



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Sjuksköterskans upplevelse av kommunikativa interaktioner med patienter som har afasi

En intervjustudie

Josselyn Aroca Rojas

Louise Berglund

Handledare: Helen Persson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Maj 2015

Sjuksköterskans upplevelse av kommunikativa interaktioner med patienter som har afasi

Josselyn Aroca Rojas
Louise Berglund

Sammanfattning

Bakgrund: Afasi ger patienter nedsatt funktion att tala eller förstå talat eller skrivet ord. Det krävs att sjuksköterskor har färdigheter om kommunikativa interaktioner eftersom patienter med kommunikationssvårigheter är beroende av sjuksköterskors kompetens som kommunikationspartner. Sjuksköterskor upplever detta svårt och ytterligare utbildning i kommunikationssätt kan hjälpa att främja framgångsrika kommunikativa interaktioner med patienter. Joyce Travelbees omvårdnadsteori användes som referensram eftersom mellanmännsliga relationer, kommunikation och individanpassning är centrala delar i teorin.

Syfte: Var att belysa sjuksköterskors upplevelse av kommunikativa interaktioner med patienter som har afasi orsakad av stroke.

Metod: En empirisk studie med en kvalitativ ansats baserad på intervjuer. Ett strategiskt urval av deltagare gjordes på ett sjukhus i södra Sverige. En kvalitativ innehållsanalys gjordes med inspiration av Graneheim och Lundmans mall av hur det kan genomföras.

Resultat: Resultatet visade att sjuksköterskor upplevde kommunikationen med patienter med afasi svår. Detta gjorde att de inte alltid lyckades nå fram och då uppstod flera negativa känslor. Sjuksköterskorna kunde då anpassa sitt bemötande och använda olika metoder för att underlätta kommunikationen. Innehållsanalysen resulterade därför i de fyra kategorierna: *Gemensamma känslor*, *Svårigheter i kommunikativa interaktioner*, *Bemötande som kunde underlätta* och *Metoder för att kommunicera*.

Slutsats: Förståelsen mellan sjuksköterska och patient upplevdes underlättas under tiden de lärde känna varandra. Detta var problematiskt eftersom sjuksköterskorna upplevde brist på tid i arbetet. Flera tidigare studier har även visat att tidsbrist och för hög arbetsbelastning förekommer inom hälso- och sjukvården och det kan därför vara ett problem som bör uppmärksammas. Eftersom efterfrågan fanns specifikt efter fler tekniska hjälpmedel att ta till för att underlätta den kommunikativa interaktionen med varje patient som enskild individ kan det även vara en relevant inriktning på fortsatt forskning i ämnet.

Nyckelord: Afasi, Intervjustudie, Kommunikativa interaktioner, Kvalitativ, Sjuksköterska

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Afasi orsakad av stroke	4
Sjuksköterskans roll i den kommunikativa interaktionen	6
Teoretisk referensram	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Etiska överväganden	12
Resultat	12
Gemensamma känslor	13
Frustration	13
Glädje	14
Svårigheter i kommunikativa interaktioner	14
Dubbla budskap	15
Brist på förståelse	15
Otillräckliga resurser	16
Bemötande som kunde underlätta	16
Anpassa bemötandet efter varje individ	17
Vara närvarande	17
Vara ärlig	18
Metoder för att kommunicera	18
Lära känna varandra	18
Kroppsspråk	19
Verbala metoder	19
Avgränsa	20
Andra resurser	20
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	24
Slutsats	28
Självständighet	29
Referenser	30
Bilaga 1 Informationsbrev till avdelningschefen	33
Bilaga 2 Informationsbrev till sjuksköterskor	35
Bilaga 3 Intervjuguide	37
Bilaga 4 Exempel av innehållsanalysen	38

Inledning

Kommunikationen mellan sjuksköterska och patient är avgörande för att kunna ge och även ta emot god vård, däremot så kan inte alltid kommunikation uppnås genom att tala och då behövs underlättande strategier användas för att nå fram (Finke, Light & Kitko, 2008). Afasi är ett sjukdomstillstånd som medför att patienter får nedsatt funktion att tala eller förstå talat eller skrivet ord (Ericson & Ericson, 2012). Hemsley et al. (2001) beskriver att det krävs att sjuksköterskor har färdigheter om kommunikativa interaktioner eftersom patienter med kommunikationssvårigheter är beroende av sjuksköterskors kompetens som kommunikationspartner. Men då arbetsbelastningen upplevs som stor hos sjuksköterskor är det inte alltid de har tid att möta kommunikationssvårigheter fullt ut (Hemsley, Baladin & Worrall, 2012). Genom att sjuksköterskor har kunskaper om kommunikationen så främjas därför framgångsrika kommunikativa interaktioner med patienter, oavsett vilka kommunikationsfärdigheter patienterna har (Hemsley et al., 2001).

Vid litteratursökning inför denna studie framkom att det sedan tidigare fanns bristfälligt med kvalitativ forskning om hur sjuksköterskan upplever den kommunikativa interaktionen med patienter diagnostiserade med afasi. Thompson och Mckeever (2014) menar att en effektiv kommunikation är avgörande för ett holistiskt vårdande för de patienter som diagnostiserats med afasi, medan Bryan, Axelrod, Maxim, Bell och Jordan (2002) beskriver att anställda inom vård och omsorg upplever svårigheter kring att kommunicera med dessa patienter. Därför är det av stor vikt att belysa sjuksköterskans upplevelse av kommunikativa interaktioner för att i framtiden kunna ha ett mer holistiskt vårdande med patienter som har afasi.

Bakgrund

Afasi orsakad av stroke

Sverige hyllas för sin lyckade folkhälsa med ständigt ökad medellivslängd under de senaste 20-30 åren (Hogstedt, Lundgren, Moberg, Pettersson & Ågren, 2004) vilket bidrar till att sjukvården får nya utmaningar i form av att möta de vårdbehov som detta kan innebära

(Ramsay, Keith, Ker & Hogg, 2008). Ett sådant vårdbehov kan vara för patienten att ta emot och förstå information om sitt sjukdomstillstånd vid afasi.

Afasi kan enligt Ericson och Ericson (2012) uppkomma efter en stroke som är ett samlingsnamn för sjukdomar orsakade av hjärninfarkt eller hjärnblödning. Baron (2001) menar att stroke kännetecknas av försämrad tillförsel av syre och näringsämnen till hjärnvävnader, vilket kan resultera i omfattande hjärnskador. Det är beroende på hur lång tid det tar innan blodflödet återställs som avgör om minskningen av blodflödet i hjärnans vävnad ger bestående skador. Stroke kan enligt Engelter, Gostynski, Papa, Frei, Born, Ajdacic-Gross och Lyrer (2006) medföra funktionsnedsättningar av minnet, uppmärksamheten, inläringen, beslutsfattandet och problemlösandet. Patienter drabbas ofta även av motoriska svagheter eller koordinationssvårigheter till följd av en stroke. Om skadan efter en stroke har skett i vänster hjärnhalva så finns enligt Ericson och Ericson (2012) risken att afasi kan uppkomma.

Afasi är en störning i språkfunktionen som bidrar till att patienter kan få nedsatt funktion att tala eller förstå talat eller skrivet ord (Ericsson & Ericsson, 2012). De beskriver vidare att det finns både sensorisk och motorisk afasi, varav den sensoriska afasin drabbar patienten på det sätt att denne har svårt att tala, det blir felaktiga ord och patienten har nedsatt förmåga att förstå det som sägs eller skrivs. Den motoriska afasin innebär däremot att patienten har bibehållen språkförståelse men har svårt att uttrycka sig. Ericson och Ericson (2012) nämner även att det finns global afasi, detta är en kombination av sensorisk och motorisk afasi och denna afasi är relativt vanlig vid stroke.

Liechty och Buchholz (2006) lägger stor vikt vid att patienter som har afasi ofta känner frustration när de inte kan sätta sina tankar i ord och förstå andras ord. De menar att individen ibland har svårt att hitta ord eller använder fel betydelser av orden, därmed upplever patienten en oerhört stor frustration över att inte bli förstådd. Detta kan även skapa starka känslor som exempelvis ilska och kan även bidra till att patienten blir deprimerad och isolerar sig. Individer som fått en stroke med följd av afasi upplever enligt Blonski et al. (2014) en känsla av sårbarhet vid utmaningar i vardagen kopplat till den verbala kommunikationen. Har individen exempelvis synliga funktionsnedsättningar så ser omgivningen detta och kan hjälpa till. Är däremot enbart den verbala förmågan nedsatt så skapar det problem för individen då denne inte kan förmedla vad det är den vill och behöver ha hjälp med, samtidigt som omgivningen inte ser att detta kan vara på grund av en funktionsnedsättning. Behöver

individens då gå på toaletten, kan inte göra det själv och kan inte heller förmedla detta till någon annan så kan det bli en stor utmaning att bara lyckas ta sig till toaletten. Ska individen istället exempelvis in på en bank så kanske personalen på banken inte förstår vad individen vill ha uträttat, vilket även det kan skapa stora problem i vardagen.

