



Kurs SSK 216, Examensarbete, 10 poäng  
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

# **HAR SJUKSKÖTERSKAN TID FÖR SAMTAL?**

## **-SJUKSKÖTERSKANS OMVÅRDNADSHANDLINGAR VID**

### **AFASI /DYSFASI.**

Maj 2001

Författare: Miriam Hansen  
Ulrika Holgersson

Ej avsedd för publikation

Handledare: Britt Ebbeskog

Justerat och godkänt

Datum \_\_\_\_\_

Examinator

**Blekinge Tekniska Högskola**  
Institutionen för hälso- och naturvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng,  
Kurs SSK 216, Examensarbete 10 poäng

## **HAR SJUKSKÖTERSKAN TID FÖR SAMTAL? -SJUKSKÖTERSKANS OMVÅRDNADSHANDLINGAR VID AFASI/DYSFASI**

Examensarbete, 10 poäng

Författare: Miriam Hansen  
Ulrika Holgersson

Handledare: Britt Ebbeskog

Examinator: Göran Holst

### **SAMMANFATTNING**

Syftet var att utifrån facklitteratur och vetenskaplig forskning beskriva faktorer som har betydelse vid interaktiva kommunikativa omvårdnadshandlingar vid rehabilitering avseende patienter som har afasi/dysfasi i samband med stroke. I studien användes litteraturgranskning som metod. Artiklar söktes i litteraturlöslösarna Cinahl, Medline och EBSCO som hade anknytning till omvårdnad. Sökorden som användes var *aphasia*, *stroke*, *care* och *communication*. Följande områden framkom i dataanalysen; att det var vanligt att afasipatienter blev deprimerade vilket kunde fördröja tillfrisknandet och att sjuksköterskan har en samordnande funktion i omvårdnaden av patienten med afasi. Sjuksköterskan kanske inte hade den kunskap som krävdes för att ge patienten det stöd som behövdes vid rehabiliteringen. Sjuksköterskan efterlyste mer utrymme för kommunikation med patienten. Detta berodde på att hon hade flera patienter att ta hand om samtidigt och att hon hade andra arbetsuppgifter som till exempel pappersarbete. Stress var inte gynnsam för rehabiliteringen. Vi anser att sjuksköterskan bör ha gott tidsutrymme för omvårdnadshandlingar då detta är en viktig faktor för patientens tillfrisknande. Även anhörigas delaktighet har stor betydelse för tillfrisknandet. Det fanns många tekniska hjälpmedel som kan vara till hjälp vid rehabilitering. Sjuksköterskan bör hålla sig uppdaterad i teknologiska utvecklingen, eftersom det sker ständiga förändringar.

**Nyckelord:** Afasi, Stroke, Kommunikation, Rehabilitering, Omvårdnad.

Blekinge Institute of Technology  
Department of Science and Health

Program for University Diploma in Nursing 120 credits

**Has the Registered Nurse (RN) time for conversation?  
-Care of patient with aphasia/dysphasia by the RN.**

Degree project 10 credits

Author: Miriam Hansen  
Ulrika Holgersson

Tutor: Britt Ebbeskog

Examiner: Göran Holst

**ABSTRACT**

The purpose of the study was from a specialist literature point of view to describe specifics that are significant in interactive communicative healthcare actions in rehabilitation regarding patients with aphasia/dysphasia in connection with stroke. A literature review was used as method. The search for the articles was made in the literature databases Cinahl, Medline and EBSCO, which had connection to healthcare. We used keywords *aphasia*, *stroke*, *care* and *communication*. The result shows that it was common that aphasic patients were depressed which could lead to a delayed recovery. The RN has a co-ordinating function in the care of patients with aphasia. The RN may not have the knowledge that requires giving the patients the support that was necessary at the rehabilitation. That is why she wanted some more time and space for the communication with the patients. This is due to that she has several other duties to solve i.e. paperwork. Stress was not favourable for the rehabilitation. We believe that time was an important element in the recovery of the patient. Next of kin's has a significant role in the recovery. There are a number of technical aids that could be of great help in the rehabilitation. We suggest that the nurse must keep herself updated within the technological development, since there are constant changes.

