



**Karolinska  
Institutet**

**Institutionen för neurobiologi,  
vårdvetenskap och samhälle**  
Sektionen för omvårdnad  
Sjuksköterskeprogrammet  
Examensarbete i omvårdnad 15 hp  
Höstterminen 2009

# Kommunikation vid afasi sekundärt till stroke:

Vårdpersonalens och patientens upplevelse och samspelets betydelse- en  
litteraturstudie.

# Communication in aphasia secondary to stroke:

Caregivers' and patients' experiences and the meaning of interaction – a  
literature review.

**Författare: Lina Boberg och Émilie Brannestam**



**Karolinska  
Institutet**

Institutionen för neurobiologi,  
vårdvetenskap och samhälle  
Sektionen för omvårdnad  
Sjuksköterskeprogrammet  
Examensarbete i omvårdnad 15 hp  
Höstterminen 2009

# Kommunikation vid afasi sekundärt till stroke:

Vårdpersonalens och patientens upplevelse och samspelets betydelse- en litteraturstudie.

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Afasi uppstår hos ungefär 40 % av alla som drabbats av en stroke. Afasi försvårar kommunikation mellan vårdpersonalen och patienten. Kommunikationen är viktig för att skapa relationer mellan patienten och vårdpersonalen; för att kunna ge patienten en god omvårdnad och möta patientens behov av vård är en tvåvägskommunikation viktig. **Syfte:** Att beskriva vårdpersonalens och patientens upplevelser av att kommunicera samt beskriva samspelet mellan patient och vårdpersonal. **Metod:** Vetenskapliga artiklar söktes i PubMed, Cinahl och Web of Science. Sökningarna resulterade i nio vetenskapliga artiklar varav åtta var kvalitativa och en var kvantitativ. Granskningen av dessa nio artiklar genomfördes och meningsfulla segment identifierades vilket sammanfördes till teman och subteman. **Resultat:** Följande övergripande teman framkom: *Patientens upplevelser*, *vårdpersonalens upplevelser* och *samspel*. Maktlöshet, frustration och brist på förståelse var känslor som patienterna upplevde. Även vårdpersonalen upplevde negativa känslor som frustration men även positiva känslor förekom exempelvis som lycka hos patienterna när de kunde svara på frågor. Bekräftelse av patienten och kontinuitet i omvårdnaden var viktiga komponenter för att möjliggöra samspel. **Diskussion:** Resultatet diskuterades utifrån Gustafssons (2006) begrepp *livsplan*, *repertoar* och *miljö* samt *livsplaneomvårdnad*, *repertoaromvårdnad* och *inre- och yttre miljöomvårdnad*. **Slutsats:** Samspelet har betydelse för att kunna utveckla en god kommunikation; en god kommunikation är nödvändig för att kunna ge en god vård. Samspelet har i sin tur betydelse för kommunikationen; för att kunna skapa denna relation är det på så sätt även nödvändigt att ha en fungerande kommunikation.

**Nyckelord:** afasi, kommunikation, vårdpersonal, upplevelser, uppfattningar, patient, samspel



**Karolinska  
Institutet**

Institutionen för neurobiologi,  
vårdvetenskap och samhälle  
Sektionen för omvårdnad  
Sjuksköterskeprogrammet  
Examensarbete i omvårdnad 15 hp  
Höstterminen 2009

# Communication in aphasia secondary to stroke:

Health care personnel' and patients' experiences and the meaning of interaction  
– a literature review.

## Abstract

**Background:** Aphasia occurs in approximately 40 % of all who suffer from stroke. Aphasia obstructs communication between the careproviders and the patient. The communications is essential for creating relations between the patient and health care personnel. To be able to give the patient a good care and meeting the patients needs of care, a two-way communication is important. **Aim:** To describe patients' experiences of communication and perceptions of health care personnel' of communicating with the aphasic patient. The aim was also to describe the interaction between patients and health care personnel. **Method:** Search for scientific articles was made in PubMed, Cinahl and Web of Science. The search resulted in nine articles, of these were eight qualitative and one quantitative. The review of these nine articles were carried out and meaningful segments were identified which was brought together into themes and subthemes. **Results:** Following themes occurred: *Patients' experiences, health care personnel' perceptions and interaction*. Powerlessness, frustration and lack of understanding were emotions that the patients experienced. Also, the health care personnel experienced negative emotions such as frustration but also positive emotions occurred for example as happiness among the patients when they were able to answer questions. Confirmation of the patient and continuity were important components for facilitating interaction. **Discussion:** The results were discussed from *Life-plan, Repertoire* and *Environment* by Gustafsson (2006). Also *life-plan nursing, repertoire nursing, internal- and external environment nursing* was used. **Conclusion:** The interaction has meaning for being able to develop a good communication; a good communication is essential for being able to give good care. The interaction also has meaning for the communication; for being able to create the relation it is then necessary to have a functioning communication.

**Keywords:** aphasia, communication, health care personnel, patient, experiences, perceptions, interaction



## Innehållsförteckning

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 Inledning</b> .....                     | <b>1</b>  |
| <b>2 Bakgrund</b> .....                      | <b>1</b>  |
| <b>2.1 Kommunikation</b> .....               | <b>1</b>  |
| <b>2.2 Stroke</b> .....                      | <b>2</b>  |
| <b>2.3 Omvårdnadsbehov vid stroke</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>2.4 Afasi</b> .....                       | <b>4</b>  |
| <b>2.5 Teoretisk referensram</b> .....       | <b>4</b>  |
| <b>2.6 Problemformulering</b> .....          | <b>6</b>  |
| <b>3 Syfte</b> .....                         | <b>6</b>  |
| <b>4 Frågeställningar</b> .....              | <b>6</b>  |
| <b>5 Material och metoder</b> .....          | <b>6</b>  |
| <b>5.1 Datainsamling</b> .....               | <b>6</b>  |
| <b>5.2 Urval</b> .....                       | <b>8</b>  |
| <b>5.3 Dataanalys</b> .....                  | <b>9</b>  |
| <b>5.4 Etiska överväganden</b> .....         | <b>9</b>  |
| <b>6 Resultat</b> .....                      | <b>10</b> |
| <b>6.1 Patientens upplevelser</b> .....      | <b>10</b> |
| <b>6.2 Vårdpersonalens upplevelser</b> ..... | <b>12</b> |
| <b>6.3 Samspel</b> .....                     | <b>13</b> |
| <b>7 Diskussion</b> .....                    | <b>14</b> |
| <b>7.1 Metoddiskussion</b> .....             | <b>14</b> |
| <b>7.2 Resultatdiskussion</b> .....          | <b>16</b> |
| <b>8 Slutsats</b> .....                      | <b>18</b> |
| <b>8.1 Vidare forskning</b> .....            | <b>19</b> |
| <b>9 Referenslista</b> .....                 | <b>20</b> |
| <b>10 Bilaga 1 matris</b> .....              | <b>23</b> |

# 1 Inledning

Under tiden som sjuksköterskestudenter, vid arbete som undersköterskor och under den verksamhetsförlagda utbildningen har författarna oavsett avdelning stött på patienter som insjuknat i stroke. Stroke kan ge följder som exempelvis afasi vilket kan vara ett problem för kommunikationen mellan vårdpersonal och patient. Dessa problem kan utgöras av exempelvis svårigheter att förstå samt att göra sig förstådd. Författarna anser att kommunikation är en grundförutsättning för att kunna ge god omvårdnad och för relationen mellan patient och vårdpersonal; något som även har upplevts i arbetet och under den verksamhetsförlagda utbildningen. Afasi utgör ett hinder för en naturlig kommunikation och detta examensarbete tar upp upplevelser av kommunikationen mellan vårdpersonal och patienter som insjuknat med restsymtom i form av afasi sekundärt till stroke. Som blivande sjuksköterskor anser författarna att en fördjupad kunskap om kommunikation är viktigt i det framtida yrket oavsett arbetsplats eftersom stroke är en relativt vanlig sjukdom som kan påträffas överallt.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Kommunikation

Ordet kommunikation kommer från det latinska ordet *commércium*, och betyder beröring, förbindelse, umgänge och gemenskap (Ahlberg, Lundqvist & Sörbom, 2001). Syftet med kommunikation är överlevnad, för att kunna samarbeta med andra, för att tillfredsställa personliga behov, för att utbyta information, förstå världen samt för att få relationer till varandra. Alla har ett behov av att få kommunicera med andra och alla har ett syfte med sin kommunikation. Kommunikation är något som skapar förbindelser, talet förbinder oss med varandra; när vi kommunicerar förmedlar vi våra tankar, känslor och åsikter till andra människor (Dimbleby & Burton, 1999).

Kommunikation inom vården innebär enligt Tuohy (2003) att ge emotionellt stöd och utveckla en relation till patienten och Dimbleby och Burton (1999) framhåller att kommunikationen mellan två individer påverkas av den relation som finns mellan dem. Tuohy (2003) beskriver även hur utvecklingen av relationen mellan vårdpersonal och patient är essentiell för effektivt vårdande. Kommunikationen hjälper oss att definiera våra relationer till andra människor, att skapa, avsluta eller upprätthålla en relation (Dimbleby & Burton, 1999).

Både verbala och ickeverbala komponenter krävs för att kunna möjliggöra effektiv kommunikation (Tuohy, 2003). Den verbala kommunikationen förstärks genom den icke verbala kommunikationen, orden får en fördjupad mening och budskap då olika tonfall, gester och ansiktsuttryck används då vi talar (Eide & Eide, 1997). De verbala egenskaperna kan vara till exempel att lyssna, uppmuntra, berömma. Tuohy (2003) och Kacperek (1997) skriver att många av problemen associerade med kommunikation kan undvikas genom att vårdpersonalen utvecklar förmågor avseende kommunikationen. Tuohy (2003) framhåller även att icke verbala förmågor som att ha ögonkontakt, ansiktsuttryck samt använda sig av beröring för att på så sätt kunna stödja vårdtagaren både fysiskt och psykiskt. Aktivt lyssnande och stödjande uttryck är en viktig del i den verbala kommunikationen, att uppmuntra samtalet genom ord som "ja" eller "fortsätt" (Eide & Eide, 1997; Kacperek, 1997). Vidare lyfter Kacperek (1997) fram vikten av att lyssna som en del i kommunikationen, då viktig information kan fås som sedan kan användas till att förbättra vårdens kvalitet.

Icke verbal kommunikation är att genom observation av kroppsspråk och ansiktsuttryck kunna lägga märke till hur patienten reagerar då denne inte kan förmedla sig själv verbalt. Syn och hörsel hjälper oss att förstå patienten, hur denne mår. Små uttryck som blickar och röstläge kan ha dolda effekter och väcka reaktioner hos patienten. Det icke verbala språket kan avslöja mycket om känslor, förväntningar och stämningar. De icke verbala signalerna som förmedlas via ansiktsuttryck, ögon och stämma, spelar en stor roll för relationen mellan vårdpersonal och patient och kan vara viktigt för att kunna förstå den andra parten. Talet och kroppsspråket bidrar till vår sociala identitet för att kunna ge ett begrepp om vilka vi är (Eide & Eide, 1997). Verbal kommunikation tas ofta för givet tills det inte fungerar som det ska, genom icke verbala signaler som exempelvis kroppsspråk, kan patienten upprätthålla en kommunikation och sin sociala identitet (Dimbelby & Burton, 1999).