Sjuksköterskans roll i den kommunikativa interaktionen

Vid omvårdnad av en patient med afasi är det enligt Andersson och Fridlund (2002) sjuksköterskans uppgift att stödja patienter som har svårigheter i kommunikationen då det kan bidra till en förbättrad interaktion och en ökad självkänsla hos patienten. En interaktion kännetecknas enligt Brante (2015) av ett samspel där individer påverkar varandra ömsesidigt genom sitt handlande. Detta handlande kan ske genom exempelvis språk, symboler och gester. Även Weaver (2012) uttrycker att kommunikationen inte bara innebär vad människor säger, utan också kroppsspråk, ansiktsuttryck och tonfall. Att observera patienters reaktioner är viktigt för att kunna analysera både verbala och icke-verbala svar, vilket gör det möjligt för sjukvårdspersonal att tolka patienters känslor och se om information uppfattas.

Enligt Wiklund-Gustin och Bergbom (2012) sker interaktion delvis via kommunikationen som innebär att överföra och utbyta information. Kommunikation syftar även till att komma i förbindelse med någon samt relationer och gemenskaper som exempelvis ett löfte innebär. Denna studie utgick därför från kommunikativa interaktioner eftersom det var hela samspelet mellan sjuksköterska och patient i kommunikationen som eftersträvades och inte bara överföringen samt utbytet av information och dylikt. Enligt Hemsley et al. (2012) är kommunikationen mellan patient och sjuksköterska en viktig del av sjukvården. En effektiv kommunikation är enligt Thompson och Mckeever (2014) avgörande för att kunna bedriva ett holistiskt vårdande av patienter diagnostiserade med afasi. Om patienter inte får tillräckligt med hjälp och stöd av sjuksköterskan i kommunikationen menar Thompson och Mckeever (2014) att det får en negativ inverkan i form av att patienter ofta isolerar sig.

Enligt Andersson och Fridlund (2002) upplever ofta patienter med afasi en känsla av att vara bortglömda eftersom de har svårigheter att vara delaktiga i en konversation, speciellt om det är flera personer som deltar. Om sjuksköterskan ger stöd, verbalt eller ickeverbalt, i dessa konversationer ökar förutsättningarna för patienter med afasi till upplevelsen av en bättre självkänsla. Detta kan ge patienten styrka att övervinna sin känsla av att vara bortglömd och

kan istället uppleva känslan av förmåga till delaktighet. Om patienten däremot inte får detta stöd av sjuksköterskan kan denne känna osäkerhet vilket kan leda till minskad självkänsla. Detta kan slutligen leda till nedstämdhet och depression. Därför menar Andersson och Fridlund (2002) att omvårdnadsåtgärder bör ge stöd till patienterna, men även innehålla insatser för att öka kunskapen om afasi i patientens omgivning. Enligt Ramsay et al. (2008) har sjuksköterskan inte alltid tid att ge detta stöd till patienter med afasi, vilket enligt Hemsley et al. (2012) delvis kan bero på att arbetsbelastningen ofta är för stor.

Enligt Hemsley et al. (2001) krävs det att sjuksköterskor har stora färdigheter om kommunikativa interaktioner eftersom patienter med svåra kommunikationsnedsättningar är beroende av denna kompetens hos sjuksköterskor. Sjuksköterskor upplever denna kommunikation svår och Hemsley et al. (2001) poängterar därför att ytterligare utbildning i alternativa kommunikationssätt kan hjälpa att främja framgångsrika kommunikativa interaktioner med patienter, oavsett vilka kommunikationsfärdigheter patienten har. Även en studie av Bryan et al. (2002) visade att utbildning kan förenkla det för sjuksköterskor att skapa en god interaktiv kommunikation med patienter som har kommunikationsnedsättningar.

Enligt Finke et al. (2008) behöver sjuksköterskan använda olika strategier för att nå fram till patienten när kommunikationen inte kan uppnås verbalt. I en studie av Hemsley et al. (2001) om sjuksköterskors kommunikation med patienter som har svåra kommunikationsnedsättningar har det framkommit att även erfarna sjuksköterskor upplever kommunikationen svår, även om de har strategier för att underlätta kommunikationen. Många sjuksköterskor uttalar en stor frustration av bristen på kommunikation med dessa patienter och önskar tillgång till fler strategier. I studien av Hemsley et al. (2001) framkommer det även att tålmod, ett lugnt bemötande, samarbete med logoped och tillgång till strategier främjar kommunikationen med patienter som har svåra kommunikationsnedsättningar. Enligt Fredriksson (1999) kan sjuksköterskan visa att hon är närvarande hos patienten genom fysisk beröring. Liechty och Buchholz (2006) poängterar även de att hälso- och sjukvårdspersonal måste ha tålmod för att underlätta för patienten att kommunicera. Detta kan i sin tur minska patientens frustration. Liechty och Buchholz (2006) poängterar även att hälso- och sjukvårdspersonal bör ta sig tid att lyssna, uppmuntra, visa att de bryr sig, inte avbryta i en mening eller slutföra meningar åt patienterna. Detta för att underlätta för patienter att kommunicera och att deras självständighet då inte riskeras att tas ifrån dem.

Teoretisk referensram

Studiens resultat kommer att diskuteras med stöd av Joyce Travelbees omvårdnadsteori vars centrala delar berör kommunikation och interaktion i omvårdnadssammanhang.

Travelbees (1971) omvårdnadsteori utgår från att betrakta den enskilda individen som unik. Den enskilda individens upplevelse av erfarenheter kan därför inte jämföras med andras, utan den är helt egen. Teorin fokuserar på mellanmänskliga dimensioner i omvårdnaden vilket enligt Travelbee (1971) för sjuksköterskan innebär att förstå interaktionen mellan sjuksköterska och patient. Detta måste göras innan omvårdnadens mål kan uppnås, vilket innebär att hjälpa patienter finna mening i upplevelser, som exempelvis vid lidande.

Travelbee (1971) poängterar att lidande är något alla människor kommer uppleva någon gång och att det då är sjuksköterskans roll att hjälpa till att förebygga, bemästra och finna mening i lidandet. Genom att sjuksköterskan understödjer hoppet hos patienten hjälper sjuksköterskan till att hantera lidandet. När patienten känner hopp blir upplevelsen mer glädjefull och behaglig.

För att skapa en mellanmänsklig process krävs enligt Travelbee (1971) att en mellanmänsklig relation etableras. I en mellanmänsklig relation ser sjuksköterska och patient inte längre sig i de roller de har, utan de ser varandra som unika individer. Sjuksköterskan kan då även förstå patientens upplevelse av det tillstånd som föreligger. Etablerandet av denna relation börjar enligt Travelbee (1971) vid det första mötet då individerna lär känna varandra. Det är då viktigt att sjuksköterskan har kunskap om stereotypa uppfattningar för att själv inte få en sådan uppfattning av patienten, utan istället se den som en unik individ. Travelbee (1971) menar att stereotypa uppfattningar om varandra försvinner och de unika personligheterna växer istället fram efterhand när relationen utvecklas. När sjuksköterskan visar vilja och kunskap att hjälpa patienten skapas förståelse och kontakt mellan individerna, utanför de roller som de tidigare såg varandra i.

Interaktionen mellan patient och sjuksköterska sker mestadels via verbal och icke-verbal kommunikation, vilket Travelbee (1971) därför poängterar är sjuksköterskans främsta hjälpmedel för att uppnå en mellanmänsklig relation till patienten. För en god kommunikation ska uppnås krävs det att sjuksköterskan har färdigheter till att bland annat

använda olika kommunikationstekniker samt ett terapeutiskt användande av sig själv. Sjuksköterskans terapeutiska användande av sig själv beskriver Travelbee (1971) som att sjuksköterskan använder sin personlighet för att hjälpa till att lindra patientens lidande, vilket kan göras efter att en relation till patienten har etablerats. Att kommunikationen är ömsesidig, att inkludera anhöriga och att sjuksköterskan ser varje individ som unik är kriterier som Travelbee (1971) menar måste uppfyllas för en god kommunikation. Om sjuksköterskan inte ser varje individ som unik så störs kommunikationen mellan sjuksköterska och patient vilket kan göra att omvårdnadens mål om att hjälpa patienter finna mening i upplevelser inte uppnås.

Syfte

Syftet med denna studie var att belysa sjuksköterskors upplevelse av kommunikativa interaktioner med patienter som har afasi orsakad av stroke.

Metod

Eftersom det fanns bristfälligt med forskning kring studiens syfte och för att sjuksköterskans upplevelse skulle kunna belysas blev metodvalet en empirisk studie med en kvalitativ ansats. Henricson (2012) menar att en empirisk studie innebär information om verkligheten och kan exempelvis utgöras av berättelser. Genom intervjuer blir detta ett sätt att komma nära deltagarens upplevelse. Henricson (2012) belyser även att en kvalitativ studie studerar deltagarnas levda erfarenheter av ett fenomen och dessa erfarenheter kan aldrig vara rätt eller fel.

Urval

Till denna studie gjordes ett strategiskt urval på ett sjukhus i södra Sverige. Henricson (2012) förklarar att ett strategiskt urval är att deltagare tas fram utifrån syftet på studien. Detta för att få deltagare som kan ge mycket information kring ämnet så att ett underlag ges till studien. Inklusionskriterier för medverkan i denna studie var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor med minst ett års arbetserfarenhet med patienter som diagnostiserats med afasi

orsakad av stroke. Detta för att de skulle ha en förståelse för studiens ämne. En första kontakt togs via mail med avdelningschefen på en avdelning som var specialiserad inom stroke. Avdelningschefen uttryckte då att det på avdelningen enbart fanns tid för att intervjua en sjuksköterska under max en timmes tid på eftermiddagen under fyra dagar. Därför ombads avdelningschefen att välja ut fyra sjuksköterskor för intervjuer som arbetade under dessa dagar och som motsvarade inklusionskriterierna. Efter mailkontakten skickades ett formellt informationsbrev till avdelningschefen där ett godkännande gavs, se bilaga 1. Efter avdelningschefens medgivande skickades informationsbrev ut till de berörda sjuksköterskorna där även de skulle ge sitt godkännande av deltagande, se bilaga 2.