**Keywords:** Aphasia, Stroke, Communication, Rehabilitation, Nursing, Care.

# INNEHÅLL

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>INNEHÅLL</b> .....	4
<b>INTRODUKTION</b> .....	5
<b>BAKGRUND</b> .....	5
Stroke .....	5
Afasi .....	6
Olika varianter av afasi: .....	6
Psykologiska faktorer .....	7
Vårdorganisationen .....	7
Rehabilitering .....	8
Kommunikation .....	8
Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) .....	9
När budskapet fram? .....	9
Omvårdnadshandlingar .....	10
Relation i omvårdnaden .....	11
Travelbees omvårdnadsteori .....	11
<b>SYFTE</b> .....	12
<b>METOD</b> .....	12
Litteraturgranskning .....	12
Genomförande och urval .....	13
Bearbetning av data .....	13
<b>RESULTAT</b> .....	14
Psykologiska och sociala faktorer .....	14
<i>Omvårdnadshandlingar</i> .....	15
Kommunikation .....	16
<i>Strategier för kommunikation med afatiker</i> .....	17
<i>Tid för kommunikation</i> .....	18
<i>Alternativ kommunikation (AKK)</i> .....	18
Tekniska kommunikationshjälpmedel .....	19
<i>Personligt kommunikationspass</i> .....	19
<i>Pratapparat</i> .....	19
<i>Telefoneringshjälpmedel</i> .....	19
<i>Bliss</i> .....	19
<i>Språkträningsprogram</i> .....	20
Behandling och rehabilitering vid afasi/dysfasi .....	20
<i>Gruppterapi</i> .....	20
<i>Familjeterapi</i> .....	21
<i>Sjuksköterskans roll i rehabiliteringen</i> .....	21
<i>Patienten och anhörigas delaktighet vid rehabiliteringen</i> .....	22
Relation .....	22
<b>DISKUSSION</b> .....	23
Metoddiskussion .....	23
Resultatdiskussion .....	23
<i>Sjuksköterskans roll</i> .....	23
<i>Tid</i> .....	24
<i>Begränsning för AKK</i> .....	25
<i>Behandling och rehabilitering</i> .....	26
<i>Relation</i> .....	26
Konklusion .....	27
<b>REFERENSLISTA</b> .....	28
<b>BILAGA 1</b> .....	31

## INTRODUKTION

Mötet med en patient som inte kan tala verkar både intressant och svårt. När vi båda tjänstgjort som vårdbiträde inom äldreomsorgen har vi mött patienter som har bristande förmåga att kunna förmedla sig genom talet. Till exempel en patient som förstår vad vi säger men inte kan svara på frågor eller tala om vad han vill. I det mötet har vi känt oss otillräckliga, därför känns det nu meningsfullt att fördjupa sig i ämnet. Det som intresserat oss som blivande sjuksköterskor är hur vi ska kunna kommunicera med patienter som har talsvårigheter efter slaganfall. Begreppet afasi används ibland felaktigt i litteraturen. I de flesta länder används termen afasi för att beteckna alla grader och former av afasi. Det är egentligen mer riktigt att använda ordet dysfasi för olika grader av nedsatt språkfunktion (Borenstein, 1986). I texten använder vi afasi och dysfasi synonymt trots att det kan vara mer rätt att använda ordet dysfasi.

## BAKGRUND

### Stroke

Hjärtkärlsjukdomar är det största folkhälsoproblemet i Sverige. Sjukdomen orsakade ungefär hälften av alla dödsfall i Sverige 1998 (Statistiska centralbyrån, 2001). Hjärtkärlsjukdomar består framför allt av sjukdomar i hjärtats kranskärl och sjukdomar i hjärnans kärl. Varje år insjuknar 40 000 svenskar av hjärtinfarkt och 35 000 av stroke (SBU, 1997). Stroke, eller slaganfall som det också kallas, är en cerebrovaskulär sjukdom där grundorsaken i de flesta fall är åderförkalkning som förorsakar ischemiska skador i hjärnans vävnad. Ischemin kan orsakas av infarkt eller blödning i hjärnan eller någon av dess hinnor (Ericsson & Ericsson, 1996). Slaganfall orsakar bland annat svår invaliditet som förlamningar och talsvårigheter (SBU, 1997). Den enskilde patientens symtombild beror på vilken artär som är skadad och hur omfattande kärlskadan är. För att tolka och förstå patientens symtom måste man studera hjärnans blodkärlsförsörjning i relation till hur de olika centra är ordnade på hjärnbarken. Om skadan sker i vänster hjärnhemisfär (hjärnhalva) förlamas höger kroppssida, eftersom de motoriska nervfibrerna är korsade drabbar förlamningen den motsatta sidans extremiteter. En skada på höger hjärnhemisfär till exempel ger störning i perceptionen (förmåga till kroppsuppfattningen) och en vänstersidig hemipares (förslappning i muskulaturen). Talcentrat sitter i vänster hjärnhemisfär, så det är när skadan är där som afasi uppstår (Ericson & Ericson, 1996).