Att ta emot budskap är enligt Ordahi, Padilha och De Souza (2007) beroende av hur budskapet tolkas och även av vårdpersonalens attityd, om de har en vilja att förstå. Sundin och Jansson (2003) vidhåller att vårdpersonalens förmåga och vilja att förstå patientens uttryckliga och utsagda budskap är signifikant i vårdsituationer. Vidare skriver Ordahi et al. (2007) att vårdpersonalen behöver kunna avkoda och förstå meningen bakom patientens budskap, inte enbart information överförs mellan vårdpersonal och patient, utan även förståelse för att kunna tolka dessa budskap bakom informationen. Kacperek (1997) framhåller då att vårdpersonal behöver förstå konceptet holism; som innebär att se patienten som en individ med psykologiska, emotionella och andliga behov och inte enbart utifrån diagnosen.

Det är viktigt för vårdens kvalitet att patienten kan göra sig förstådd och kunna förstå (Tuohy, 2003; Sundin & Jansson, 2003). Att ha förståelse och att bli förstådd genom kommunikation är essentiellt för att kunna möta patientens behov av vård. Vid stroke och afasi uppstår kommunikationsproblem som gör att en ömsesidig kommunikation mellan patient och vårdpersonal försvåras. Stroke i sig är ansträngande för patienten och komplikationer efteråt som till exempel kommunikationsproblem förvärrar stressen. Det finns alltså ett behov av kommunikation mellan patient och vårdpersonal som är involverade i vården (Sundin & Jansson, 2003).

## 2.2 Stroke

Definitionen av stroke är:

*A stroke is caused by the interruption of the blood supply to the brain, usually because a blood vessel bursts or is blocked by a clot. This cuts off the supply of oxygen and nutrients, causing damage to the brain tissue* (Världshälsoorganisationen, [WHO], 2009).

Stroke är en av de vanligaste orsakerna till ett neurologiskt funktionshinder hos vuxna individer (Engström, Nilsson & Willman, 2005). I Sverige insjuknar ungefär 30,000 människor i stroke varje år och ungefär 100,000 personer lever med olika följd tillstånd. Stroke är ett samlingsnamn för både hjärninfarkt och hjärnblödning, då hjärninfarkt är vanligaste formen och utgör ungefär 85 % av fallen, resterande 15 % består av hjärnblödning. Prevalensen av stroke ökar på grund av större antal äldre i Sverige. Dock har dödligheten minskat tack vare en kvalificerad och specifik medicinsk vård och omvårdnad. En ökad kunskap har lett till en minskad frekvens av svåra handikapp efter stroke vilket medför att fler kan gå tillbaka och leva ett självständigt liv. Hypertoni utgör den viktigaste riskfaktorn för att

drabbas av stroke, andra riskfaktorer är förmaksflimmer, ateroskleros och diabetes. Även åldern har stor betydelse som riskfaktor för insjuknandet (Ericson & Ericson, 2008).

Stroke kan ge ett flertal funktionsstörningar som exempelvis apraxi och agnosi. Apraxi innebär oförmåga att utföra rörelser som man tidigare behärskat. Det kan uttrycka sig som att patienten får svårt att orientera sig; och inte hittar hem. Felaktigt beteende kan också uppstå i inlärd situationer till exempel att patienten kammar håret med tandborsten (Ericson & Ericson, 2008). Stroke kan även resultera i agnosi vilket innebär en oförmåga att kunna känna igen tidigare välkända föremål eller händelser. Patienten förstår till exempel inte längre vad en stol används till när hon eller han ser den. Det sker även en störning av kognitiva funktioner, då förmågan att kunna jämföra sinnesintryck med sina tidigare erfarenheter har förlorats. Oftast omfattar agnosin bara en funktion som till exempel syn eller känsel (Grefberg & Johansson, 2007).

Ericson och Ericson (2008) beskriver följd tillstånd vid stroke som till exempel hemineglect som innebär att patienten inte uppfattar kroppshalvan eller omgivningen som finns till antingen vänster eller höger om kroppens mittlinje. Anterograd amnesi är svårigheter med inläring, samt kognitiva störningar. Enligt Engström et al. (2005) kan komplikationer uppstå sekundärt till stroke som vänster – eller högersidig pares som bidrar till rörelsesvårigheter eller depression och nedstämdhet över sitt tillstånd. Långvarig trötthet upplever många av patienterna som den allvarligaste komplikationen och många drabbas också av sömnapné syndrom (cykler av andningsstillstånd, syrebrist, låg syrgasmättnad och höga halter koldioxid). Dysartri innebär störd artikulation, det kan bli särskilt svårt att uttala konsonanter och detta uppkommer vid nedsatt motorisk funktion i läppar, tunga och andra ansiktsmuskler. Som tidigare påtalats kan kommunikationsproblem uppstå exempelvis som afasi vilket innebär ”oförmåga att tala eller formulera sig i meningsfulla ord” (Ericson & Ericson, 2008).

## **2.4 Omvårdnadsbehov vid stroke**

Omvårdnaden efter stroke är viktig och syftar till att hjälpa patienten att planera och genomföra handlingar som hör till det dagliga livet, förebygga skador/ohälsa, förbättra hälsa och bevara det patienten fortfarande kan. Omvårdnaden är anpassad efter individen och ska vara målinriktad. Förutom detta ingår också att stödja och informera patienten och anhöriga. Vid stroke försämras förmågan att kunna utföra sin personliga hygien och det är då viktigt att patienten får utföra moment som denne klarar av för att stärka sitt självförtroende (Engström et al., 2005).

Förmågan att göra sig förstådd och att förstå försämras ofta efter en stroke. Den icke-verbala kommunikationen såsom gester, ansiktsmimik, ögon, kroppshållning, samt tonfall försämras även vid stroke på grund av kroppslig försvagning. Funktionsnedsättningar som afasi, apraxi och agnosi kan uppträda. För att kunna ge omvårdnad till en patient som drabbats av en sådan funktionsnedsättning är det viktigt att ha kunskap om skadans omfattning och hur den påverkar dennes kommunikationsförmåga. Att vara uppmärksam och ha fokus på vad personen vill förmedla underlättar förståelsen (Engström et al., 2005).



## 2.3 Afasi

Afasi drabbar ungefär 40 % av alla individer som drabbas av stroke. Afasi innebär oförmåga att tala eller formulera meningsfulla ord, patienten har en störning i språkfunktionen vilket medför svårighet att uttrycka ord eller förstå ett talat eller skrivet ord (Ericson & Ericson, 2008). Ett normalt språk förutsätter ett samspel mellan uttrycksförmåga och en förståelse för språket. Afasi kan karaktäriseras av uttalad reduktion av spontant tal men ibland med bibehållen förståelse för språket samt läsförmåga. Till följd av afasin kan patienten drabbas av svårigheter att läsa, skriva samt räkna till följd av att det talade språket är starkt knutet till detta. Talet kan även bli trögt och mödosamt. Patienterna kan även ha drabbats av nedsatt talförståelse men att det flytande talet är bibehållet, då uppstår problem med adekvat innehåll i talet och ordförvrängningar/ordnybildning. Detta får en prägel av meningslöst tal till följd av att patienten delvis saknar den grundläggande kritiska analysen av sitt eget tal. Analysen av sitt eget tal ligger till grund för korrigeringar av felsägningar (Aquilonius et al., 1994). Sundin, Jansson och Nordberg (2002) beskriver att patienterna ofta upplever en stor förändring i livet då de drabbas av afasi, roller förändras och patienten hamnar i en beroenderoll och måste ta emot hjälp istället för att kunna ge hjälp.

Det finns olika underkategorier av afasi. Brocas afasi -motorisk afasi innebär att patienten har kvar sin språkförståelse men har däremot svårt att uttrycka ord och meningar, det tar tid och går trögt, däremot har patienten inga problem att hitta rätt ord. Wernickes afasi, även kallad sensorisk afasi innebär bristande språkförståelse och svårt att tala rätt. Talet flyter lätt men består av felaktiga ord eller nybildade ord. Vid denna form av afasi har patienten svårt att tolka och förstå det som sägs eller skrivs. En kombination av Wernickes och Brocas afasi kallas global afasi och är relativt vanligt vid stroke (Ericson & Ericson, 2008).

## 2.5 Teoretisk Referensram

Som teoretisk referensram valdes SAUK – modellen av Gustafsson, som är en modell för bekräftande omvårdnad; där människan ses som ett handlande subjekt, vilket innebär att människan hela tiden ställer upp mål som hon försöker förverkliga och uppnå för att förverkliga sitt liv. Begreppet handlande subjekt innefattar de tre komponenterna **livsplan, repertoar och miljö** (Gustafsson, 2004).

**Livsplan** innebär de mål och delmål en individ har i livet, exempelvis att vara en bra sjuksköterska och att skapa projekt för att nå satta mål. Målen i livsplanen som kan vara både medvetna och omedvetna, ger upphov till vilka handlingar som sker. Centrala mål i individens liv är sammanlänkande med dennes livsmening och livsvilja. För att uppnå dessa centrala mål krävs också förmågor som ingår i repertoar. En bristande livsvilja kan ses som att individen inte har prioriterade projekt i sin livsplan. Människans idealitet kan tolkas med hjälp av livsplanen, idealitet innebär den individ vi vill vara. I livsplanen tas beslut om olika projekt i strävan efter att minska skillnaden mellan individens idealitet och den människa individen är just nu. För att kunna klara av att hantera sin livssituation och förverkliga det man vill uppnå så måste människan relatera till sig själv. **Livsplaneomvårdnad** är ett medvetet sätt att stödja människor att trots sjukdom, kvarhålla sina mål med livet eller hitta nya. Att hjälpa människor att växa och mogna, att försöka stödja dem för att få dem att bli varse om sin egen situation samt att våga bearbeta sin egen situation är viktigt inom livsplaneomvårdnad (Gustafsson, 2004).

Med **repertoar** menas förmågor som används för att uppnå satta mål. Repertoaren innehåller

bedömning-, analys- och beslutsförmågor där beslut tas om mål och handlingar för att uppnå dessa och även kognitiva förmågor då reflektion sker över om satta mål är realistiska. De förmågor som används för att uppnå målen bestämmer i sin tur vilka handlingar som sker och hur handlingen utformas. Repertoaren kan tolkas som en uppsättning av potentiella och aktuella förmågor. Även fast människan innehar förmågor är det inte säkert att hon/han har viljan att praktisera dessa. Viljan att praktisera dessa förmågor hänger samman med icke gynnsamma och gynnsamma faktorer i inre och yttre miljö. Sjukdom kan påverka individen så att repertoaren undermineras, vilket kan innebära att till exempel patienter kan ha svårt att förmedla sin situation och därmed förmågan att handla vilket i hög utsträckning gäller för vald patientgrupp. **Repertoaromvårdnad** innebär att stärka patientens handlingskunskaper, alltså att få patienten att känna sig som en kompetent individ (Gustafsson, 2004).

