96-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