Datainsamling

Datainsamling skedde i form av semistrukturerade intervjuer för att öka förutsättningarna för en bra interaktion med deltagarna. Enligt Henricson (2012) innebär en semistrukturerad intervju att skribenten använder sig av en intervjuguide med ett flertal frågor med tillhörande stödord. Frågorna behöver inte tas i någon specifik ordningsföljd och om stödorden inte tas upp av deltagaren kan skribenten ställa frågor kring dessa. Detta för att skribenten inte ska förstöra interaktionen med deltagaren genom att ha för detaljerade frågor. I denna studie skrevs stödorden ut till stödfrågor för att förenkla det för skribenterna.

Innan intervjuerna genomfördes gjordes en provintervju av den ena skribenten. Resultatet av provintervjun diskuterades sedan av båda skribenterna. Henricson (2012) poängterar att en provintervju behöver göras för att se om upplägget och frågorna är bra formulerade och svarar på syftet. Det kan då även testas om den planerade tiden för intervjun är hållbar. Då deltagaren i provintervjun berättade om fysisk beröring som inte togs upp av intervjuguiden i stödfrågorna lades detta därför till innan de riktiga intervjuerna genomfördes. Dessutom omformulerades även flera stödfrågor, eftersom deltagaren till provintervjun inte förstod dessa när de ställdes. Det var även efter provintervjun som de kompletterande följdfrågorna utvecklades. Detta för att deltagarna i intervjuerna skulle kunna ge ett bredare svar på syftet i studien.

Huvudfrågan i intervjuguiden var *hur sjuksköterskorna upplevde kommunikationen med patienter som diagnostiserats med afasi*. När huvudfrågan var ställd berättade deltagarna öppet om deras upplevelse av kommunikationen. Stödfrågor ställdes av skribenterna om

deltagarna inte själva berörde frågorna i deras svar till huvudfrågan. Det ställdes även följdfrågor vid de tillfällen de intervjuade inte utvecklade sina svar på frågan tillräckligt. För hela intervjuguiden, se bilaga 3. Intervjuerna med sjuksköterskorna ägde rum på den berörda vårdavdelningen i ett ostört rum. Skribenterna intervjuade varannan gång, men båda var med under alla fyra intervjuerna. Den som inte intervjuade kunde då komma med stödfrågor som intervjuaren glömt. Intervjuerna spelades in för att de sedan skulle kunna transkriberas i sin helhet. Intervjuerna varade ungefär mellan tio och 21 minuter, vilket resulterade i ungefär sjutton sidor transkriberad text

Dataanalys

Denna studie gjordes utifrån ett induktivt perspektiv, vilket enligt Henricsson (2012) är att arbeta från en så förutsättningslös grund som möjlig. Observation och bearbetning sker då av det specifika fenomenet, vilket sedan beskrivs på ett så korrekt sätt så möjligt. För att analysera fenomenet gjordes en kvalitativ innehållsanalys som var inspirerad av Graneheim och Lundmans (2004) utvecklade mall av hur en kvalitativ innehållsanalys kan genomföras.

Graneheim och Lundman (2004) beskriver att den kvalitativa innehållsanalysen består av fyra steg. I första steget läste båda skribenterna materialet, tre gånger i sin helhet, för att Graneheim och Lundman (2004) beskriver att det ger skribenterna en bättre förståelse av helheten i det transkriberade materialet om de läser det enskilt ett flertal gånger. I andra steget markerade skribenterna enskilt ut meningsenheter i det transkriberade materialet som svarade på studiens syfte. Detta gjordes när skribenterna läste materialet för tredje gången. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att meningsenheter är ett utdrag på flertal ord eller meningar ur texten. Skribenterna gick sedan igenom meningsenheterna ihop för att försäkra sig om att alla meningsenheter verkligen svarade på syftet. I andra steget kondenserade skribenterna även meningsenheterna och skrev in dem i en tabell för innehållsanalysen. Att kondensera meningsenheter beskriver Graneheim och Lundman (2004) är att korta ner meningsenheter utan att det väsentliga innehållet går förlorat. I tredje steget gjorde skribenterna meningsenheterna till kodord, vilka Graneheim och Lundman (2004) påstår endast beskriver vad meningsenheternas centrala budskap är. I fjärde och sista steget satte skribenterna in de koder som hade likheter in i olika kategorier. Detta gjordes genom att koderna skrevs upp på lappar och parades ihop. Vid en första analys kunde inte skribenterna finna några underkategorier till kategorierna, vilket Graneheim och Lundman (2004) beskriver inte är ett

måste. Däremot framkom underkategorierna i en senare version av analysen. För exempel av tabell för innehållsanalysen, se bilaga 4. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att kategorierna är det centrala budskapet i till exempel intervjuer och koderna är den textnära informationen och därmed den manifesta delen i analysen. Kategorierna är däremot en tolkning av texterna och därmed den latent delen i analysen.

Etiska överväganden

En etisk ansökan med bifogad egengranskning, informationsbrev och intervjuguide skickades till Etikkommittén Sydost. Vid godkännandet fick den diarienummer ETK 261-2015. Den etiska ansökan gjordes för att värna om människors lika värde, självbestämmande och integritet, vilket Henricson (2012) poängterar är viktigt vid studier av detta slag.

Innan intervjuerna genomfördes skickades informationsbrev med svarsblankett av godkännande till avdelningschefen på den berörda avdelningen, se bilaga 1. Det skickades även informationsbrev till deltagarna med samtyckeskrav, se bilaga 2. Där gavs även information om vad studien handlade om, studiens syfte, att deltagandet var frivilligt, att deltagandet kunde avslutas när som helst under studiens gång, samt att resultatet skulle kodas och endast användas till denna studie av författarna och handledaren. Att koda intervjuer poängterar Henricson (2012) är bra för att ge deltagarna rättighet till att vissa uppgifter förblir privata, samt för att bibehålla integriteten hos deltagarna. Deltagarna i intervjun fick dessutom information om att de skulle få ta del av generell information av resultatet, vilket Henricson (2012) nämner ingår i bra forskningsetik.

Resultat

Resultatet visade att sjuksköterskor upplever kommunikativa interaktioner mycket svår med patienter diagnostiserade med afasi. Detta gjorde att de inte alltid lyckades nå fram och då uppstod flera negativa känslor hos både sjuksköterskorna och patienterna. Sjuksköterskorna kunde då använda sig av flera olika metoder för att underlätta kommunikationen, vilket upplevdes kunde resultera i att patienterna och sjuksköterskorna kände mer positiva känslor kring den kommunikativa interaktionen. Sjuksköterskors bemötande upplevdes även vara en bidragande faktor till hur lyckad kommunikationen blev med patienterna. Med detta som grund resulterade innehållsanalysen i dessa fyra kategorier: *Gemensamma känslor*,

Svårigheter i kommunikativa interaktioner, Bemötande som kunde underlätta och Metoder för att kommunicera.

Gemensamma känslor

Kategorin framkom då sjuksköterskorna inte bara beskrev sina egna känslor, utan även hur de upplevde att den kommunikativa interaktionen påverkade patienternas känslor. De gemensamma känslorna omfattade positiva men även negativa känslor. Detta resulterade i underkategorierna: *Frustration* och *Glädje*.

Frustration

Det var inte alltid kommunikationen lyckades på en gång vilket skapade en stor frustration hos både sjuksköterskor och patienter med afasi. Sjuksköterskorna upplevde att patienter blev frustrerade över att ha fått nedsatt talförmåga vilket gjorde att de då inte kunde förmedla vad de ville få sagt. Frustrationen kunde då även visa sig i att patienterna blev stressade och då kunde det bli ännu svårare för dem att förmedla sig. När patienterna länge försökt förmedla sig men inte lyckats kunde deras frustration gå över i att de blev arga istället, vilket då ofta gjorde att de gav upp.

Ja men det kan ju va så att en patient ringer på klockan och så kommer man dit och frågar vad dem vill och så försöker dem säga nånting utan att det går. Och sen till slut så ger dem bara upp: puh huuu (viftar irriterat) du vet så här: öuuuh (gestikulerar irriterat strunt samma) och sen så blir dem arga, är inte helt ovanligt.

När patienter försökte förmedla vad de ville få sagt blev även sjuksköterskor väldigt frustrerade när de inte lyckades. De blev då frustrerade på grund av att de upplevde det jobbigt att inte förstå patienterna även om patienterna försökte upprepa sig många gånger. Detta gjorde den kommunikativa interaktionen ofullständig då sjuksköterskor inte heller kunde nå fram till patienterna. Vid denna frustration önskade sjuksköterskor att de därför hade mer att ta till som hjälp för patienterna.

Glädje

När sjuksköterskor väl lyckades att nå fram till patienter och vice versa så resulterade det i glädje. Att en förståelse skapades mellan sjuksköterska och patient gjorde att patienter blev väldigt glada över att bli förstådda efter många försök, vilket de ofta visade väldigt väl. Detta upplevdes som belöningen för alla svåra försök av sjuksköterskan. Patienter som vanligtvis inte kunde uttala ordet ja eller säga ordet i rätt sammanhang kunde då säga ja eftersom de blev så glada.