**Miljö** delas in i **yttre** och **inre** miljö. Den inre miljön finns inom varje människa och utgör individens emotioner, attityder, värderingar och fysiska kropp. En viktig sak gällande den inre miljön är självbedömningen. Att ha en positiv självbedömning bidrar till att det blir lättare att handla och uppnå målen. Självrespekt och självförakt är andra förmågor som kan möjliggöra eller förhindra olika handlingar. Grundemotioner inom inre miljö är trygghet, förtvivlan, fruktan, oro, hopp, avundsjuka, lättnad, skam och stolthet. Alla dessa emotioner kan också bidra eller hindra individens handlingar. Eftersom uppfattningen om den fysiska kroppen ingår i inre miljö så kan sjukdom påverka individen och dennes handlingar och handlingsresultat. **Inre miljöomvårdnad** innebär att stärka patienten att använda sina inre miljöförmågor, ett exempel kan vara patientens attityd. Att ha en dålig självkänsla kan bidra till att patienten inte klarar av situationen. Därför är det viktigt ur vårdpersonalens synvinkel att förstå hur patienten värderar sig själv (Gustafsson, 2004).

Den **yttre** miljön består av aspekter runt människan som fysisk miljö, sociala nätverk och relationer, kultur och natur. Ett bristande socialt nätverk kan också påverka människans val och resultat av handling, att ha en person att anförtro sig åt är viktigt för att kunna få en realistisk uppfattning om sig själv och våga förändra sitt liv. Samhällets organisation och ekonomi är andra yttre miljöfaktorer som banar väg för olika individer och som formar vad som anses sant och normalt i ett samhälle. Att ha en god miljö kan stötta människan som handlande subjekt. **Yttre miljöomvårdnad** innefattar att stärka patientens förmågor i den yttre miljön. Dessa faktorer i den yttre miljön påverkar patientens vilja att handla. Exempel på gynnsamma faktorer kan vara när patienten blir bemött med respekt och att genom medkänsla kunna känna tro till sig själv. För att göra mötet med patienten meningsfullt krävs kunskaper om patienten och dennes situation. Tillit och öppenhet krävs för att mogna och ta ansvar i en relation (Gustafsson, 2004).

När vi kommunicerar behöver vi bli bekräftade genom att den som budskapet är riktat till lyssnar och bekräftar att denne har förstått ordens innebörd och samtalets sammanhang. Det centrala i den bekräftande omvårdnaden är individens syn på sig själv och sin situation, den bekräftande omvårdnaden utgår från att varje vårdtagare liksom vårdpersonal är unik. Omvårdnaden syftar till att stödja och stärka vårdtagarens utveckling, detta med autonomi, subjektivitet och en individualitet. Bekräftande kommunikation handlar om att bekräfta den andres existens och erkänna den andres kommunikation (Gustafsson, 2004).

Varje patient är unik och kräver en individspecifik omvårdnad utifrån dennes repertoar, miljö och livsplan som drastiskt ändras vid stroke. Begreppen **livsplan**, **repertoar** och **miljö** används i diskussionen för att på så sätt kunna belysa resultatet. Även begreppen

**livsplaneomvårdnad, repertoaromvårdnad, yttre miljöomvårdnad och inre miljöomvårdnad** har använts för att belysa sjuksköterskans roll i omvårdnaden (Gustafsson, 2004).

## **2.6 Problemformulering**

Utifrån forskning och litteratur kan det konstateras att kommunikationen mellan patient och vårdpersonal är ett problem då patienten lider av afasi. Draper et al. (2007) menar att kommunikationsproblem relaterat till afasi är väldigt stressande för vårdpersonalen. Vårdpersonalen framhöll vikten av att ge patienten tid att göra sig förstådd och att stress försämrade möjligheterna till kommunikation (Engström et al., 2005). Kommunikationsproblem innebär ett hinder för patienten att kunna göra sig förstådd och att förstå vårdpersonalen.

Att beskriva upplevelser av kommunikationen samt relationens betydelse för att kunna ge god omvårdnad är en väg till ökad kunskap. Författarna till denna litteraturstudie menar att en fungerande tvåvägskommunikation är essentiell för att kunna skapa en relation till patienten och kunna möta patientens behov av vård; och att en bristande kommunikation utgör ett problem för att kunna ge en individspecifik, god omvårdnad.

## **3 Syfte**

Syftet med litteraturstudien är att beskriva hur vårdpersonal upplever att kommunicera med patienter drabbade av afasi sekundärt till stroke, samt hur patienter med afasi upplever kommunikationen med vårdpersonalen. Syftet är även att beskriva samspelet mellan patienter drabbade av afasi och vårdpersonalen.

## **4 Frågeställningar**

Hur upplever vårdpersonalen kommunikationen med patienter drabbade av afasi sekundärt till stroke?

Hur upplever patienten med afasi kommunikationen med vårdpersonalen?

Hur upplever patienter och vårdpersonal samspelet?

## **5 Material och metoder**

En litteraturstudie har gjorts, där författarna har beskrivit och analyserat valda studier och kartlade på så sätt ett visst fält (Forsberg & Wengström, 2003). Artiklar valdes ut utifrån huruvida de svarade på det valda syftet.

### **5.1 Datainsamling**

Datainsamlingen gjordes i PubMed, Cinahl, Web of science samt Psycinfo, den sistnämnda resulterade dock inte i några artiklar som användes till examensarbetet. PubMed är en databas som täcker området medicin, omvårdnad och odontologi och innehåller huvudsakligen vetenskapliga tidskrifter. Cinahl täcker området omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi och innehåller olika dokumenttyper som vetenskapliga tidskriftsartiklar, monografier,

doktorsavhandlingar och konferensabstrakt (Forsberg & Wengström, 2003). Cinahl är också en av de mest användbara databaserna för sjuksköterskor (Polit & Beck, 2006).

För att få fram de engelska orden sökte vi termerna i MeSH (Medical Subject Heading) som är en form av ämnesord som används i Medline; varje ämnesord hade i sin tur underordnade termer (Forsberg & Wengström, 2003). Ett stort antal sökningar gjordes med olika kombinationer av sökorden. I tabell 1 ses sökningarna där författarna fann relevanta artiklar till studien. Inte alla sökord fanns som MeSH-termer men togs ändå med eftersom de ansågs relevanta för datainsamlingen som definierats utifrån det valda syftet. Författarna började sökningen brett med få sökord för att se hur många träffar detta resulterade i eftersom Friberg (2006) beskriver att det till en början är bra att söka brett för att sedan specificera sökningen allt eftersom arbetet fortskrider. På så sätt kan detta resultera i en rimlig mängd träffar på sökorden och för att kunna söka systematiskt. Sökningarna gjordes under november och december månad 2009. Sökord som användes var *aphasia, communication, patient, stroke, experience, nurse med trunkering, nursing, aphasic, encounter, professional-patients relations, interaction, nursing staff, health care personnel, perceptions* samt *point of view*; vilka gav de valda artiklarna.

Sammanlagt gjordes 46 sökningar i 4 databaser vilket slutligen resulterade i 34 artiklar som lästes gällande titel, abstract och resultat; av dessa djuplästes och kvalitetsgranskades 17 artiklar, varav 9 inkluderades i examensarbetet. När ett tillräckligt stort antal artiklar hittats och variationer av sökord inte resulterade i några fler unika träffar, kvalitetsgranskades artiklarna enligt Forsberg och Wengström (2003) för att på så sätt kunna bedöma den vetenskapliga styrkan i artiklarna.

**Tabell 1 Sökmatrix** I urval 1 lästes titel, abstract och resultat. I urval 2 djuplästes artikeln mer noggrant.

| Sökmotor och datum | Sökning nr: | Sökord   | Antal träffar | Limits | Urval 1 | Urval 2 | Valda artiklar enligt nummer i matrisen |
|--------------------|-------------|--|---------------|--------|---------|---------|---|
| 091109<br>Pubmed   | 1:1         | Aphasia AND communication AND nursing                        | 97            |        | 3       | 3       | 9, Sundin, et al 2000.                  |
| 091116<br>PubMed   | 1:2         | Aphasic AND encounter  | 3             |        | 2       | 2       | 1, Andersson & Fridlund, 2002.          |
| 091110<br>Cinahl   | 2:1         | Aphasia AND communication AND professional-patient relations | 15            |        | 5       | 3       | 5, Murphy, 2006. 8, Sundin, 2001.       |

|                          |     |   |    |                            |   |   |                              |
|--------------------------|-----|---|----|----------------------------|---|---|------------------------------|
| 091112<br>Cinahl         | 2:2 | Aphasia AND communication AND nursing   | 27 | 1999-2009<br>Peer reviewed | 7 | 4 | 6, Nyström, 2009.            |
| 091112<br>Cinahl         | 2:3 | Aphasia AND point of view AND communication   | 1  | 1999-2009<br>Peer reviewed | 1 | 1 | 2, Généreux et al., 2004.    |
| 091113<br>Cinahl         | 2:4 | Nurse* trunkering för att täcka in alla böjningar av nurse AND stroke AND communication | 69 | 1999-2009                  | 5 | 3 | 4, Kumlien & Axelsson, 2000. |
| 091123<br>Cinahl         | 2:5 | Patient AND communication AND aphasia AND experience                                    | 5  |                            | 5 | 1 | 7, Parr, 2007.               |
| 091123<br>Web of Science | 3:1 | Aphasia AND interaction AND communication   | 63 |                            | 6 | 1 | 3, Howe et al., 2008.        |

## 5.2 Urval

Inklusionskriterier var studier som handlade om patienter drabbade av afasi och stroke. Artiklarna skulle handla om patientens upplevelse av att kommunicera likväl som vårdpersonalens upplevelse av att kommunicera med patienter drabbade av afasi sekundärt till stroke. Artiklarna skulle överensstämma med vårt syfte. Till en början gjordes en tidsbegränsning på 10 år då äldre forskning enligt inklusionskriterierna ej var relevanta. Eftersom detta inte gav önskat resultat breddades sökningen och tidsbegränsningen togs bort. Inga globala begränsningar gällande studier från andra världsdelar gjordes eftersom författarna anser att stroke är ett globalt problem. En begränsning gällande språket gjordes; alla artiklar skulle vara skrivna på engelska eller svenska. Sökningen gjordes främst efter kvalitativa artiklar; men artiklar med kvantitativ design uteslöts inte automatiskt eftersom dessa kunde innehålla resultat av relevans för denna studie.

Artiklar som inte var vetenskapliga och hade för få deltagare och som endast beskrev en individs upplevelser av sin situation kopplat till sin afasi exkluderades.