## Afasi

Afasi är en funktionsnedsättning som kan drabba stroke-patienten. Det sker vanligtvis en spontan förbättring av talsvårigheter under de närmaste dagarna/veckorna efter skadan. Med hjälp av talträning kan problemen reduceras ytterligare (Borenstein, 1986).

För att belysa ämnet afasi och dess innebörd anser vi att vissa begrepp bör förklaras. Definitionen av afasi är enligt Borenstein (1986): en förvärvad språkstörning till följd av en avgränsad, lokaliserad skada i hjärnans talcentrum. Eftersom talcentrat sitter i vänster hjärnhemisfär är det när skadan uppstår där man drabbas av afasi. Afasi kommer av grekiskans *phasis* som betyder tal och *a* som betyder total förlust. Ordet dysfasi är att föredra vid stroke då strokepatienten kan drabbas av talsvårigheter (a.a).

### Olika varianter av afasi:

*Brocas afasi* (motorisk afasi); patienten kan läsa och förstå vad som sägs, men har svårt att uttrycka ord eller meningar. Oftast kan patienten hitta ord men talar väldigt trögt och sakta. *Wernickes afasi* (sensorisk afasi); patienten har svårt att finna rätt ord. Talet flyter lätt men innehåller felaktiga ord som kan vara egenkonstruerade ord. Ibland medför den försämrade språkförståelsen svårigheter att förstå vad andra säger.

*Global afasi* är en blandform av Brocas och Wernickes afasier. Den sorten av afasi är vanlig bland strokepatienter och är mycket svår (Ericson & Ericson 1996).

*Agnosi* är oförmågan att känna igen det man till exempel ser, hör eller känner.

*Apraxi* är oförmåga att utföra vissa rörelser (som man tidigare behärskat), att använda verktyg, instrument o.s.v.

*Agrafi* är oförmåga att skriva trots att handens rörelseförmåga är normal. Detta beror på störningar i delar av hjässloben som har med förmågan att uttrycka sig i tal och skrift.

*Alexi* är förvärvad oförmåga att läsa; förekommer vid skador på vänster hjärnhalva.

*Dysartri* kan uppträda om skadan drabbar någon del av perifera eller centrala nervsystemet. Patienter kan läsa, skriva och förstå någon som talar och de har inga problem att hitta ord, men talet är otydligt. Störningen avser endast artikulation eller betoning (Lundh & Malmqvist, 1996).

## Psykologiska faktorer

Att förlora sin språkfunktion, som är ett naturligt tillstånd är i det närmaste en katastrof för den drabbade individen. Från att ena dagen kunna behärska språkfunktionen för att till nästa dag sitta utanför sin normala roll, upplevs väldigt jobbigt för personer med afasi. Det mesta i mänsklig samvaro bygger på språklig kommunikation. Den psykiska chocken drabbar hela familjen. Det första året efter insjuknandet är depressionssymtom av olika slag och svårighetsgrad regel både för patienten och dess anhöriga. Det ställs stora krav på vårdpersonal när det gäller att stödja patient och familj genom denna depressionsfas. Förutom depression vid stroke, inträder andra psykologiska störningar som har betydelse för rehabiliteringen. De flesta strokepatienterna drabbas av ökad uttrötthet, ökat sömnbehov, störd koncentrationsförmåga, ökad irriterbarhet, ökad känslomässighet, gråtmildhet och sänkt simultankapacitet. Dessa störningar gör att strokepatienten isolerar sig och visar ovilja till sociala kontakter (Höök, 1995).