Men sen är det ju när man ger någon information och dem förstår eller, eller vise versa, att jag väl lyckats att klura ut vad det är patienten vill. Den glädjen kan visa då, JAA (sträcker upp händerna i luften) liksom, då kan dem till och med säga ja, att nu har vi klurat ut vad det var för någonting.

Sjuksköterskor upplevde även att vissa patienter var svårare att nå fram till än andra och när de då lyckades kommunicera bra med dessa patienter så kände de extra mycket glädje. Denna glädje spred sig ofta i hela rummet, men det kunde ta väldigt lång tid innan denna förståelse kunde skapas.

Det kan ju gå en halv dag och ingen fattar någonting sen kommer nån och sätter finger på, men det är ju det den vill liksom. Då blir det ju halleluja moment. Så att då känns det ju väldigt bra.

Denna glädje som uppstod när förståelsen etablerades skapade en lättnad hos både patienter och sjuksköterskor. Även lättnaden blev större när sjuksköterskor lyckades nå fram till just de patienter som de haft väldigt svårt att nå fram till innan.

Svårigheter i kommunikativa interaktioner

Sjuksköterskorna upplevde det svårt att kommunicera med patienter som har afasi och det var inte alltid dem lyckades på en gång, utan det kunde ta lång tid. Detta beskrev de berodde på att det var ett väldigt komplext problem att ha afasi. Det var inte bara att patienter med afasi inte kunde tala, utan det var så många andra faktorer som också spelade in. Eftersom det var svårt att kommunicera med dessa patienter var det inte alltid sjuksköterskorna lyckades

överhuvudtaget. Underkategorierna som motsvarar olika svårigheter i kommunikativa interaktioner blev därför: *Dubbla budskap*, *Brist på förståelse* och *Otillräckliga resurser*.

Dubbla budskap

Sjuksköterskor och patienter kunde ge och visa varandra dubbla budskap, vilket var ett stort hinder i kommunikativa interaktioner. Patienter med afasi kunde ofta nicka ja när de egentligen menade nej. Sjuksköterskorna upplevde att detta var något de hela tiden var tvungna att uppmärksamma eftersom det annars kunde bli tvärtemot patientens önskemål.

Kan ju ställa en fråga och dom kanske ibland kan svara ja och nej. Du vet inte om dem svarar rätt när man frågar på en så enkel sak, behöver du gå på toaletten? Ja. Ska vi gå in på toaletten? (nickar nej) vill du inte? Ja. Det är jätte svårt ju.

Även sjuksköterskor upplevdes kunna ge dubbla budskap. De kunde då säga en sak till patienten men visa något helt annat med sitt kroppsspråk. Detta var något de hela tiden var tvungna att tänka på och vara medvetna om, speciellt under de situationer då de var stressade och hade ont om tid.

Brist på förståelse

Ett stort hinder i kommunikativa interaktioner var att det ofta var brist på förståelse. Detta för att afasi inte bara drabbar talet, utan kan även påverka förståelsen hos patienterna. Det upplevdes vara en stor utmaning att uppnå förståelse i den kommunikativa interaktionen mellan sjuksköterskor och patienter med afasi och brist på förståelse kunde uppstå av många olika anledningar. En av dem var att en patient som var född i ett annat land kunde falla tillbaka till sitt modersmål och glömma svenskan i samband med insjuknande i afasi. Detta gjorde förståelsen svårare än vanligt eftersom tolk då behövde användas, men inte heller tolken brukade då förstå vad patienten försökte förmedla alla gånger.

För det kan ju vara också när man får afasi och har egentligen ett annat språk i botten, man kan ju ha bott i Sverige hur många år som helst, men

helt plötsligt faller man tillbaka till sitt gamla språk och har glömt svenskan.

Sjuksköterskor upplevde även att det var en stor brist på förståelse när patienten behövde ta emot information. Ett exempel på detta var vid undersökningar, vilket blev ett stort problem eftersom patienter behövde förstå vad som skulle hända. Kunde inte patienter förstå fick de avstå undersökningen, men om undersökningen var nödvändig så blev det nästan som ett övergrepp för patienterna. Sjuksköterskor beskrev därför att det var ett stort problem när patienter inte förstod. Sjuksköterskor kunde inte alltid heller uppfatta hur mycket av information det var patienten tog in. Sjuksköterskorna fick då försöka om och om igen, ända tills de lyckades.

Otillräckliga resurser

Kommunikativa interaktioner med patienter med afasi upplevdes väldigt tidskrävande, vilket var ett stort hinder eftersom det inte alltid fanns den tiden. För att öka förståelsen i den kommunikativa interaktionen var det även nödvändigt att utröna vad patienten förstod och inte, vilket var mycket tidskrävande. Det var även mycket tidskrävande att lära känna varandra. Detta blev ett stort hinder eftersom kommunikationen underlättades avsevärt efter att sjuksköterskan lärt känna patienten. Tid var därmed en resurs som upplevdes otillräcklig. Det var inte alltid sjuksköterskor lyckades kommunicera med patienter som hade afasi och det ansågs därför inte finnas tillräckligt med hjälpmedel för att underlätta kommunikationen. Det önskades då fler elektroniska hjälpmedel för att följa med i den tekniska utvecklingen som föreligger.

Ja så det finns ju då nu mera är det ju en sån datoriserad värld så jag tycker att man borde kunna ha bättre hjälpmedel än de vi har tillgång till, måste jag säga.

Bemötande som kunde underlätta

Nästa kategori blev bemötande, vilket sjuksköterskorna upplevde var en bidragande faktor till hur den kommunikativa interaktionen blev. Hade sjuksköterskorna ett visst bemötande så förenklade det den kommunikativa interaktionen med patienter diagnostiserade med afasi.

Bemötandet resulterade därför i underkategorierna: *Anpassa bemötandet efter varje individ, Vara närvarande* och *Vara ärlig*.

Anpassa bemötandet efter varje individ

Sjuksköterskorna upplevde att de hela tiden var tvungna att anpassa sitt bemötande till varje patient. Detta gjorde att den kommunikativa interaktionen mellan sjuksköterska och patient var väldigt olika från fall till fall. Ett exempel var att vissa patienter skämtade sjuksköterskan mycket med för att skapa närhet och på så vis en bättre kontakt med patienten, medan vissa patienter inte alls uppskattade ett skämtsamt bemötande från sjuksköterskan. Sjuksköterskor använde ofta även fysisk beröring för att skapa närhet till patienten, men det var likadant där, det var inte alla patienter som uppskattade detta. Sjuksköterskor var alltså hela tiden tvungna att känna av vem de hade framför sig för att kunna anpassa sitt bemötande.

Det är inte fyrkantigt rakt av att jag ska kunna ta alla i handen och nu blir allting guld och gröna skogar, utan det måste man läsa av. För det finns dem som inte vill att man, som har en väldig sfär såhär (visar som en ring runt sig med båda händerna) och då får man respektera det.

Vara närvarande

Sjuksköterskor upplevde att patienterna slappnade av om sjuksköterskan var närvarande i den kommunikativa interaktionen. Sjuksköterskorna visade sig närvarande genom att bland annat sätta sig ner på huk bredvid patienten när de talade och därmed visade att de hade tid till patienten.

Och som sagt var bara du sätter dig, bara det, sätt dig ner på huk vid sidan om sängen och: nu försöker vi och klurar ut vad det är du vill.

Sjuksköterskorna upplevde då att patienten slappnade av och blev lugnare, eftersom patienten då fick den tid som behövdes för att kunna koncentrera sig på vad den ville förmedla. Detta kunde bidra till att kommunikationen förbättrades mellan sjuksköterska och patient. Genom att sjuksköterskorna var närvarande visade de även en förståelse för patienten och dess svårigheter att förmedla sig, vilket också upplevdes kunna vara en bidragande faktor till en

förbättrad kommunikation. Denna närhet kunde även inge ett hopp till patienterna, vilket upplevdes kunna lugna dem i svåra situationer och var därmed också bidragande till att det gick enklare att kommunicera. Förutom att sätta sig på huk hos patienten och ta sig tid kunde sjuksköterskan även visa närhet genom att använda fysisk beröring. Sjuksköterskorna kunde då exempelvis ta patienten i handen för att lugna patienten.

Vara ärlig

I den kommunikativa interaktionen med patienter som har afasi upplevde sjuksköterskor att det var viktigt att vara ärlig. I deras sjukhusmiljö var det vanligt att det var mycket att göra och arbetsbelastningen upplevdes stor. Det hände då ibland att sjuksköterskor var tvungna att gå ifrån patienten en stund för att ta sig an en mer akut situation. Vid dessa tillfällen var det mycket viktigt att sjuksköterskor var ärliga för annars upplevdes det att patienten lätt kunde tappa sin tillit till sjuksköterskan. Om sjuksköterskor istället var ärliga och sa att de kom tillbaka förlorade de inte patientens tillit, vilken upplevdes mycket viktig för att få en bra kommunikativ interaktion. När sjuksköterskor inte förstod vad patienten sa upplevdes det även då viktigt att de var ärliga genom att säga som det var för att inte tappa patientens tillit.

Eller att till och med att jag är så ärlig: jag förstår inte vad du menar, jag kan inte klura ut det.