Det som granskades i artiklarna var huruvida syftet, metod, urval och analys var tydligt beskrivna och sedan ifall resultatet var relevant för syftet. Dessutom skulle artiklarna ha ett tillgängligt abstract vid sökningen.

*I första urvalet* lästes artiklarna översiktligt, varje författare för sig för att få en känsla för materialet och för att kunna överblicka all data. Artiklar valdes bort som inte var vetenskapliga. Flertalet studier valdes bort på grund av tekniska begränsningar då artiklar inte fanns online i fulltext.

*I andra urvalet* lästes artiklarna noggrant igenom av båda författarna för att kontrollera relevans för syfte och frågeställningar. De valda artiklarnas resultatdel granskades noggrant. Kvalitetsgranskning av artiklarna gjordes med checklista för kvalitativa studier och kvantitativa studier enligt Forsberg och Wengström (2003).

Till studien valdes nio vetenskapliga artiklar ut som svarade på vårt syfte. Åtta artiklar var kvalitativa och en var kvantitativ. Artiklar som undersökte patientens upplevelser var fyra till antalet, tre stycken undersökte vårdpersonalens upplevelser och två artiklar innehöll bådadas perspektiv. De valda artiklarna presenteras i en matris (se Bilaga 1) för att överskådligt kunna se materialet och begränsa informationsmängden (Forsberg & Wengström, 2003).

### **5.3 Dataanalys**

Vald analysmetod inspirerades av ”*editing analysis style*” vilket innebär följande: 1. Första steget innebär att läsa igenom texten flera gånger för att hitta meningsfulla segment; plocka ut textstycken för att kondensera dessa till meningsbärande enheter 2. När segment är identifierade och granskade utvecklas ett kategorischema med likartade koder som kan användas för att sortera och organisera data. 3. Sedan söks mönster och strukturer som hänger samman med de tematiska kategorierna (Polit & Beck, 2006). Som steg 1 inriktade sig författarna på artiklarnas resultatdelar och läste också var för sig för att sedan tillsammans jämföra vilka meningar och ord som ansetts relevanta och plockats ut. Det som eftersöktes var meningsfulla segment som svarade på syfte och frågeställningar. 2. De valda artiklarna märktes med siffror från 1-9 för att kunna spåra ord och meningar tillbaka till artiklarna. För att kunna överblicka de meningsfulla segmenten tillsammans så lades de ut på ett bord och granskades. Varje mening märktes i sin tur med sidnummer och artikelnummer, för att kunna gå tillbaka till det ursprungliga sammanhanget vid behov; en färgkodning gjordes för att kunna spåra tillbaka till teman. Varje artikel analyserades först var för sig, sedan alla artiklar tillsammans, det vill säga alla separata analyser från varje artikel. Efter att de meningsfulla segmenten var identifierade så blev författarna inspirerade av sina frågeställningar som därför fick bli kategorischemat i denna studie. Kategorischemat handlade om *vårdpersonalens upplevelser*, *patientens upplevelser* och *samspel*, vilka blev övergripande teman. 3. Sedan sökte författarna efter mönster och identifierade subteman till de tematiska kategorierna i kategorischemat genom att tolka innehållet i de meningsbärande enheterna; vilka presenteras i resultatet.

### **5.4 Etiska överväganden**

Författarna har strävat efter att inkludera studier som gjort etiska överväganden såsom etiskt tillstånd, att hänsyn tagits till deltagarnas konfidentialitet och att informerat samtycke inhämtats, som är till för att skydda människor och bevara deras autonomi (Forsman, 1997). Författarna har tagit hänsyn till etiska principer: så som autonomiprincipen, att ta hänsyn till olika försökspersoners möjlighet till självbestämmande, att man bör sträva efter att göra gott med forskningen och förhindra skada samt att alla ska behandlas lika då det är möjligt (Olsson

& Sörensen, 2007). Detta har bland annat utförts genom att vid litteraturgranskningen kontrollera att deltagarna fått lämna informerat samtycke vid de studier som valdes att belysas. Polit och Beck (2006) anger att generellt kan forskare använda sig av ett underförstått samtycke, vilket innebär att om individen till exempel skickar tillbaka en enkät antas denne medverka frivilligt, vilket antogs ha varit fallet i den kvantitativa studien som inkluderats.

Bias vid forskning innebär att forskaren har förutfattade meningar kring ämnet; något som författarna bör vara medvetna om då det kan komma att påverka studiens trovärdighet. Utifrån förförståelsen hos författarna finns en medvetenhet om att det kan påverka vilka artiklar som väljs ut samt hur de tolkas. Målet har varit att göra en objektiv litteraturstudie, genom att vara medvetna om förförståelsen (Polit & Beck, 2006).

## 6 Resultat

Vid analys av nio vetenskapliga artiklar framkom följande teman: *Patientens upplevelser, vårdpersonalens upplevelser och samspel*. Subteman till patientens upplevelser: *bristande förståelse, maktlöshet, frustration, tålmod, brist på självförtroende*. Subteman till vårdpersonalens upplevelser: *positiva upplevelser, negativa upplevelser, känsla av att känna sig otillräcklig, frustration, bristande förståelse av patienten*. Subteman till samspel: *kontinuitet, bekräftelse, gränser och närhet i samspel*.

### 6.1 Patientens upplevelser

#### *Bristande förståelse*

Att inte kunna förstå andra människor återkom ett flertal gånger i artiklarna. Svårigheter att följa med när andra pratar och att inte förstå verbala meddelanden var vanligt (Nyström, 2009; Andersson & Fridlund, 2002; Murphy, 2006; Howe, Worall & Hickson, 2008). Ett exempel på detta beskrivs då den deltagande patientgruppen känner sig oroliga över att läkaren inte förstår deras kommunikationsproblem som afasi och hur det ger patienten lässvårigheter och svårigheter att förstå komplext språk. Patientgruppen uttryckte också oro gällande att kunna återberätta för sin familj vilka råd de hade fått hos läkaren och om de verkligen hade förstått vad läkaren sade. När patienten och läkaren inte förstod varandra och patienten upplevde att samtalet fick en dålig start och detta kunde skada relationen mellan dem (Murphy, 2006). Ett annat exempel var då patienten efter läkarbesöket frågar observatören i studien vad recepten skall vara till för när detta förklarats under samtalet men läkaren inte kontrollerat att patienten verkligen förstod. Att inte kunna förstå upplevdes även i möten med okända människor, då patienten upplevde att de talade för fort (Andersson & Fridlund, 2002).

I en studie uttryckte en patient stor trygghet och bekräftelse när sjuksköterskan pratade med henne medan hon klädde och tvättade patienten. Anledningen till detta tycks vara att sjuksköterskan var medveten om att patienten förstod trots att patienten inte kunde uttrycka sig verbalt. Ett annat exempel beskriver en patient med expressiv afasi som hade svårigheter att visa att hon förstod, men hade möjlighet att tänka. Patienten kände sig inte bekräftad och tyckte att undersköterskan borde veta bättre. Därför kan det vara en lättnad för patienten att vårdpersonalen visar att de förstår att patienten kan tänka och det blir också lättare för patienten att känna sig som samma person som innan stroke genom att bekräfta patientens kompetens (Nyström, 2009). En känsla av att förstå men inte kunna förmedla detta beskrevs av en patient som sade: *"We can understand what caregivers are saying and doing although we cannot always give an answer."* (Nyström., 2009, s. 2507).

### ***Maktlöshet***

Känslor av maktlöshet upplevdes av patienter med afasi när vårdpersonalen inte talade direkt till dem utan istället till patientens anhöriga och även då vårdpersonal talade över huvudet på patienterna (Nyström, 2009; Murphy, 2006; Parr, 2007). I en studie beskriver en patient upplevelsen som otrevlig när undersköterskan endast gav instruktioner om vad patienten skulle göra, men samtalande annars inte med honom. Detta fenomen sker när vårdpersonalen inte samtalar med patienten eller talar över huvudet, vilket leder till att det gemensamma målet för båda parter, att kunna kommunicera minskar (Nyström, 2009).

Andra sammanhang som beskrevs innefattade situationer där patienten fick utstå kränkande behandling. Situationer beskrivs där patienten blir talad till som ett spädbarn eller när personal talar över huvudet på patienten om hans familj (Parr, 2007). Nyström (2009) beskriver att patienter ofta kan känna sig i en svag position när de under en konversation blir påmind om sin kommunikationssvårighet och även Parr (2007) beskriver detta då patienter blir överkörda och maktlösa i verbala situationer.

Maktlöshet förekom även i samtal med läkare då patienterna upplevde att läkaren talade för fort och använde fackspråk som patienten inte förstod (Murphy, 2006) eller när människor fyllde i patientens mening och inte hade tålmod att vänta ut patienten (Andersson & Fridlund, 2002; Parr, 2007).

### ***Frustration***

Känslan av frustration återkom i fyra av artiklarna. Att inte kunna förmedla sig när orden finns i huvudet, att plötsligt inse att orden inte finns där eller inte kunna delta i ett vanligt samtal beskrevs som frustrerande (Nyström, 2009; Andersson & Fridlund, 2002; Parr, 2007; Murphy, 2006). Ett exempel på detta var då en kvinna beskriver hur hon blir arg när hennes man tar över samtalet då hon börjar prata osammanhängande och hon upplever att han inte säger det hon vill och känner (Murphy, 2006). I en annan studie blev en patient med afasi chockad då doktorn pekar på väggen och patienten ska säga vad det är men ordet finns inte där (Nyström, 2009). Även Andersson och Fridlund (2002) beskriver känslan av frustration när en patient skulle hålla tal och inte ett enda ord ville komma ut, huvudet var fullt av ord men det var omöjligt. Ett annat exempel återfinns i Nyström (2009): *"To just sit there mute and stupid, with one's head full of more or less brilliant comments, not being able to make use of them is trying, infernally trying and I became very angry"* (Nyström., 2009, s. 2507).

### ***Tålmod***

Ibland kunde patienterna uppleva brist på tålmod hos vårdpersonal och andra människor. Det kunde gälla att personen talade för fort eller lät bli att ställa frågor eftersom det tog för lång tid för patienten att svara (Murphy, 2006; Andersson & Fridlund, 2002). I Andersson och Fridlund (2002) beskrivs dock hur tålmod gavs från en patients föräldrar då han/hon skulle försöka att säga något. Det kunde ta upp till sju eller åtta gånger, vilket krävde tid och tålmod men till slut blev det rätt.

### ***Brist på självförtroende***

Dåligt självförtroende och rädsla över tanken att göra bort sig var ett stort problem för patienterna. Detta gav patienterna känslor som olycka, svaghet, ängslighet, dumhet och pinsamhet (Andersson & Fridlund, 2002; Murphy, 2006). Brist på självförtroende upplevdes i



samband med ett telefonsamtal då patienten inte trodde att han kunde förmedla sig. Att känna sig liten och inte kunna förmedla sig, inte få ut det man vill säga ger en patient i Andersson och Fridlund (2002) känslor av olycka. En patient uttryckte det som: *"I'm afraid to fail completely...I feel very foolish...don't know how to explain it but...when I can't say what I want...I'm in despair."* (Andersson & Fridlund., 2002, s. 290).