## Vårdorganisationen

Då det är en hög incidens av stroke i Sverige idag har hälso- och sjukvården organiserat strokeenheter för att samla större kunskap och erfarenheter rörande stroke-rehabilitering. Teamen består av sjuksköterska, läkare, logoped, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och eventuellt psykolog. Sjuksköterskan har en samordnande funktion. Hela teamarbetet behövs eftersom sjuksköterskan inte kan vara expert på alla patientens problemområden, till exempel behövs arbetsterapeuten för att utforma hjälpmedel, sjukgymnasten för att göra ett träningsprogram, logopeden för att talträna och så vidare. Viktiga mål är att patienten ska bli så oberoende som möjligt av annans hjälp trots att de har funktionsnedsättningar (Ericson & Ericson, 1996).

Sjuksköterskans kunskaper har utvecklats när det gäller att förstå vad som sker vid sjukdom och den inre sjukdomen har för patienten med stroke. Det gör det möjligt för sjuksköterskan att påverka patientens upplevelse av sin situation. Sjuksköterskan kan hjälpa patienten att klara av upplevelsen genom att undervisa, vägleda, uppmuntra, stödja och visa förståelse och empati. Det finns även skäl till att sjuksköterskan kan behöva öva upp sin förmåga att kommunicera. Kommunikationen är grunden för att *skapa kontakt* mellan sjuksköterskan och patienten, vilket i sin tur medför att patienten kan lita på sjuksköterskan och öppna sig för att aktivt kunna ta emot hjälp (Jahren-Kristoffersen, 1997).

## Rehabilitering

Under de senaste åren har afasidiagnostiken förfinats och förståelsen för de olika neurologiska mekanismer som skadats vid afasi ökat avsevärt. Arbetsterapeuter och logopedier kräver alltid nära kontakt med anhöriga under behandlingen av afasipatienter för att lära känna patientens sociala förhållanden och specifika intresseområde. Detta för att kunna ge en individuell behandling. Träningen ska börja tidigt och till en början med korta och ofta återkommande pass (Höök, 1995).

Det finns många olika metoder att öva upp språket eller att skaffa ett nytt språk. De flesta metoderna bygger på kroppsspråk, bilder och symboler. Gester och teckenspråk underlättar den språkliga kommunikationen eller ersätter den. Även bilder och symboler kan hjälpa eller ersätta den språkliga funktionen. Det finns utarbetade språk i bilder med grammatik. Bliss är ett exempel på sådant (Höök, 1995).

Målet med rehabiliteringen är att patienten, i de fallen där afasin är kvarstående, tillsammans med familjen ska finna en tillfredsställande social tillvaro. Detta genom lära sig ett alternativt sätt att kommunicera. Därför är information även till de anhöriga om hur de ska tala och kommunicera med den afasidrabbade betydelsefull (Höök, 1995).

## Kommunikation

Ordet kommunikation kommer från det latinska *communis* som betyder gemensam, och *communicatio* som betyder att meddela, ha förbindelse med eller förmedla. Kommunikation med anhöriga och patienter är fundamentalt i omvårdnaden. Kommunikation rymmer oändligt många ämnen och problemställningar (Jahren-Kristoffersen, 1997). I *The New Encyclopedia Britannica* refererad i Jahren-Kristoffersen (1997) går att läsa: Kommunikation sker när ett sinne handlar så i förhållande till sin miljö att ett annat sinne påverkas, och att det i detta andra sinne uppstår en upplevelse som är lik upplevelsen i det första sinnet och delvis en följd av denna upplevelse.

Kommunikationskanaler delas in i tre huvudgrupper, den icke-verbala, den verbala och metakommunikation. Den icke-verbala kommunikationen är icke-språkig, medan den verbala är språklig. Icke-verbal kommunikation kan uttryckas med bland annat: ansiktsuttryck, röstläge, rörelser med armarna, händerna och fötterna och genom fysisk beröring. Den kan



också uttrycka sig genom att man är tyst eller att man koncentrerar sig på sändaren (den som pratar) (Jahren-Kristoffersen, 1997). Metakommunikation är inte uppbyggd på rationalitet och logik. En person kan säga verbalt att han tycker om en annan person, men kroppsspråket säger något helt annat. Metakommunikation kan förneka, förstärka, suddas ut eller ogiltigförklara budskapet om innehållet, vilket kan göra situationen ytterst förvirrad för båda parterna (Norberg *et al.*, 1992).

### Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK)

Personer som har tal- och skrivsvårigheter är i behov av andra sätt att kommunicera, för att göra sig förstådda med omgivningen. De är i behov av AKK, det vill säga kommunikation mellan människor som ersätter eller kompletterar bristen i talet/språket. AKK innefattar:

- Brukaren – individen som har funktionsnedsättning för att kommunicera.
- Redskapen – hjälpmedel och kommunikationssätt för dessa.
- Omgivningen – samtalspartners, människor och miljö.

Bakgrunden till talsvårigheterna kan vara varierande som till exempel olika åldrar, personligheter och miljöer. Detta skapar olika förutsättningar för olika individer (Heister-Trygg, 1998).

### Når budskapet fram?

Ofta hänvisas vårdgivaren att lita på sin yrkesmässiga bedömning och förmåga till empati när det gäller frågan om budskapet har nått fram. Är man osäker på om situationen är riktigt uppfattad av en själv, den andre eller båda parter kan det vara viktigt att ta sin osäkerhet på allvar. Ett ”ja” kanske inte alltid innebär att man har förstått, utan kan vara en bekräftelse på att man följer med och försöker förstå. Är man osäker på om patienten har uppfattat det viktigaste, räcker det inte med att fråga om hon har förstått. Någon säker kunskap om *hur* informationen har uppfattats kan man inte få om frågorna besvaras med ett ”ja” eller ”nej”. Att be patienten själv tala om vad som ska göras, kan ge oss en bekräftelse på att informationen nått fram (Eide & Eide, 1996).

Enligt Dahl & Habert, (1986) kan man besvara frågan på om budskapet har nått fram på olika sätt:

- Den idealiska formen är när sjuksköterskan förstår patienten och får bekräftelse om detta.

- En allvarlig - och vanlig - form av misslyckad information är om patienten inte förstår sjuksköterskan, men sändaren tror (eller hoppas) att patienten kommer att förstå efter hand. En bekräftelse av mottagaren att denne har förstått är mycket viktig.
- Sjuksköterskan uppfattar att patienten missförstått det som sagts. Det är en viktig del av god, kulturellt övergripande kommunikation att upptäcka och klarlägga missuppfattningar.
- Tror sjuksköterskan att hon blir missuppfattad fast patienten förstår blir hon onödigt förklarande eller mästrande. Detta kan för patienten upplevas som kränkande. Kanske är ängslan för att detta ska inträffa en orsak till att många inte kontrollerar tillräckligt väl om den andre har uppfattat det som sagts. Ber sjuksköterskan patienten att formulera själv vad som varit viktigt under samtalet kan sådana missuppfattningar undvikas.

Att kunna förmedla sig med omvärlden är bland det viktigaste i vardagen. Det vanligaste är att man uttrycker sig med ord. De som inte kan uttrycka sig med ord av olika anledningar får hitta ett alternativt sätt i vardagen för att göra sig förstådda och förstå. Att använda alternativa sätt att kommunicera kan underlätta både för patienten och sjuksköterskan att förstå varandra. För att sjuksköterskan ska kunna bemöta patienter med afasi är det viktigt att ha kunskap om bland annat interaktion, alternativ kommunikation, människan som individ. Genom våra omvårdnadshandlingar önskar vi uppnå samspel, interaktion med patienten (författarnas egna ord).

## Omvårdnadshandlingar

Omvårdnadshandlingarna består av två integrerade delar, dels uppgiften som utförs och dels relationen inom vilken den utförs (Griffin refererad i Norberg *et al.*, 1992). Uppgiften och relationen är varandras förutsättningar och de är alltid närvarande samtidigt. I omvårdnad kan relationen vara viktigare än uppgiften eller tvärtom. Det kan också vara så att både relationen och uppgiften är lika viktiga. Relationen färgas samtidigt som den färgar den helhet i vilken den ingår (Norberg *et al.*, 1992).