Metoder för att kommunicera

I resultatet framkom det tydligt att sjuksköterskan hade olika metoder för att kommunicera med patienter som hade afasi och att de hade inverkan på hur den kommunikativa interaktionen blev. Hade sjuksköterskor inte tillräckligt med metoder så var det inte alltid de lyckades nå fram till patienten, då metoderna var ett sätt att väga upp för den bristande verbala kommunikationen. De olika metoder som sjuksköterskan använde sig av för att kommunicera med patienterna med afasi resulterade i underkategorierna: *Lära känna varandra, Kroppsspråk, Verbala metoder, Avgränsa* och *Andra resurser*.

Lära känna varandra

Den metoden som upplevdes vara den mest underlättande var att lära känna patienten. När sjuksköterskorna lärde känna patienten ökades förståelsen och sjuksköterskorna kunde då

direkt ställa frågor som motsvarade vad patienten menade eftersom sjuksköterskan då fått en uppfattning om patientens behov och önskemål. Det kunde då i vissa fall räcka med att bara titta på patienten och dess kroppsspråk för att förstå vad patienten ville förmedla.

Sen lär man ju sig efter hand och jobbar du med en patient som du träffar flera gånger och flera dagar och i en vecka, eller som här ligger de ju länge, då behöver du ju inte ta till så mycket till slut för då har ni den kommunikationen och du förstår vad patienten menar genom att bara titta på patienten ibland då, man ser det direkt.

Kroppsspråk

Kroppsspråk upplevdes vara en underlättande metod för kommunikationen, men det var först efter att sjuksköterskorna lärt känna patienten som de helt kunde tolka patientens kroppsspråk. Patienterna upplevdes då förstå sjuksköterskan enklare om sjuksköterskan hela tiden var medveten om sitt kroppsspråk. Patienterna upplevdes även kunna förmedla ett enklare kroppsspråk efter att de haft afasi en längre tid. Då gick det ännu enklare för sjuksköterskor att läsa av deras kroppsspråk.

Verbala metoder

Det fanns flera olika verbala metoder som upplevdes förbättra kommunikationen. Att sjuksköterskor talade tydligt, hade korta, koncisa frågor och inte ställde flervälsfrågor var de mest vedertagna verbala metoderna. Sjuksköterskor upplevde att patienter med afasi ofta hade problem med valmöjligheter och därför underlättade det kommunikationen väldigt mycket när de inte ställde flervälsfrågor.

Du kan inte fråga vill du ha kaffe eller te? Utan då är det: vill du ha kaffe?

En annan metod som sjuksköterskorna upplevde kunde förbättra kommunikationen var att låta patienter sjunga fram vad de ville förmedla. Det var inte alltid det lyckades, men ibland. Då kunde patienterna sjunga fram vad de ville även om de inte kunde uttala orden vanligtvis. Detta förklarades var för att det satt i ett annat centra i hjärnan som då fungerade.

Avgränsa

Att avgränsa var en metod som sjuksköterskorna upplevde underlättade kommunikationen med patienter som har afasi. Om patienten ville förmedla något men inte lyckades var det då en metod för sjuksköterskorna att utesluta vad patienten inte ville för att komma fram till vad patienten faktiskt ville förmedla.

Man får liksom utesluta hela tiden saker brukar jag tänka. Är det någon mede..., är det någonting du vill ha? Nej, ingenting du vill ha. Har du ont någonstans? Alltså förstår ni, man får ställa korta frågor, försöka ringa in problemet.

Sjuksköterskorna upplevde det även underlättande att avgränsa patienten från olika störmoment i kommunikationen för att få en bättre kontakt. Stod radio eller tv på kunde sjuksköterskan då stänga av dessa för att förbättra den kommunikativa interaktionen.

Andra resurser

Om sjuksköterskorna upplevde problem med kommunikationen med patienterna så tog de ofta till andra resurser för att förbättra den kommunikativa interaktionen. I första hand tog de hjälp av en logoped för att få fler hjälpmedel som kunde underlätta. Sjuksköterskorna tog även hjälp av kollegor eftersom alla har olika sätt att kommunicera. Att involvera anhöriga kunde även förbättra den kommunikativa interaktionen genom att de ofta kände patienten väl och kunde då berätta vad patienten hade för behov och önskemål. Då blev det som en utgångspunkt för sjuksköterskorna att arbeta från vilket de upplevde gav en närmre relation till patienterna.

Sen kan jag tycka att man kan ta del, eller ta hjälp, av anhöriga och så. För dem vet ju ofta vad dem vill och vad dem tycker om och så där. Ehm, så man faktiskt tar hjälp av dem för att komma närmare och kunna kommunicera på ett bättre sätt.

Andra resurser än vad som fanns tillgängliga i kommunikationen efterfrågades dessutom eftersom de som fanns inte alltid räckte till. Sjuksköterskorna uttryckte specifikt att det var elektroniska hjälpmedel det borde finnas bättre tillgång till eftersom den tekniska utvecklingen har gått fort framåt och att forskningen inte riktigt har följt med i denna utveckling tillräckligt bra.

Diskussion

Metoddiskussion

Metodvalet av denna studie visade sig vara bra i sin helhet, eftersom att syftet kunde besvaras och bearbetas på ett relevant och trovärdigt sätt. Detta styrks av Henricson (2012) som beskriver att om en lämplig metod är vald för att ge svar till studiens syfte så ökar det studiens trovärdighet. Inledningsvis var inte studiens syfte inriktat på enbart personer med afasi orsakad av stroke, utan det var inriktat på afasi i sin helhet, oberoende av vad afasin berodde på. Det var efter den genomförda provintervjun detta lades till eftersom det då uppmärksammades att syftet skulle bli för stort område annars. Provintervjun gav dessutom flera nya infallsvinklar och kan därför ha bidragit till att intervjuerna blev bättre genomförda än vad de hade kunnat bli utan provintervjun. Olsson och Sörensen (2011) beskriver att en provintervju är en process som är till för att exempelvis kunna ändra intervjuguiden. Denna process stärker och gör det lättare att finna kärnan som ska besvara syftet.

Att avdelningschefen hjälpte till att välja ut sjuksköterskor till studien kan ha varit en bidragande faktor till en bra variation av deltagare. I det strategiska urvalet invercade slumpen till att samtliga deltagare i intervjuerna var kvinnor men det varierade mellan hur länge de hade arbetat med patienter som hade afasi. Att det var en variation på deltagarna kan relaterat till Henricson (2012) ha bidragit till en större variation i deras berättande. Resultatet kan därför ha blivit bättre representativt i förhållande till populationen än vad det hade varit om det inte var lika stor variation på deltagare.

Att avdelningschefen hjälpte till att välja ut deltagarna kan även ha bidragit till en risk för studien. Detta eftersom Henricsson (2012) poängterar att det kan bli systematiska fel av

resultatet om personliga egenskaper spelar in, så som synsätt och åsikter. Detta kallas för bias (ibid). Eftersom avdelningschefen hade en tidigare relation till deltagarna fanns därför risken att ett urvalsbias skulle ske genom att chefen skulle välja deltagare efter de mest vältaliga och positiva exempelvis. Även om det var en risk så ansågs det inte ha uppstått något urvalsbias eftersom deltagarna hade en variation på hur de uttryckte sig. Risken för urvalsbias ansågs även minska eftersom det var planerat i förväg vilka sjuksköterskor som skulle arbeta de dagar då intervjuerna genomfördes.

Eftersom avdelningschefen valde ut deltagarna var det däremot enklare för skribenterna att ur ett etiskt perspektiv inte skapa någon relation till dem innan intervjuerna påbörjades. Närhet till deltagarna kan enligt Henricson (2012) påverka resultatet på studien i form att deltagaren svarar vad som förväntas vilja höras av skribenterna, vilket därmed inte kan ha hänt då skribenterna i denna studie inte träffat deltagarna innan intervjuerna. Detta kan även ha bidragit till att skribenterna granskade resultatet ur ett mer objektivi perspektiv vilket kan ha gjort att resultatet i slutändan blev mer tillförlitligt.

I och med att praktiska omständigheter kom att spela roll vid planering av intervjuerna inverkade slumpen på val av deltagare. Detta eftersom urvalet grundades på vilka sjuksköterskor som arbetade under de dagar intervjuerna kunde genomföras. Att slumpen inverkade kan enligt Olsson och Sörensen (2011) ha bidragit till att slutsatser enklare kunde göras till hela populationen. Detta kan därför ha bidragit till att slutsatser enklare kunde dras än vad det hade kunnat annars, vilket kan ha varit positivt avgörande för studien. Urvalets mängd anser Olsson och Sörensen (2011) även avgör hur tillförlitligt resultatet blir. Urvalets mängd i studien ansågs vara fullt tillräcklig på grund av att intervjuerna blev innehållsrika och en större mängd inte hade varit genomförbar att analysera inom studiens tidsram.

Att sjuksköterskorna kunde berätta fritt om sina upplevelser gjorde att de kunde beskriva ur ett bredare perspektiv. Detta gjorde att det även framkom hur de såg på omvårdnaden som ett eget fenomen, vilket skribenterna inte hade haft för avsikt att diskutera. De fyra sjuksköterskorna visade sig ha två olika perspektiv på omvårdnaden, varav två av dem hade en mer medicinsk syn på hur omvårdnaden borde gå till och de andra hade en mer holistisk syn. Detta ansågs däremot inte ha påverkat resultatet.