## **6.2 Vårdpersonalens upplevelser**

### ***Positiva upplevelser***

Sjuksköterskorna i Kumlien och Axelsson (2000) beskrev sina upplevelser att när patienten lyckades förstå vad de sade och att patienten kunde svara på frågorna upplevdes lycka av patienten. Parr (2007) fann att personal i dagvård och omvårdnad kunde på ett respektfullt och uppmärksamt sätt inkludera patienten med afasi i konversationen.

En undersökning gjordes innan kommunikationsplaner testades för att lyfta fram det unika för varje patient. Kommunikationen beskrevs som varm, respektfull, vänlig, social, personlig, tillfredsställande och harmonisk (Généreux, Julien, Larfeuil, Lavoie, Soucy & Le Dorze, 2004). Också Sundin, Jansson och Norberg (2000) fann att framgångsrika situationer beskrevs med ord som tillfredsställande, lycka, känna sig nöjd och lättad.

### ***Negativa upplevelser***

Många negativa ord som begränsad, svår, stressande, frustrerande och osäkerhet beskrevs av vårdpersonalen i kommunikationen med patienter med afasi (Généreux et al. 2004; Kumlien & Axelsson, 2000; Murphy, 2006). I en studie upplevdes en knapp envägskommunikation av vårdpersonalen. Kommunikationen beskrevs även som ofullständig, ansträngande, begränsad och primitiv (Généreux et al., 2004).

### ***Känsla av att känna sig otillräcklig***

Murphy (2006) beskrivs känslan av otillräcklighet då vårdpersonalen inte visste vad patienten hade för behov och vad problemet egentligen bestod av. Likaså blev vårdpersonalen besvikna de dagar de inte kunde uppnå djup och meningsfull kommunikation med patienten och inte kunde uppnå önskad kvalitet och sina mål med omvårdnaden (Sundin, Norberg & Jansson, 2001; Sundin et al., 2000). Även Nyström (2009) beskriver känslan av otillräcklighet då vårdpersonalen inte visste hur de skulle bemöta patienten i dennes situation och gör försök att inge hopp hos patienten genom att uttala sig om sjukdomsbilden utan tillräcklig kunskap. Vårdpersonalen i exemplet sa till patienten att han skulle tillfriskna utan att egentligen veta något om dennes hjärnskada. Situationen uppfattades av vårdpersonalen som obekvämt och därför förringades problemet och de försökte flytta fokus bort från den obekväma situationen.

### ***Frustration***

Frustration uttrycktes ofta av vårdpersonal gällande att kommunicera med patienter med afasi, det handlade om att inte kunna bli förstådd och inte förstå patienten och på vilket sätt de skulle möta patienten (Kumlien & Axelsson, 2000; Murphy, 2006). Problem med att lära känna patienten och att förstå deras känslor förekom också (Kumlien & Axelsson, 2000). En läkare i Murphy (2006) beskriver sin frustration vid försök att få fram budskapet till patienter med afasi, då dessa inte kan ta emot informationen eller glömmer vad de vill säga när de kommer till konsultationen. Vårdpersonal i Généreux et al. (2004) beskrev kommunikationen innan införandet av kommunikationsplaner som frustrerande, otillfredsställande, i dödläge, mer eller mindre tillfredsställande, stressande och hjälplös.

### *Bristande förståelse av patienten*

Att inte förstå hur mycket patienten förstod upplevdes som svårt (Murphy, 2006). Vårdpersonal ansåg att det var meningsfullt och viktigt att vara hängiven och uppmärksam och försöka förstå patienterna för att kunna tillgodose deras omvårdnadsbehov (Sundin et al., 2001). Endast i Kumlien och Axelsson (2000) belystes fenomenet då patienter med ursprung från ett annat land än Sverige, återgick till modersmålet efter en stroke. Det beskrevs hur patienterna miste sitt svenska uttryck, och endast kunde göra sig förstådda och hade lättare att förstå modersmålet. Då patienterna svarade på sitt modersmål upplevde vårdpersonalen det som svårt att förstå.

### **6.3 Samspel**

Att samspel har betydelse för kommunikationen påvisas i fyra av artiklarna (Sundin et al., 2001; Sundin et al., 2000; Nyström, 2009; Parr, 2007). Jämbördighet i relationen uppnåddes genom att patientens människovärde respekterades och vårdpersonalen behandlade patienterna så som de själva hade velat bli behandlade. Detta gjorde det enklare för patienten och vårdpersonalen att kommunicera med varandra. Omvårdnaden var beroende av att kommunikationen fungerade och i sin tur att relationen existerade (Sundin et al., 2001). Innan införandet av kommunikationsplaner upplevde vårdpersonalen att samspel med patienterna var begränsat, frustrerande och opålitligt (Généreux et al., 2004).

### *Kontinuitet*

Att känna igen någon, att få träffa samma person i kontakt med vården beskrevs av Murphy (2006) vara av betydelse för patienten då denne kunde känna att de blev förstådda och fick tillräckligt med tid. Också Howe et al. (2008) beskriver att det underlättar för patienten att delta i samtalet om personerna känner patienten. En läkare i Murphy (2006) uttryckte följande: *“I think that’s a huge factor – it helps if you know the person-continuity.”* (Murphy., 2006, s. 53).

I en studie beskriver en sjuksköterska att efter kontakt etablerats med patienten kunde patienten börja känna sig trygg och uttrycka sina behov utan att vara rädd för att vara till besvär. Sjuksköterskan kände sig säker när en relation skapats till patienten och hon/han kunde känna att patienten också var trygg (Sundin et al., 2001). En patient beskrev att när denne känner att vårdaren verkligen vill förstå och veta finner patienten det lättare att känna sig trygg (Nyström, 2009). Sundin et al. (2000) beskrev att när vårdpersonalen höll patientens hand växte banden mellan dem starkare och gjorde kommunikationen enklare. Relationen är som något som växer sig fram starkare ju mer patienten och vårdpersonalen lär känna varandra (Andersson & Fridlund, 2002).

### *Bekräftelse*

Bekräftelse av patienten till samma nivå kan ske genom att identifiera sig med patienten, visa på samma mänskliga värde och bekräfta att patienten kan tänka och också därigenom relatera till patientens tidigare kompetens (Nyström, 2009; Sundin et al., 2000). En strävan efter jämbördighet med patienten genom att höja patienten till samma nivå är något som återkommer i en del av artiklarna (Nyström, 2009; Sundin et al., 2001; Sundin et al., 2000). Att kunna engagera och involvera patienten i ett samtal trots att patienten inte kan svara är att visa respekt och ge bekräftelse (Parr, 2007; Murphy, 2006). Att kunna stanna kvar i samspelet

tills patienten förstått, trots att situationen upplevdes som väldigt stressande för personalen, sågs som ett verktyg för en lyckad icke-verbal kommunikation. På detta sätt kunde patienten bekräftas (Sundin et al., 2000).

### ***Gränser och närhet i samspel***

Gränssättning i samspelet mellan patient och vårdpersonal upplevdes som viktigt eftersom relationen annars kunde bli lidande och patientens integritet kunde bli skadad (Sundin et al., 2000; Murphy, 2006). Ett betryggande avstånd sågs som ett sätt att skydda både patienten och vårdpersonalen från att bli för emotionellt involverade i relationen, och som en möjlighet till att våga komma varandra närmare för att kunna utbyta känslor. Vårdpersonalen fick en känsla för var gränser skulle sättas i den professionella relationen till patienten, vilket beskrevs av en deltagare: (Sundin et al., 2000).

*I always want a sort of distance to all patients, I do not want them too near, inside me, I experience it in that way. In a way, you point to the fact that there are boundaries. You draw the line, you feel that, no, this is going too far, and then, in a way, I am putting a stop to the closeness between me and the patient* (Sundin et al., 2000, s. 484).

Hinder för samspel upplevdes av deltagarna i Andersson och Fridlund (2002) när det var för många deltagare i samtalet och deltagarna fann det svårt att följa med i konversationen, och samspelet upplevdes då som hämmat av deltagarna. Även i Howe et al. (2008) beskrevs hinder i samspelet då deltagarna inte stöttades genom extra stöd från andra som deltog i samtalet. Extra stöd kunde innebära att försäkra sig om att personen med afasi verkligen förstod vad som sades.

## **7 Diskussion**

### **7.1 Metoddiskussion**

Författarnas uppfattning efter litteraturgenomgång är att det finns få studier gjorda med patienter som är drabbade av stroke och afasi, just på grund av kommunikationsproblem vilket även Murphy (2006) och Parr (2007) beskriver. Litteraturstudien syftade till att fördjupa förståelsen för vårdpersonalens upplevelse och erfarenheter av att kommunicera då patienten var drabbad av afasi. Eftersom kvalitativa studier enligt Friberg (2006) handlar om att fånga de subjektiva upplevelserna och erfarenheterna så var utgångspunkten från kvalitativa artiklar i sökningen, då syftet med litteraturstudien var att få veta mycket om få. Under sökningens gång återfanns dock kvantitativa artiklar i träffarna, som var relevanta för syftet, sökningen utökades därför till att gälla både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Många av artiklarna återkom i flertalet sökningar, det diskuterades då huruvida andra sökord skulle tillämpas eller om sökområdet ansågs mättat.

Från början söktes artiklar på enbart sjuksköterskans perspektiv men att bara beskriva sjuksköterskans eller vårdpersonalens perspektiv skulle enbart beskriva en sida av upplevelsen av att kommunicera vid afasi. För att få med patienternas perspektiv inkluderades detta i sökningen av artiklar. De flesta av artiklarna belyser till stor del det fenomen vi valt att studera och skriva om. Två av artiklarna var inte självklara för syftet men innehöll relevant data som gjorde att de inkluderades och bidrog till att svara på vårt syfte (Parr, 2007; Howe et al., 2008).

Sökningen efter artiklar drog ut på tiden då flertalet artiklar inte fanns online i fulltext. Av de artiklar som ingår i litteraturstudien framgår det av artiklarna att sex stycken hade granskats och godkänts av etisk kommitté. I tre av artiklarna, (Nyström 2009; Génèreux et al., 2004; Parr, 2007) framgår det inte uttryckligen om studierna ansökt om etiskt tillstånd, mer än att det gjorts andra etiska överväganden såsom informerat samtycke. Men genom att gå in på tidskriftens hemsida (Journal of Clinical Nursing samt Aphasiology) kunde information hittas om krav på etiskt tillstånd, då alla artiklar som publicerats i tidsskriften hade granskats och godkänts av en etisk kommitté.