Omvårdnadshandlingarnas syfte är att förbättra hälsa/friskhet, förebygga ohälsa/sjukdom samt återställa och bevara hälsa/friskhet. Omvårdnadsåtgärderna kan vara att undervisa, tillhandahålla en miljö som stödjer utveckling, ge fysiskt och psykiskt stöd, hjälpa till med vissa aktiviteter samt utföra åt patienten det han inte kan utföra själv. Grunden för omvårdnad

utgörs av personens livsberättelse och aktuellt hälsomål samt kunskaper om eventuell sjukdom, dess behandling, prognos och inverkan på det dagliga livet.

Att insjukna och leva med sin sjukdom kan ha olika innebörd beroende på om sjukdomen bryter ut under barndomen eller senare i livet. Det är därför viktigt att uppmärksamma det utvecklingsskede som var aktuellt vid sjukdomsdebuten. Man måste förstå den sjuke utifrån hans eget meningssystem. Varje ny upplevelse blir ett tillägg till hans tolkningsmönster (Norberg *et al.*, 1992).

### Relation i omvårdnaden

Att komma överens om vilken relation vi har till varandra, krävs för att kommunikationen ska bli så effektiv som möjligt. En definition av relationen innebär att vi får bestämma hur vi ska ha det mellan oss, vilka skyldigheter och rättigheter som ska gälla i olika situationer, och vid olika tidpunkter. Det handlar också om vem som har rätt att kräva vad, hur mycket och av vem i olika situationer. Relationsdefinitionen klargör och avgör klimat, förhållningssätt, vad som går an och vad som kan sägas (Norberg *et al.*, 1992).

Omvårdnadsrelationen kan utformas olika beroende på patientens behov, vårdarens kompetens och den yttre situationen. Den måste också förstås i samband med den uppgift som ska utföras. Genom samspel (interaktion) och kommunikation (överföring av meddelande) kan relationer upprätthållas. Det är möjligt att kommunicera utan att samspela men inte möjligt att samspela utan att kommunicera (Norberg *et al.*, 1992).

### Travelbees omvårdnadsteori

Omvårdnadsteorier innehåller olika dimensioner. En av dem är ”interaktionen mellan patient och sjuksköterska”. Den mest betydelsefulla dimensionen i omvårdnaden är den relation som upprättas mellan sjuksköterska och patient. Det är kvaliteten på denna relation som avgör hur patienten tillgodogör sig omvårdnaden (Kirkevold, 1994). Enligt Travelbee refererad i Kirkevold, (1994) är kommunikationen en av sjuksköterskans viktigaste instrument. Det är en ömsesidig process där man delar eller överför tankar och känslor. Kommunikationen är en förutsättning för att uppnå målet med omvårdnaden att hjälpa patienten att bemästra sjukdom och lidande och finna en mening i sin upplevelse. Syftet med kommunikationen är att lära känna patienten, förstå och bemöta patientens behov och hjälpa honom att bemästra sjukdom, lidande och ensamhet. Kommunikationen kan ske verbalt, med

hjälp av ord eller icke-verbalt i form av mimik och kroppsspråk. Kommunikation är en komplicerad och ömsesidig process, där det är mycket viktigt att sjuksköterskan förstår det patienten förmedlar både verbalt och icke-verbalt. Denna information ska användas till att planera och genomföra omvårdnadsåtgärder. Enligt Travelbees teori bör inte begreppen ”patient och ”sjuksköterska” användas därför att det leder till stereotypa rolluppfattningar som döljer det unika i den unika individen. Det är därför viktigt att sjuksköterskan ser patienten som en individ för bästa möjliga omvårdnad (a.a).

Hur leder kommunikationen till att realisera omvårdnadens syfte? Enligt Travelbee refererad i Kirkevold, (1994) har sjukdom och lidande ett nära samband. En individs attityd till lidande bestämmer hur man bemästrar sin sjukdom. Sjuksköterskans sätt att interagera och kommunicera kan påverka den enskildes attityd till sitt eget lidande, som att till exempel finna en mening med det. Det kan hjälpa individen att bemästra både lidande och sjukdom bättre (a.a).