Valet av semistrukturerade intervjuer visade sig sedan passa denna studie bra, eftersom att sjuksköterskorna då fick tillfälle att fritt berätta om sina upplevelser av fenomenet. Henricson (2012) poängterar att det är skribenten som ska anpassa sig till vad deltagarna har att säga. Att skribenterna hade stödfrågor som de endast tog upp då deltagarna inte berört dem gjorde att deltagarna inte blev avbrutna i deras berättande. Henricson (2012) menar att detta är en fördel då skribenterna inte förstör interaktionen i intervjuerna eftersom de inte styrs av intervjuguiden. Skribenterna anpassar sig då istället till det som kommer upp för att få en god interaktion med deltagarna.

Deltagarna erbjöds att ta del av resultatet i studien, vilket mottogs positivt eftersom de tyckte forskningsfrågan var ett angeläget ämne. Återföring av resultat beskriver Henricson (2012) är viktigt att tänka på ur ett forskningsetiskt perspektiv. Det var bra att stödfrågor fanns att tillgå i intervjuerna eftersom de hjälpte sjuksköterskorna att kunna fokusera samtidigt som dem kunde besvara frågorna öppet. Skribenterna försökte ta upp stödfrågorna i den ordningen som det passade i intervjun eftersom Henricson (2012) poängterar att det är skribenternas uppgift att följa samspelet i intervjun för att få den så bra som möjligt. Till vissa av sjuksköterskorna ställdes det knappt några stödfrågor alls eftersom de tog upp allt själva, medan det ställdes betydligt fler stödfrågor till de andra deltagarna. I övrigt var hela intervjuguiden relevant eftersom sjuksköterskorna gav svar på studiens syfte. Även om intervjuerna var olika långa så var alla ändå innehållsrika och därför anses intervjuernas olika längd inte ha påverkat resultatet. Detta styrks av Olsson och Sörensen (2011) som poängterar att tiden inte är det väsentliga, utan det är om syftet blir besvarat eller inte.

Graneheim och Lundmans utvecklade mall av hur en kvalitativ innehållsanalys kan genomföras valdes till denna studie eftersom en kvalitativ innehållsanalys var relevant till studiens syfte. Under innehållsanalysen uppkom däremot ett flertal problem. Första problemet uppkom då meningsenheterna skulle kodas. Meningsenheterna var svåra att göra om till koder och efter långa diskussioner framkom det att det var syftet som behövde justeras. Syftet justerades då från att belysa sjuksköterskans upplevelse av kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienter diagnostiserade med afasi orsakad av stroke till det nuvarande syftet i studien. Det nya syftet blev väldigt liknande det förra, men passade bättre ihop med det resultat som framkom och ansågs därför kunna bidra till en förbättring av studien. Detta styrks av Henricson (2012) som poängterar att syftet på studien alltid väl ska motsvara vad det är som forskarna vill ha svar på. Annars beskriver Henricson (2012) att

syftet inte ska behöva ändras då forskaren under hela studiens gång har syftet som mål, men i detta fall har skribenterna bara formulerat sig fel från början. Därför ansågs ändringen av syftet inte kunna ha lett till någon försämring av studien.

Efter att syftet ändrats gick det mycket bättre att koda, men när innehållsanalysen var färdig uppkom nästföljande problem. Det upptäcktes då att skribenterna hade för långa meningsenheter och kondenseringar, vilket hade uppstått eftersom skribenterna var rädda att förlora innehållet i meningsenheterna. Detta påverkade i sin tur negativt hur koderna blev eftersom det var för många aspekter under varje meningsenhet, vilket gjorde att kärnan i dem inte kunde finnas. Innehållsanalysen korrigerades därför genom att meningsenheterna kortades ner så att det enbart skulle vara ett budskap i varje. Varje meningsenhet kondenserades även betydligt mer än i första versionen. Detta bidrog till att nya koder skapades, vilka stämde överens med syftet. Kategorierna i innehållsanalysen minskade då även från nio stycken till fyra, vilket gav ett klarare budskap i resultatet. Några tydliga underkategorier kunde i denna version däremot inte finnas vilket skribenterna först accepterade eftersom Graneheim och Lundman (2004) påstår att en kvalitativ innehållsanalys görs både med och utan underkategorier. I efterhand upptäcktes det däremot att resultatet inte blev tillräckligt tydligt för läsaren utan underkategorier och därför lades dessa till i efterhand i en tredje version av analysen. Underkategorierna hade då klara budskap och kunde därför bidra till att göra det lättare för läsaren att urskilja vad studien resulterade i.

Resultatdiskussion

Det föreliggande resultatet visar att sjuksköterskor upplevde att bemötandet av patienter med afasi var av betydande roll för hur den kommunikativa interaktionen skulle bli.

Sjuksköterskorna var hela tiden tvungna att anpassa sitt bemötande efter varje individ de hade framför sig. Vissa kunde de exempelvis skämta med och vissa inte. Detta stämmer överens med den teoretiska referensramen eftersom Travelbees (1971) utgångspunkt i teorin är att se varje individ som unik eftersom det är ett måste för att kunna uppnå omvårdnadens mål att hjälpa patienter finna mening i upplevelser. Detta kan däremot inte göras förens en mellanmänsklig relation har etablerats och växer fram mellan sjuksköterska och patient. Då ser sjuksköterskan och patienten inte längre sig i de roller de har, utan då ser de varandra som unika individer. Detta styrks av Borthwick (2012) som hävdar att sjuksköterskor behöver anpassa sitt tillvägagångssätt vid kommunikation med patienter som har afasi med hänsyn till

patientens särskilda kommunikationsbehov. Enligt Poslawsky, Schuurmans, Lindeman och Hafsteinsdóttir (2010) kan sjuksköterskan inte se hur patienten är som en enskild individ förens efter en kontinuerlig kontakt med patienten i minst ett dygn. Därför kan slutsatsen dras att det är tidskrävande att lära känna patienten för att kunna se denne som en enskild individ.

Ett tillfälle när kommunikationen ofta misslyckades var när sjuksköterskor skulle kommunicera med utlandsfödda patienter med afasi. Anledningen till detta var att patienterna ofta glömde det svenska språket när de insjuknade i afasi och föll då tillbaka till sitt modersmål. Detta skapade stora problem med förståelsen eftersom tolk behövde användas och som då inte heller förstod om patienten hade nedsatt förmåga att tala. Relaterat till Travelbees (1971) omvårdnadsteori är det då mycket viktigt att sjuksköterskan individanpassar kommunikationen med patienten. Enligt Thompson och McKeever (2014) är en effektiv kommunikation avgörande för ett holistiskt vårdande och därför bör sjuksköterskor anpassa sitt bemötande och försöka hitta ett sätt att kommunicera med även dessa patienter.

Sjuksköterskorna upplevde att det blev enklare att anpassa sitt bemötande efter varje patient under tiden de lärde känna varandra. När de lärde känna varandra upplevdes även förståelsen öka mellan patienten och sjuksköterskan, vilket gjorde sjuksköterskan upplevde en lättnad. Denna förståelse och kontakt skapas enligt Travelbee (1971) först när sjuksköterskan visar vilja och kunskap att hjälpa patienten efter att den mellanmänniska relationen har etablerats. Detta styrks av Kagan (1995) som betonar att en förståelse skapas med individer som har afasi om de har förutsättningar till en kontinuerlig kontakt med en och samma person. Detta sker genom att en relation då kan etableras och förståelsen kan då göra att individen kan behålla sin roll i kommunikationen. Detta kan enligt Kagan (1995) i sin tur göra att individen enklare kan bibehålla sin autonomi i vardagen. Därför skulle den mellanmänniska relationen mellan sjuksköterska och patient enklare kunna skapas om kontakten mellan dem är kontinuerlig.

Om svårigheter fortfarande fanns i den kommunikativa interaktionen och patienten blev frustrerad över detta upplevde sjuksköterskorna att det förbättrade den kommunikativa interaktionen om sjuksköterskan då visade förståelse för patienten och dess situation. Travelbee (1971) poängterar att innan omvårdnadens mål kan uppnås måste sjuksköterskor visa förståelse för interaktionen mellan sjuksköterska och patient. Däremot poängterar

Travelbee (1971) även att sjuksköterskan inte kan visa denna förståelse förens sjuksköterska och patient ser varandra som unika individer efter att en mellanmänsklig relation har etablerats emellan dem. Det hela styrks av Borthwick (2012) som beskriver att bland annat visad förståelse i kommunikationen med en patient som har afasi kan bidra till att minimera effekten av patientens kommunikationsnedsättning i den kommunikativa interaktionen.

Sjuksköterskorna upplevde att det blev svårare att kommunicera med patienterna de var frustrerade. Sjuksköterskorna hade då flera metoder, utöver visad förståelse, för att lugna patienten. Sjuksköterskorna upplevde då att det underlättade den kommunikativa interaktionen om de visade sig närvarande genom att exempelvis sätta sig ner på huk bredvid patienten eller att ta patienten i handen. Det upplevdes då att patienten kände att sjuksköterskan hade tid för denne. Travelbee (1971) framhäver att sjuksköterskans terapeutiska användande av sig själv kan göra det lättare att hjälpa patienter finna mening i upplevelser, vilket är målet i omvårdnaden. Detta styrks av Wilkinson (2013) som hävdar att kommunikation kan uppnås genom gester och kroppsspråk, och alltså inte bara genom det verbala. Detta styrks även av Fredriksson (1999) som menar att sjuksköterskan kan visa sig närvarande hos patienten genom fysisk beröring. Om hälso- och sjukvårdspersonal tar sig tid att lyssna påstår Liechty och Buchholz (2006) att det kan minska patientens frustration. Sjuksköterskor behöver därför visa sig närvarande och ta sig tid att lyssna på patienter med afasi för att förhindra frustration hos dem.