### ***Styrkor***

Kvalitativa studier användes framförallt (8 stycken), som enligt Olsson och Sörensen (2007) ger forskaren möjlighet att kunna beskriva företeelser utifrån studiedeltagarnas livsvärld. Den kvantitativa artikeln (Génèreux et al. (2004) inkluderades då denna styrker de kvalitativa artiklarnas resultat genom att beskriva upplevelser av kommunikationen både innan och efter att en kommunikationsplan har tillämpats. Artiklarna avgränsades till att vara skrivna på det engelska och det svenska språket som behärskas, för att minska den påtagliga risken för misstolkning. För att styrka att de teman som framkommit under analysen har signifikanta citat tagits med. Dessa citat valdes att bevaras på sitt ursprungsspråk för att inte betydelsen skulle gå förlorad för läsaren och så misstolkningar av citatets innebörd inte skulle ske av författarna; då egna värderingar och förförståelse ofta läggs in i text som läses.

### ***Svagheter***

En av svagheterna med examensarbetet kan ha varit fokuseringen på titel och abstrakt i det inledande skedet av artikelsökningen till följd av tidsbegränsningen, eftersom förförståelsen om att en bra vetenskaplig artikel även borde ha ett beskrivande abstrakt som reflekterar innehållet i artikeln. Detta kan ha resulterat i att värdefulla artiklar möjligen fallit bort. Fem av artiklarna kommer från Sverige, två från England, därefter en vardera från Canada och Australien. Resultatet skulle därmed kunnat se annorlunda ut ifall artiklarna representerades även av länder utanför västvärlden, då författarnas förförståelse är att resurser och utbildning kan skilja sig länder emellan.

Det finns en medvetenhet om att en förförståelse har existerat under arbetets gång, vilket kan ses som en svaghet. Men detta skulle även kunna ses som en styrka då denna förförståelse är relaterad till en erfarenhet av att vårda patienter med afasi; vilket gör att en ökad förståelse för problem med kommunikation funnits från början. Uppsatsarbetets tidsram gjorde att artikelsökningen begränsades till artiklar som fanns i fulltext online. Författarna anser att resultatet skulle ha kunnat stärkas ytterligare om artiklar hade kunnat beställas.

En svaghet i studien kan vara att vissa funna resultat i studien inte är så pass representerade så att de återfanns i alla artiklar. Detta skulle kunna bero på att författarna använt sökord som inte täckt in dessa perspektiv på kommunikation. I en av artiklarna (Murphy, 2006) går det inte att särskilja afatikerna från en annan grupp med deltagare som lider av begåvningshandikapp. Trots detta inkluderades studien eftersom antalet afatiker var dubbelt så många som de övriga deltagarna.

Till att börja med läste författarna artiklarna var för sig för att på så sätt kunna få individuella perspektiv på artiklarna som sedan kunde diskuteras; trots att författarna läst och tolkat texterna enskilt blev ändå resultatet likartat. Flertalet av artiklarna har även liknande resultat vilket bidrar till denna litteraturstudies trovärdighet. Trovärdigheten studeras enligt Olsson

och Sörensen (2007) även utifrån om citat och referenser angetts korrekt och om upphovsmannen uppgetts så plagiat eller ohederlighet inte begåtts, vilket författarna tagit hänsyn till genom att inte utföra plagiat samt vid genomläsning kontrollerat att forskaren hänvisat med korrekta referenser. Trovärdigheten har också styrkts genom att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar i studien i enlighet med rekommendationer i Forsberg och Wengström (2003).

Valet av teoretisk referensram framstår som relevant i förhållande till syftet eftersom grundtanken i SAUK-modellen handlar om bekräftande omvårdnad, vilket har visat sig betydelsefullt i resultatet och var ett självklart val från början. Författarna till denna litteraturstudie ansåg att det inte fanns någon bättre lämpad teori för att stärka vårt resultat. Gustafssons (2004) begrepp som vi valt att använda oss av påverkas dock av afasin; de är, som vi tolkar det, bästa lämpade att användas då en fungerande tvåvägskommunikation är möjlig. Eftersom vi anser att teorin är svårtolkad så ser vi svårigheter att helt kunna förstå innebörden av den och kunna använda den kliniskt. Hur får vi tillgång till exempelvis den inre- och yttre miljön då patienten inte kan förmedla denna? När vi kommunicerar och inte får någon respons så påverkar detta hur vi ser på patienten. Vi reflekterar inte över kommunikationen förrän den fallerar; då blir den mer tydlig när ansträngning måste ske för att kunna återuppta förmågan till en fungerande tvåvägskommunikation. Ett annat problem som kan ses med teorin är att patienten är i fokus medan vårdpersonalen hamnar i skymundan och inte får plats i teorin. Om teorin blir för patientcentrerad så tar det fokus från vårdpersonalen och deras roll i att kommunicera. Det är viktigt att se till vilka begrepp som vårdpersonalen kan påverka och lyfta deras roll i kommunikationen.

## 7.2 Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen belyser författarna delar av resultatet mot Gustafssons (2004) innehåll i **livsplan, repertoar och miljö**. Även **livsplaneomvårdnad, repertoaromvårdnad** och **inre- och yttre miljöomvårdnad** tillämpas.

### *Patientens upplevelser*

Upplevelsen av maktlöshet kan te sig på olika sätt för olika patienter. Dels att bli talad över huvudet på, att inte kunna delta i samtal, att inte bli talad till eller att känna sig i en svag position är exempel på detta (Nyström, 2009; Murphy, 2006; Parr, 2007). Detta kan relateras till innehållet i **inre miljö** som innefattar individens emotioner (Gustafsson, 2004). Maktlöshet kan tolkas som en emotion som kan förhindra eller möjliggöra olika handlingar. Det skulle kunna innebära att patienten inte kan komma vidare i sin rehabilitering, å andra sidan kanske själva maktlösheten kan sporra patienten att övervinna känslan av maktlöshet. Att känna sig maktlös till följd av sin sjukdom är något som sjuksköterskan måste ta hänsyn till och tänka på i sin profession. Sjuksköterskan bör sträva efter att göra patienten mer delaktig och minska utanförskapet. Medvetenhet om detta fenomen är en början. När patienten inte kan göra sig förstådd kan således vårdens kvalitet försämrans (Tuohy, 2003; Sundin & Jansson, 2003). Detta eftersom genom talet skapar vi förbindelser med varandra och kommunikationen är ett sätt att överleva, för att kunna samarbeta med andra och även skapa relationer (Dimpleby & Burton, 1999). **Inre miljö** är ett viktigt begrepp att använda kliniskt menar författarna då patienten ska ses som en resurs i vårdarbetet. Att jobba mot samma mål och att göra patienten delaktig i sin egen vård är en rättighet för patienten som vårdpersonalen måste följa.

Positiva upplevelser hos patienterna gällande kommunikationen kan relateras till begreppet **livsplan** där patienten verkar ha prioriterade projekt i sin livsplan, det vill säga att när de verkligen förmår att kommunicera upplever de lycka. En patient som har genomgått en stroke och som drabbats av afasi vill naturligtvis återfå sitt tal och sitt språk, därför strävar de efter i sin livsplan att minska skillnaden mellan individens idealitet och den mänskliga individen är i nuet (Gustafsson, 2004). Vid afasi förändras patientens språk, detta kan leda till förändrade emotioner som att självförtroendet förändras. Rädsla för att göra bort sig, att vara rädd för att tala inför grupp och att inte kunna förmedla sig är exempel på detta (Andersson & Fridlund, 2002; Murphy, 2006; Howe et al., 2008). Detta kan relateras till patientens **inre miljö**. Ett bristande självförtroende är något som kan hindra patientens handlingar. Patientens uppfattning om sin sjukdom kan hindra dennes handlande och förmågan att förmedla sin situation. Att drabbas av afasi kan få patienten att känna sig nedslagen och maktlös som framkommer i resultatet. Genom att utöva **repertoaromvårdnad** kan sjuksköterskan få patienten att känna sig som en kompetent individ där hon stärker patientens handlingskunskaper. Ett exempel på detta kan vara att sjuksköterskan tar tillvara på patientens vilja att rehabiliteras (Gustafsson, 2004). Att använda begreppet **livsplan** kliniskt kan ses som en utmaning då sjuksköterskan för att kunna stärka patientens handlingskunskaper behöver kunna kommunicera med patienten på ett adekvat sätt. Eftersom **repertoar** handlar om patientens potentiella och aktuella förmågor kan det också här innebära svårigheter att inse patientens behov och vilka förmågor denne har. Gustafsson (2004) menar också att bara för att patienten har förmågan att exempel rehabiliteras innebär inte det alltid att patienten har viljan att utföra rehabiliteringen av olika anledningar.

### *Vårdpersonalens upplevelser*

I resultatet fann författarna att vårdpersonalen ofta kände sig otillräckliga i omvårdnaden av patienterna. Detta kunde bero på att de inte visst vad patienten hade för behov (Murphy, 2006) eller då vårdpersonalen helt enkelt inte visste hur de skulle bemöta patienten (Nyström, 2009). Dagar då en meningsfull kommunikation inte uppstår tvivlar vårdpersonalen också på om de kan uppnå önskad kvalitet på vården (Sundin et al., 2001). Författarna anser att detta är intressant då ofta patienten hamnar i fokus medan vårdpersonalen hamnar i skymundan. Vårdpersonalen kan som tidigare nämnts också uppleva kommunikationen som en svår uppgift att lösa. Stress kan försämra möjligheterna till kommunikation med patienter med afasi (Draper et al., 2007). Således vore det av vikt att vårdpersonal får mer utbildning gällande kommunikation, för att på så sätt bli mer säkra på att kommunicera i situationer där kommunikationssvårigheter uppstod. **Inre miljöomvårdnad** innebär att stärka patientens inre förmågor, ett exempel är attityden. Detta begrepp kan bli svårt att använda kliniskt då det kan vara problematiskt att ta reda på hur patienten upplever sig själv och värderar sig själv enbart genom kroppsspråk och icke-verbal kommunikation. Att använda sig av **livsplaneomvårdnad** kanske skulle passa bättre just i den situationen som beskrivs ovan. Att medvetet stödja den sjuka patienten och kvarhålla sina mål med livet som kanske ändrats efter patientens stroke och påföljande afasi.

### *Samspel*

Relationen visar sig ha betydelse för kommunikationen mellan vårdpersonalen och patienterna. Relationen växer sig starkare vid kontinuiteten i vården och det beskrivs av Sundin et al. (2000) hur relationen mellan vårdpersonalen och patienten växer ju mer de lär känna varandra vilket underlättar för en god tvåvägskommunikation. Patientens relationer och sociala nätverk tillhör den **yttre miljön** hos patienten. Vårdpersonalen kan genom relationen stötta patienten och på så sätt skapa en god miljö (Gustafsson, 2004). I relationen som skapas

till patienten gäller det att inte bli för personlig samtidigt som en viss öppenhet och identifikation med patienten krävs för att kunna ge en god vård. Vårdpersonalen i Sundin, Jansson och Norberg (2000) är konsekventa med att sätta gränser i relationen till patienten. Det är viktigt att patienten inte kommer för nära vårdpersonalen i relationen och att vårdpersonalen beslutar om nivån på närheten mellan sig själva och patienten. Således anser författarna till denna litteraturstudie att det är viktigt att skapa en relation till patienten men fortfarande ha en viss distans för att kunna ge en professionell omvårdnad. Innehållet i **yttre miljöomvårdnad** innebär sådant som författarna anser är självklart inom vårddyrket, att bemöta patienten med respekt och medkänsla för att patienten ska kunna känna tro till sig själv. Däremot är det viktigt att sätta ord på sådant som anses självklart för att det kanske inte alltid är lika uppenbart för alla.

Bekräftelse av patienten på olika sätt framkommer i resultatet. Det kan innebära att kunna leva sig in i patientens situation, att vårdpersonalen visar att de förstår att patienten kan tänka genom att uttrycka det och visa det genom att samtala med patienten trots att patienten inte kan svara (Parr, 2007; Murphy, 2006). Patientens tidigare kompetens är viktig, att en människa inte kan uttrycka sig betyder inte att han/hon inte är kompetent (Nyström, 2009). Således anser författarna att det är av största vikt att bekräfta patienten, att visa respekt och inte låta sin negativa förförståelse råda i mötet med patienter med afasi. Förförståelse kan dock även vara till hjälp för att förstå den svåra situationen patienten befinner sig i. Positiv erfarenhet av att kommunicera med patienter med afasi kan ses som positiv förförståelse, vilket kan underlätta i kommunikationen. Genom att använda **repertoaromvårdnad**, där målet är att få patienten att känna sig som en kompetent människa, kan bekräftelse av patienten ske. Om bekräftelse och stöd ges kan det gynna patienten att handla och praktisera sina förmågor (Gustafsson, 2004).

## 8 Slutsats

Omvårdnad utifrån de begrepp vi valt att använda från SAUK-modellen skulle kunna underlätta vården för patienter med afasi. Förutsättningen är att sjuksköterskan genom hjälpmedel och icke-verbal kommunikation kan kommunicera på ett bra sätt med patienten. Att utforska patientens mål, förmågor och stödja patienten förutsätter i alla fall någon form av verbal kommunikation som är svår att ersätta med endast icke-verbal kommunikation. Därför kanske begreppen från SAUK-modellen inte skulle underlätta kommunikationen på ett optimalt sätt för patienter med afasi eftersom vi anser att modellen förutsätter att verktygen (att kunna tala och förmåga att förstå) för kommunikation redan finns där. Om kommunikationen inte finns tillgänglig hur går man vidare då för att skapa en relation? För att Gustafssons (2004) begrepp ska kunna tillämpas måste man utgå från att det finns en fungerande kommunikation; detta faller med Gustafssons (2004) begrepp då den ena parten i samtalet antingen inte innehar förmågan att tala eller att förstå. Vilken plats har då kommunikationen i teorin? Kanske skulle teorin kunna kompletteras och även innehålla modeller då patienten inte kan kommunicera verbalt.

När en patient drabbas av afasi som följd tillstånd efter stroke kan det kännas omvälvande eftersom kommunikationen är något som vi alla använder oss av och är en förutsättning för vårt liv. Problem med att kommunicera existerar i allra högsta grad vid afasi och patienterna har många känslor relaterade till detta. Samspelet mellan vårdpersonal och patient är något som är en förutsättning för att ge en god vård och detta kan ske på fler sätt än genom verbal kommunikation. Genom beröring, ögonkontakt och ansiktsuttryck kan vårdpersonalen stötta

patienten i denna svåra situation, både psykiskt och fysiskt (Tuohy, 2003). Tyvärr kan idag kortare vårdtider och stor rotationen på personal bidra till en negativ utvecklingsriktning där den viktiga kontinuiteten går förlorad, då patienten kanske inte får träffa samma sjuksköterska varje dag. Om kontinuiteten går förlorad försvåras kommunikationen ytterligare och patienten får inte tillgång till samma trygghet. Kontinuiteten kan bidra till att skapa relation mellan patienten och vårdpersonalen vilket kan underlätta kommunikationen och öka tryggheten hos patienten (Sundin et al., 2001). Eftersom alla människor är unika och har egna upplevelser är det viktigt att anpassa sig till individen och dennes behov. Att vara medveten om att kommunikationsproblem kan uppstå och att samspelet har betydelse för kommunikationen kan underlätta vården av patienter med afasi.

### **8.1 Vidare forskning**

Som tidigare nämnts finns inte så mycket material gällande vald patientgrupp just till följd av kommunikationsproblem. Det vore därför intressant att få se mer forskning allmänt inom området kring patienternas upplevelser av att kommunicera vid afasi. Mer forskning kring patientens kommunikationsproblem är viktigt för att patienten ska kunna uttrycka åsikter om sin upplevelse (Sundin & Jansson, 2003).

Under artikelsökningen upptäcktes att få studier om sjuksköterskans perspektiv fanns, endast två artiklar tog upp detta. Det vore intressant att jämföra skillnader i upplevelser av att kommunicera hos patienter med afasi och vårdpersonal i ett utvecklingsland jämfört med ett industriland. Olika resurser i sjukvården kanske påverkar upplevelserna? Detta är också intressant för att påvisa eventuella skillnader i upplevelser relaterat till kulturella aspekter, vilket skulle kunna påverka bemötandet hos patienter på svenska sjukhus som kommer från andra länder. Författarna anser att resurserna är liknande på de svenska sjukhusen. Därför vore det av intresse att få ökad kunskap om skillnaderna i upplevelser av kommunikation vid afasi i länder som inte har samma möjlighet till rehabilitering, inte lika stor kunskap hos personalen och inte heller lika stora möjligheter till forskning som vi har i Sverige.



## 9 Referenslista

- Andersson, S., & Fridlund, B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9-(3), 285-92.
- Ahlberg, A.W., Lundqvist, N., & Sörbom, G. (2001). *Norstedts latinsk-svenska ordbok*. (2:a uppl.). Stockholm: Norstedt.
- Aquilonius, S-T., Backlund, E-O., Bader Johansson, C., Bergström, K., Blom, S., & Blomstrand, C. (1994). *Neurologi*. (2:a uppl.). Stockholm: Liber.
- Dimbleby, R., & Burton, G. (1999). *Kommunikation är mer än ord*. Lund: Studentlitteratur.
- Draper, B., Bowring, G., Thompson, C., Van Heyst, J., Conroy, P., & Thompson J. (2007). Stress in caregivers of aphasic stroke patients: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 21- (2), 122-30.
- Eide, H., & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation – Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Engström, B., Nilsson, R., & Willman, A. (2005). *Omvårdnad vid stroke: State of the Art*. Stockholm: Gothia.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Illustrerade medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad - medicinsk behandling - patofysiologi*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Forsman, B. (1997). *Forskningsetik – en introduktion*. Studentlitteratur: Lund.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Généreux, S., Julien, M., Larfeuil, C., Lavoie, V., Soncy, O., & Le Dorze, G. (2004). Using communication plans to facilitate interactions with communication – impaired persons residing in long-term care institutions. *Aphasiology*, 18-(12), 1161-75.
- Grefberg, N., & Johansson, L-G. (Red.). (2007). *Medicinboken – vård av patienter med invärtes sjukdomar*. Stockholm: Liber
- Gustafsson, B. (2004). *Bekräftande omvårdnad – SAUK -modellen för vård och omsorg*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Howe, T. J., Worall, L. E., & Hickson, L. M. H. (2008). Observing people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22 – (6), 618-43.

- Kacperek, L. (1997). Non – verbal communication: the importance of listening. *British Journal of Nursing*, 6- (5), 275-9.
- Kumlien S., & Axelsson, K. (2000). The nursing care of stroke patients in nursing homes. Nurses' descriptions and experiences relating to cognition and mood. *Journal of Clinical Nursing*, 9- (4), 489-97.
- Murphy, J. (2006). Perceptions of communication between people with communication disability and general practice staff. *Health Expectations*, 9-(1), 49-59.
- Nyström, M. (2009). Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues. *Journal of Clinical Nursing*, 18-(17), 2503-10.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (2:a uppl.). Stockholm: Liber.
- Ordahi, L-F., Padilha, M-I., & De Souza, L-N. (2007). Communication between nursing staff and clients unable to communicate verbally. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15- (5), 965- 72.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21 - (1), 98-123.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research- methods, appraisal and utilization*. (6<sup>th</sup> Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, 9- (4), 481-8.
- Sundin, K., Norberg, A., & Jansson, L. (2001). The Meaning of Skilled Care Providers Relationships with Stroke and Aphasia Patients. *Qualitative Health Research*, 11- (3), 308-21.
- Sundin, K., Jansson, L., & Nordberg, A. (2002). Understanding between careproviders and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiring*, 9- (2), 93-103.
- Sundin, K., & Jansson, L. (2003). Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12- (1), 107-16.
- Tuohy, D. (2003). Student nurse - older person communication. *Nurse Education Today*. 23- (1), 19-26.
- Världshälsoorganisation [WHO], (2009), Stroke, Cerebrovascular accident. Hämtat 24 februari, 2009, från World Health Organization:  
<http://www.who.int/topics/ageing/en/>



**Bilaga 1 Kommunikation vid afasi sekundärt till stroke:** Upplevelsen av att kommunicera vid afasi: vårdpersonalens och patientens perspektiv- en litteraturstudie.

**Lina Boberg och Émilie Brannestam**

| Nr | Författare, År, Land, Titel   | Syfte  | Metod   | Etiska överväganden  | Resultat  |
|----|---|--|---|--|---|
| 1  | <p>Andersson, S., &amp; Fridlund, B. (2002).<br/>Sverige.<br/><br/>The aphasic person´s views of the encounter with other people: a grounded theory analysis.</p> | <p>Att utveckla en teoretisk modell från ett omvårdnadsperspektiv om vad patienter drabbade av afasi upplever i möten med andra människor.</p> | <p>Kvalitativ deskriptiv design.<br/><b>Datainsamling:</b> Intervjuer med sju män och fem kvinnor med afasi i åldrarna 28-92 år som spelades in på band och transkriberades ordagrant. Nio av deltagarna var tillräckligt återställda i sitt tal för att kunna tala för sig själva, två behövde stöd från anhöriga och en hade stora svårigheter att uttrycka sig.<br/><b>Dataanalys:</b> Grounded theory, med öppen, axial och selektiv kodning.</p> | <p>Deltagarna kontaktades via brev och per telefon efter det att studien hade blivit godkänd av den lokala etiska kommittén.</p> | <p>Vårdpersonalen på sjukhuset ansågs ha mycket förståelse, men deras stöd var inte tillräckligt för att kunna stärka patientens självkänsla, och känslan av modlöshet uppstod ändå. Vårdpersonalen behöver kunna ge stöd för att på så sätt möjliggöra för patienten att vända samspelet från osäkert till tryggt. Stöd var en viktig del i en trygg konversation. Två huvudkategorier uppstod "samspel" och "stöd".</p> |