Det föreliggande resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde kommunikativa interaktioner med patienter som hade afasi tidskrävande. Det var bland annat tidskrävande att lista ut och förstå vad det var patienter med afasi ville förmedla. Sjuksköterskorna upplevde att förståelsen förbättrades efter dem lärt känna patienten, vilket också var tidskrävande. Kopplat till referensramen så poängterar Travelbee (1971) att det krävs att en mellanmänsklig relation etableras och växer innan en förståelse kan skapas mellan sjuksköterska och patient. Att det var tidskrävande att kommunicera styrks av Mowat, Bunniss, Snowden och Wright (2013) som också hävdar att det är tidskrävande att lyssna på patienter för att få fram den bärande kärnan av vad de vill förmedla.

Ett problem som sjuksköterskorna upplevde, till följd av att den kommunikativa interaktionen med patienter med afasi var tidskrävande, var att de hade stor brist på tid i arbetet. Vid vissa tillfällen fick de då vara ärliga och säga att de kom tillbaka senare för att kunna hantera mer

akuta situationer innan de kunde visa att de hade tid att kommunicera med patienten. Om det inte finns tid till att etablera en mellanmänsklig relation till patienten poängterar Travelbee (1971) att sjuksköterskan inte kan lyckas hjälpa patienter att bland annat finna hopp i sina upplevelser. Då kan heller inte omvårdnadens mål, att hjälpa patienter finna mening i sina upplevelser, uppnås. Problemet om tidsbrist styrks av en studie av Ramsay et al. (2008) som även den visar att sjuksköterskor inte alltid har tid att ge stöd i kommunikationen med patienter som har afasi. Hemsley et al. (2012) poängterar att detta kan bero på att arbetsbelastningen ofta är för stor. Detta påstår även Chan, Jones och Wong (2013) med tillägg om att tiden därför är för begränsad, vilket kan ge följderna som att sjuksköterskorna får det svårt att lära känna patienterna. Eftersom flera studier visar på brist av tid eller för hög arbetsbelastning är det därför något som borde uppmärksammas och då även kunna åtgärdas i hälso- och sjukvården.

Det föreliggande resultatet visar att sjuksköterskor upplevde att kommunikationen med patienter som hade afasi inte alltid lyckades. Enligt Travelbee (1971) sker interaktion mellan sjuksköterska och patient både via verbal och icke-verbal kommunikation men Ericson och Ericson (2012) beskriver att patienter med afasi har försämrade förmågor till den verbala. Travelbee (1971) poängterar att kommunikationen är sjuksköterskans främsta hjälpmedel för att uppnå den mellanmänskliga relationen till patienten och eftersom patienter med afasi har försämrade förmågor till denna faller sig resultatet naturligt om att kommunikationen inte alltid lyckas.

Resultatet visade att bristen på förståelse hos patienterna var ett återkommande problem när kommunikationen inte lyckades mellan sjuksköterska och patient. Även om sjuksköterskan hade flera metoder att ta till för att underlätta kommunikationen och på så sätt öka förståelsen så räckte detta inte alltid till. Att sjuksköterskan har färdigheter om olika kommunikationstekniker krävs enligt Travelbee (1971) för att en god kommunikation ska kunna uppnås, men Sorin-Peters (2004) hävdar att även om det finns olika metoder för att förbättra kommunikationen kan de inte alltid användas. Detta eftersom de inte alltid motsvarar den enskilda individens kommunikationsbehov. Oavsett om sjuksköterskorna var erfarna och hade många strategier att tillgå så upplevde de en frustration i brist på kommunikation och därför eftersträvade de efter fler strategier för att förbättra den kommunikativa interaktionen med varje enskild patient som blivit diagnostiserad med afasi. Även Hemsley et al. (2001) visar på i deras studie att sjuksköterskor önskar tillgång till fler

strategier då dessa främjar kommunikationen. Eftersom sjuksköterskorna i det föreliggande resultatet specifikt efterfrågade fler tekniska hjälpmedel för att förbättra kommunikationen kan det vara en relevant inriktning på fortsatt forskning i ämnet då det i resultatet poängterades att elektroniken snabbt har utvecklats framåt.

Slutsats

Resultatet i föreliggande intervjustudie visar att sjuksköterskor upplever den kommunikativa interaktionen svår med patienter som har afasi. Förståelsen mellan sjuksköterska och patient tar lång tid att finna, eftersom den underlättas under tiden de lär känna varandra. Detta kan vara problematiskt eftersom sjuksköterskor upplever att de har brist på tid i arbetet. Flera tidigare studier har även visat att tidsbrist och för hög arbetsbelastning förekommer inom hälso- och sjukvården och det kan därför vara ett problem som bör uppmärksammas. Detta skulle i sin tur kunna leda till en förbättring av kommunikativa interaktioner, men även inom andra områden av omvårdnaden.

Resultatet visar även på att sjuksköterskor upplever en stor frustration när de inte lyckas nå fram i kommunikationen med patienter som har afasi. Det finns många olika strategier och hjälpmedel som sjuksköterskor kan använda sig av för att underlätta kommunikationen men det är inte alltid de motsvarar den enskilde patientens behov. Därför önskar sjuksköterskor fler strategier och hjälpmedel att ta till för att underlätta den kommunikativa interaktionen med varje patient som enskild individ. Efterfrågan fanns specifikt efter fler tekniska hjälpmedel och därför kan det vara en relevant inriktning på fortsatt forskning i ämnet. Detta kan bidra till att sjuksköterskor enklare skulle kunna anpassa vilket hjälpmedel den enskilda individen behövde. Det är då även av stor vikt att ledningen inom sjukvården försöker ta på sig ansvaret för att dessa nya hjälpmedel kommer ut till berörda avdelningar och mottagningar. Detta för att säkerställa att sjuksköterskor ska kunna ha möjlighet att använda nya hjälpmedel för att på så vis kunna skapa en så anpassad kommunikation som möjligt till varje enskild individ med afasi.

Självständighet

L. Berglund och J. Aroca Rojas har tillsammans sökt fram artiklar och annan litteratur till bakgrunden och inledning, men J. Aroca Rojas har haft huvudansvaret för detta. Texten har skrivits ihop men L. Berglund har i hela arbetet haft huvudansvaret att korrigera texten, hitta den röda tråden och utformningen av rapporten. Metoden har tillsammans tagits fram men L. Berglund har haft huvudansvaret för etikansökan och J. Aroca Rojas för dataanalysens tillvägagångssätt. Intervju ett och tre gjordes och transkriberades av L. Berglund och två och fyra av J. Aroca Rojas. Dataanalysen, resultatet, diskussionen och bilagorna gjordes tillsammans eftersom diskussion krävdes. J. Aroca Rojas har haft huvudansvar för att refereringen i löpande text är korrekt gjord. L. Berglund och J. Aroca Rojas anser att de har tillfört lika mycket till studien.

Referenser

- Andersson, S., & Fridlund, B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(3), 285-292.
- Baron, J. C. (2001). Perfusion thresholds in human cerebral ischemia: historical perspective and therapeutic implications. *Cerebrovascular Diseases (Basel, Switzerland)*, 11(1), 2-8.
- Blonski, D. C., Covert, M., Gauthier, R., Monas, A., Murray, D., O'Brien, K. K., & Huijbregts, M. (2014). Barriers to and Facilitators of Access and Participation in Community-Based Exercise Programmes from the Perspective of Adults with Post-stroke Aphasia. *Physiotherapy Canada*, 66(4), 367-375
- Borthwick, S. (2012). Communication impairment in patients following stroke. *Nursing Standard*, 26(19), 35-41
- Brante, T. (2015). Interaktion. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad april, 7, 2015
<http://www.ne.se/miman.bib.bth.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/interaktion>
- Bryan, K., Axelrod, L., Maxim, J., Bell, L., & Jordan, L. (2002). Working with older people with communication difficulties: an evaluation of care worker training. *Aging & Mental Health*, 6(3), 248-254.
- Chan, E. A., Jones, A., & Wong, K. (2013). The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work. *Journal Of Advanced Nursing*, 69(9), 2020-2029.
- Engelter, Gostynski, Papa, Frei, Born, Ajdacic-Gross, Lyrer (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke; A Journal Of Cerebral Circulation*, 37(6), 1379-1384.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Finke, E., Light, J., & Kitko, L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(16), 2102-2115.
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of advanced nursing*, 30(5), 1167-1176.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Hemsley, B., Baladin, S., & Worrall, L. (2012). Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(1), 116-126.

Hemsley, B., Sigafos, J., Baladin, S., Forbes, R., Taylor, C., Green, VA., & Parmenter, T. (2001). Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 827-835.

Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hogstedt, C., Lundgren, B., Moberg, H., Pettersson, B., & Ågren, G. (2004). The Swedish Public Health Policy and the National Institute of Public Health. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 32(64), 3-64.

Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation: A challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2(1), 15–28.

Liechty, J., & Buchholz, J. (2006). The sounds of silence: relating to people with aphasia. *Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 44(8), 53-55.

Mowat, H., Bunniss, S., Snowden, A., & Wright, L. (2013). Listening as health care. *Scottish Journal Of Healthcare Chaplaincy*, 16, 35-41.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Poslawsky, I., Schuurmans, M., Lindeman, E., & Hafsteinsdóttir, T. (2010). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(1-2), 17-32.

Ramsay, J., Keith, G., Ker, J., & Hogg, G. (2008). Use of simulated patients for a communication skills exercise. *Nursing Standard*, 22(19), 39-44.

Sorin-Peters, R. (2004). The evaluation of a learner-centered training programme for spouses of adults with chronic aphasia using qualitative case study methodology. *Aphasiology*, 18(10), 951-975.

Thompson, J., & Mckeever, M. (2014). The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: an exploration using the Theory of Human Scale Development. *Journal Of Clinical Nursing*, 23 (3-4), 410-420.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

Weaver, D. (2012). Supporting different methods of communication. *Nursing & Residential Care*, 14(5), 220-223.

Wiklund-Gustin, L., & Bergbom, I. (Red.). (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Wilkinson, R. (2013). Gestural Depiction in Acquired Language Disorders: On the Form and Use of Iconic Gestures in Aphasic Talk-In-Interaction. *AAC: Augmentative & Alternative Communication*, 29(1), 68-82.

Bilaga 1 Informationsbrev till avdelningschefen

Till avdelningschefen

- Förfrågan om godkännande av intervjuer samt rekrytering av sjuksköterskor

Vi är två sjuksköterskeelever som går termin fem på Blekinge Tekniska Högskola som är intresserade av hur sjuksköterskor upplever kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienter med afasi. Vi har därför valt att undersöka detta till vår kandidatuppsats genom intervjuer och söker deltagare på er avdelning. Syftet med studien är att belysa sjuksköterskans upplevelse av kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienter med afasi. Det är av stor vikt att studera hur kommunikationen fungerar mellan sjuksköterskor och patienter med afasi då det enbart finns ett fåtal studier inriktat specifikt på detta. Datasamlingen sker i form av en intervju som pågår max en timmes tid där deltagaren ska beskriva hur hon/han upplever kommunikationen med patienter som har afasi. Intervjuerna spelas in för att sedan kunna sammanställas och deltagarnas namn framgår inte i studien utan de kodas under intervjuerna. Deltagandet är frivilligt och får när som helst avbrytas. Materialet kommer endast att användas till denna studie och det är enbart projektledarna samt handledaren som kommer ha tillgång till det. Studien är även forskningsetiskt egengranskad och granskad av Etikkommittén Sydost. Intervjun sker under vecka 11 och vi söker ungefär fem deltagare. Deltagarna ska vara legitimerade sjuksköterskor med minst ett år arbetserfarenhet och som kommer i kontakt med patienter diagnostiserade med afasi. Vi söker därför ert godkännande av att få intervjua på er avdelning på en avskild plats under sjuksköterskornas arbetstid. Vi skulle även vara tacksamma för hjälp av rekrytering av dessa deltagare på er avdelning enligt kriterierna ovan. Vi är tacksamma för svar i form av mejl. Vid godkännande kommer vi ut på avdelningen och hämtar blanketten om ditt godkännande. Vi lämnar då även ut informationsbrev och svarsblanketter till deltagarna du valt ut. I informationsbrevet finns samma information som i detta brev, fast riktat till deltagarna istället.

Projektledarna:	Josselyn Aroca Rojas josse_910@hotmail.com 076-2011171	Louise Berglund louiiiise_92@hotmail.com 076-1424430
Handledaren:	Helen Persson helen.persson@bth.se	0455-385431

Jag godkänner att intervjuer av sjuksköterskor sker på avdelningen till denna studie samt att hjälpa till med rekrytering av deltagare.

Ort och datum

Avdelningschefens underskrift

Avdelningschefens namnförtydligande

Bilaga 2 Informationsbrev till sjuksköterskor

Förfrågan till sjuksköterskor om deltagande i intervjuer till kandidatuppsats

Vi är två sjuksköterskeelever som går termin fem på Blekinge Tekniska Högskola som är intresserade av hur sjuksköterskor upplever kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienter med afasi. Vi har därför valt att undersöka detta till vår kandidatuppsats genom intervjuer och söker deltagare. Vid omvårdnad av patienter med afasi kan sjuksköterskan inte alltid uppnå patientens behov av information. Det är av stor vikt att studera hur kommunikationen fungerar mellan sjuksköterskor och patienter med afasi då det enbart finns ett fåtal studier inriktat specifikt på detta. Syftet med studien är därför att belysa sjuksköterskans upplevelse av kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienter med afasi.

Datainsamlingen sker i form av en intervju där du som deltagare under max en timmes tid ska beskriva hur du upplever kommunikationen med patienter som har afasi. Intervjuerna är godkända av er avdelningschef och sker på en plats och dag som bestämts ihop med dig som deltagare under vecka 11. Ungefär fem deltagare väljs ut och de ska vara legitimerade sjuksköterskor som kommer i kontakt med patienter som diagnostiserats med afasi. Deltagarna ska ha minst ett års arbetserfarenhet inom ämnet. Intervjuerna spelas in för att sedan kunna sammanställas och deltagarnas namn framgår inte i studien utan de kallas under intervjuerna. Som deltagare får du ta del av generellt resultat efter sammanställning om så önskas. Materialet kommer endast att användas till denna studie och det är enbart projektledarna samt handledaren som kommer ha tillgång till det. Studien är även forskningsetiskt egengranskad och granskad av Etikkommittén Sydost.

Projektledarna:	Josselyn Aroca Rojas josse_910@hotmail.com 076-2011171	Louise Berglund louiiiise_92@hotmail.com 076-1424430
-----------------	---	--

Handledaren:	Helen Persson helen.persson@bth.se	0455-385431
--------------	---	-------------

Jag samtycker till att delta i intervjun till denna studie. Mitt deltagande är helt frivilligt och jag kan när som helst avbryta detta deltagande utan angivande av skäl.

Ort och datum

Deltagarens underskrift

Deltagarens namnförtydligande

Bilaga 3 Intervjuguide

Intervjuguide

Huvudfråga:

Berätta hur du upplever kommunikationen med patienter som diagnostiserats med afasi orsakad av stroke.

Stödfrågor:

- Berätta hur du upplever förståelsen fungerar mellan dig och patienter med afasi?
- Beskriv vilka svårigheter du upplever med kommunikationen?
- Berätta om din upplevelse av att nå fram till patienten när du ger första informationen/ första dagarna efter en stroke med medförd afasi.
- Berätta hur du upplever att patienten tar emot denna information.
- Beskriv hur du upplever att kommunikationen fungerar vid hygienskötsel, måltider och undersökningar.
- Berätta hur fysisk beröring kan ha inverkan på er kommunikation (exempelvis att ta patienten i handen).
- Berätta om din upplevelse av bådas kroppsspråk i er kommunikation (exempelvis gestikulering)?
- Berätta om vilka strategier du upplever underlättar kommunikationen.

Följdfrågor:

- Kan du utveckla/beskriva detta lite mer?
- Kan du beskriva på vilket sätt?
- Kan du beskriva vad du kände?
- Vad menar du?
- Ge exempel på en situation du upplever var ett gott exempel på bra kommunikation?
- Ge exempel på en situation du upplever var ett exempel på dålig kommunikation?
- Är det något du vill tillägga?
- Är/var det bra eller dåligt?

Bilaga 4 Exempel av innehållsanalysen

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Jag blir frustrerad också när jag ser att dom vill ha fram någonting liksom men inte alla gånger kan eh få fram vad det är som de är dom försöker.	Jag blir frustrerad när jag inte ser vad patienten vill.	Frustration att inte förstå	Frustration	Gemensamma känslor
Ja tiden, och det är ju det vi egentligen brister mest på för vi har ju inte den tiden.	Den största bristen är tiden.	Tidsbrist	Otillräckliga resurser	Svårigheter i kommunikationen
Vi har en patient med afasi och än idag svarar han ja till vissa grejer som ska vara nej.	Patienter kan svara ja men mena nej.	Patienter kan ge dubbla budskap	Dubbla budskap	Svårigheter i kommunikativa interaktioner
En afasipatient, en nyinsjuknad i afasi, får man ändå förstå att det finns en frustration att dem inte kan göra sig förstådda.	Man måste förstå att det finns en frustration hos nyinsjuknade patienter att inte kunna göra sig förstådda.	Visa förståelse över frustration	Vara närvarande	Bemötande som kunde underlätta
Eh till slut efter att dom har varit här en längre period så, man lär känna dom på ett annat sätt och då kan du tyda kanske på kroppsspråk att det är något särskilt att dom vill, kanske behöver gå på toaletten, dom kanske är trötta, eh vill lägga sig en stund, eller om de är att dom är törstiga.	När man lär känna patienterna så kan du tyda på kroppsspråket vad de vill.	Lär sig tyda kroppsspråk	Kroppsspråk	Metoder för att kommunicera
Men, nej det är nog efter ett tag när man lär känna patienten och man känner att nämen nu förstår jag faktiskt. Man vet att den tycker om vissa saker och då kan man lättare ställa dem fråga.	När man lär känna patienten förstår man snabbare vad de vill eftersom man kan ställa rätt frågor med en gång.	Lära känna patienten	Lära känna varandra	Metoder för att kommunicera