| Nr | Författare, År, Land, Titel  | Syfte  | Metod   | Etiska överväganden   | Resultat  |
|----|--|--|---|---|---|
| 2  | Généreux, S., Julien, M., Larfeuil, C., Lavoie, V., Soucy, O. & Le Dorze, G. (2004).<br><br>Canada.<br><br>Using communication plans to facilitate interactions with communication-impaired persons residing in long-term care institutions. | Att framarbete en kommunikationsplan som innehåller information om boendes specifika karaktärer och kommunikations-svårigheter, samt att utvärdera effekterna av kommunikationsplanen utefter vårdpersonalens synvinkel. | Kvantitativ studie.<br><b>Datainsamling:</b> På tre långtidsboenden rekryterades tio boenden i åldrarna 63-95 år samt 39 vårdpersonal. Enkäter fylldes i av vårdpersonalen för att få information om kommunikation under samspel med de boende. Kommunikationsplaner gjordes för varje enskild boende. Efter två månader fick vårdpersonalen fylla i samma enkät igen.<br><b>Dataanalys:</b> Huvudsakligen kvantitativ med kvalitativ analys av öppna frågor (i enkäten). | Alla deltagare eller deras lagliga representant hade lämnat informerat samtycke.                    | Författarna ansåg att kommunikationsplanen kunde hjälpa vårdpersonalen att bli mer skickliga på och bekväma med att kommunicera med personer med språksvårigheter. De kunde även dra slutsatsen att personalen justerade sina mål med kommunikationen genom att tillämpa underlättande strategier. Vårdpersonalen upplevde kommunikationen som lättare efter användandet av kommunikationsplanen. |
| 3  | Howe, T.J., Worall, E.L. & Hickson, M.H.L. (2008).<br><br>Australien.<br><br>Observing people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation.  | Att undersöka de miljömässiga faktorer som hindrar eller stöttar medverkan i samtal för patienter med afasi.   | Kvalitativ studie.<br><br><b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade djupgående intervjuer med 25 deltagare, patienter med afasi efter stroke, observerades i sociala miljöer i samhället, sex månader efter sin stroke i åldrarna 34-85 år.<br><br><b>Dataanalys:</b> Kvalitativ innehållsanalys, baserade på Graneheim och Lundmans olika steg i analys.   | Etiskt tillstånd erhöles från relevant etisk kommitté. Informerat samtycke erhöles från deltagarna. | Författarna fann 44 olika faktorer som förhindrade kommunikationen och 59 olika faktorer som underlättade kommunikationen. Olika subteman fanns exempelvis "tillgänglig tid för kommunikation.  |

| Nr | Författare, År, Land, Titel  | Syfte   | Metod  | Etiska överväganden  | Resultat  |
|----|--|---|--|--|---|
| 4  | Kumlien, S. & Axelsson, K. (2000).<br><br>Sverige.<br><br>The nursing care of stroke patients in nursing homes. Nurse´s descriptions and experiences relating to cognition and mood. | Att belysa betydelsen av legitimerade sjuksköterskors beskrivningar och erfarenheter av patienter med stroke och omvårdnaden på sjukhem med fokus på kognition och humör. | Kvalitativ studie.<br><b>Datainsamling:</b> Intervjuer med 30 legitimerade sjuksköterskor ansvariga för patienterna, ålder 23-60 år. Patienterna boendes på fem olika sjukhem i Stockholmsområdet och med diagnosen stroke enligt ICD-9 och som hade bott kortare tid än ett år på sjukhemmet inkluderades. 27 kvinnor och 13 män från 55-92 år.<br><b>Dataanalys:</b> Kvalitativ innehållsanalys. Texten grupperades i meningsbärande enheter och delades sen upp i kategorier efter ämne.                                  | Forskningsetiska kommittén på Karolinska Institutet godkände projektet. Informerat samtycke samlades in från sjuksköterskorna.   | Författarna fann att de legitimerade sjuksköterskorna visade enorm frustration när de inte kunde förstå patienterna vilket ledde till problem att lära känna patienterna såväl som att förstå deras känslor.  |
| 5  | Murphy, J. (2006).<br><br>England.<br><br>Perceptions of communication between people with communication disability and general practice staff.                                      | Att utforska konsultationer mellan människor med kommunikationsvårigheter och allmänläkare från patientens och personalens perspektiv.                                    | Kvalitativ studie.<br><b>Datainsamling:</b> Åtta fokusgrupper, fyra med allmänläkare och två med patienter med förståndshandikapp och två med patienter som haft stroke, 12 patienter med afasi och 6 med begåvningshandikapp. Vid första mötet föreslog läkarna att sjuksköterskor och receptionister skulle delta för att få ett bredare perspektiv.<br><b>Dataanalys:</b> De inspelade diskussionerna lyssnades igenom flera gånger för att bekanta sig med materialet. Texterna delades sedan under analysen in i teman. | Projektet erhöll etiskt godkännande från Etiska forskningskommittén. Informationsblanketter och samtyckesformulär anpassades efter deltagarnas förmåga att uttrycka sig. Patienterna förstod meningen med studien. | Vårdpersonalen uttryckte frustration över att inte förstå patienten och inte kunna göra sig förstådda. Människor med kommunikationsproblem beskrev signifikanta problem före, under och efter konsultationen. |

| Nr | Författare, År, Land, Titel  | Syfte   | Metod  | Etiska överväganden  | Resultat  |
|----|--|---|--|--|---|
| 6  | <p>Nyström, M. (2009).<br/>Sverige.<br/>Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues.</p> | <p>Att komplettera "expertkunskap" om tal och språkterapi genom att studera fenomenet professionell omvårdnad av patienter drabbade av afasi utifrån patienternas perspektiv.</p> | <p>Kvalitativ studie.<br/><b>Datainsamling:</b> Åtta djupgående intervjuer med fyra kvinnor och fem män i åldrarna 45-72 år och fyra uppföljande intervjuer för att få kompletterande information. Deltagarna rekryterades av Swedish National Fellowship for Aphasia. Intervjuerna spelades in och transkriberades. De uppföljande intervjuerna antecknades endast. Två anteckningar från dagböcker samt två biografier användes. Inklusionskriterium var förmågan att kommunicera muntligt och/eller kunna skriva till en viss grad. Inga deltagare behövde hjälp med att formulera sina svar.<br/><b>Dataanalys:</b> Analysen var inspirerad av en fenomenologisk metod enligt Giorgi som utvecklats av Dahlberg.</p> | <p>Etiska godkännande gavs av Swedish National Fellowship for Aphasia. Alla deltagare gav informerat samtycke. Under insamlingen av data gjordes upprepade försök av forskaren att vara uppmärksam på icke-verbala signaler om att deltagaren inte ville delta längre. Deltagarna garanterades konfidentialitet och att integriteten skulle skyddas.</p> | <p>Avgörande för en fungerande kommunikation var att lita på patientens kompetens när denne står inför existentiella problem. För att möjliggöra detta var det viktigt att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Förhindra isolering.</li> <li>*Rättframhet.</li> <li>*Bestämmelse/åtgärd/villkor för säkerhet.</li> <li>*Erkännande/igenkännande av omvårdnads behov.</li> <li>*Uppmuntra försök att tala.</li> <li>*Jämställdhet</li> <li>*Stödja upprätthållandet av en identitet.</li> </ul> |
| 7  | <p>Parr, S. (2007).<br/>England.<br/>Living with severe aphasia: tracking social exclusion.</p>  | <p>Att studera det vardagliga livet och upplevelser hos en grupp av människor med grav afasi och dokumentera nivåer av socialt utanförskap som</p>                                | <p>Kvalitativ studie.<br/><b>Datainsamling:</b> Tjugo deltagare som led av grav afasi efter stroke som samtyckt till att observeras och besökas tre gånger i olika miljöer. Varje besök varade mellan 1-3 timmar. Observatören dokumenterade miljöer, huvudpersonen, händelser och interaktioner. Fältanteckningar</p>   | <p>Medgivande från deltagarna erhöles genom speciellt anpassade material. Alla namn är fingerade för att erhålla konfidentialitet.</p>   | <p>Författaren fann att patienterna upplevde frustration och ilska relaterat till kommunikation. Socialt utanförskap är en vanlig upplevelse för den här patientgruppen och syns i olika miljöer.</p>   |

|   |  |   |   |  |   |
|---|--|---|---|--|---|
|   |  | förekom i vardagliga miljöer.   | utarbetades med personliga, metodologiska och tolkande anteckningar.<br><b>Dataanalys:</b> Kvalitativ metodologi, etnografi valdes eftersom den ansågs passa bäst till ändamålet. Data analyserades genom tematisk analys.  |  |   |
| 8 | Sundin, K., Jansson, L. och Norberg, A. (2000).<br><br>Sverige.<br><br>Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. | Att belysa betydelsen av att kommunicera med patienter med stroke och afasi och fenomenet att kommunicera utan ord.   | Kvalitativ studie.<br><b>Datainsamling:</b> Intervjuer med vårdpersonal, 5 leg. sjuksköterskor och 5 undersköterskor, kvinnor i åldrarna 27-64 år, arbetat 1-12 år med patienter med stroke och afasi. Inspelade intervjuer om 30-60 min som transkriberades ordagrant.<br><b>Dataanalys:</b> Fenomenologiskt hermeneutisk ansats. Strukturell analys, där meningsbärande enheter plockades ut och delades in i teman och subteman. | Deltagarna fick ge sitt informerade samtycke att delta i studien och garanterades anonymitet och konfidentialitet. Studien erhöll godkännande av den Ethiska forskningskommittén Medicinska fakulteten Umeå Universitet. | Författarna fann att kommunikationen upplevdes som svår både ur patientens och vårdpersonalens perspektiv. Vårdpersonalen reflekterade inte när de kommunicerade utan lät sig guidas automatiskt av sina känslor och förnimmelser. Vårdpersonalen behandlade varje patient som unik och såg på patienten som en kompetent individ. Ibland identifierade de sig med patienten. |
| 9 | Sundin, K., Norberg, A. & Jansson, L. (2001).<br><br>Sverige.<br><br>The meaning of Skilled Care Provider's Relationship with Stroke and Aphasia Patients.               | Att belysa betydelsen av vårdpersonalens livserfarenhet för en vårdande relation till patienter med stroke och afasi. | Kvalitativ studie.<br><b>Datainsamling:</b> Två legitimerade sjuksköterskor och tre undersköterskor som jobbade på en medicinsk rehabiliteringsavdelning i norra Sverige. Ålder 27-64 år, arbetat 4-12 år med patienter med stroke och afasi. 22 patienter bodde på avdelningen. Berättande intervjuer bandades, 30-60 min långa.<br><b>Dataanalys:</b> Fenomenologiskt hermeneutiskt ansats  | Informerat samtycke erhöles från alla deltagare. Konfidentialitet och anonymitet garanterades deltagarna. Studien fick tillstånd av etisk kommitté där studien utfördes.   | Författarna fann att en jämlik relation bidrog till att båda parter kunde öppna sig och kommunicera bättre. Om inte kommunikationen fungerade så fungerade inte omvårdnaden.  |