För att kunna hjälpa individen måste sjuksköterskan etablera patientrelation genom att använda sig av kommunikation. Interaktionen mellan två individer består av en som är i behov av hjälp och en som har möjlighet att hjälpa. Interaktionen tillsammans med kommunikation möjliggör syftet med omvårdnaden. Kommunikationen är ett instrument som sjuksköterskan bör använda sig av för att bli bekant med, förstå och möta patientens behov för att hjälpa honom att bemästra sjukdom, lidande och ensamhet (Meleis, 1997).

## **SYFTE**

Syftet är att utifrån facklitteratur och vetenskaplig forskning beskriva faktorer som har betydelse vid interaktiva kommunikativa omvårdnadshandlingar vid rehabilitering avseende patienter som har afasi/dysfasi i samband med stroke.

## **METOD**

### **Litteraturgranskning**

Enligt Polit & Hungler, (1999) var den lämpligaste metoden för denna studie att genomföra en litteraturgranskning för att identifiera, välja ut, kritiskt granska och beskriva existerande information inom ett ämnesområde och som i denna studie inom ämnet kommunikativa omvårdnadshandlingar vid stroke. Avsikten var att utveckla en förståelse för den befintliga

vetenskapen inom ämnet kommunikativa omvårdnadshandlingar vid dysfasi, genom att systematiskt söka i vetenskapliga artiklar och facklitteratur. Metoden ska kunna lösa problemet eller svara på frågan. Eftersom det handlar om omvårdnad så talar vi om individer och deras känslor. Det kan inga siffror lösa. Därför är ett kvalitativt synsätt att föredra. I vår litteratur studie kunde vi samla data och systematiskt granska, jämföra och sortera (a.a).

### Genomförande och urval

Vi gjorde en litteraturgenomgång för att inhämta kunskaper om ämnet. Vi sökte artiklar i litteraturlösningsdatabaserna Cinahl, Medline och EBSCO som hade anknytning till omvårdnad, medicin och beteendevetenskap. Facklitteraturen sökte vi efter i litteraturlösningsdatabasen Libris. Tidsbegränsningen var artiklar som inte var äldre än tio år. Artiklarna som vi sökt i innefattar nordiska språk och engelska.

Vid sökning i Medline fick vi 12 träffar på sökorden *aphasia*, *stroke*, *care* och *communication* i kombination med varandra. I Cinahl fick vi 62 träffar med samma kombination. Databasen EBSCO gav 11 träffar med kombination av sökorden *aphasia* och *communication*. Vid en manuell sökning i Journal of Advanced Nursing, från 1995 och framåt hittade vi 24 artiklar om stroke och aphasia. Totalt valde vi ut 22 stycken artiklar efter att ha läst abstract och letat efter gemensamma nämnare som passade in på ämnet som vi valt. Sökorden vi använde i Libris databas var stroke och aphasia. Vi fick 22 träffar och utav dem valde vi en avhandling (Magnusson, 2000) och facklitteratur (Heister-Trygg, 1998).

### Bearbetning av data

De 22 artiklarna, avhandlingen och facklitteraturen läste vi igenom. Utav dessa var 4 stycken inte vetenskapliga och relevanta. För att en artikel ska klassas som vetenskaplig ska den varit publicerad i en internationell, vetenskaplig referee-bedömd tidsskrift. Relevant för vår studie var de artiklar som vetenskapliga och svarade på vårt syfte. Utifrån varje artikel skrev vi ner stödord som talade om vad artikeln handlade om. De 15 artiklarna ordnade vi i en överskådlig tabell där vi tecknade ner författare, resultat och vilken metod som använts (bilaga 1). Sedan läste vi alla artiklar igen översatte och sorterade dem utifrån sju gemensamma områden; psykologiska faktorer, omvårdnad, rehabilitering, tid, relation, kommunikation och anhöriga. Detta genomfördes genom att vi samlade ihop resultatet, klippte ut och förde samman de gemensamma faktorerna för att få en överskådlig bild. På så sätt fick vi en bild på likheter och

skillnader i artiklarna. Under arbetets gång har vi även sållat bort 1 artikel som inte innehöll tillräckligt med fakta. Totalt ingår 14 artiklar, 1 avhandling och facklitteratur i studien (bilaga 1). Metoderna som man använt sig av i artiklarna var intervjuer och kvalitativa litteraturgranskningar.

## RESULTAT

Utifrån de sju områden vi utgått ifrån i metoden under bearbetning av data (sidan 9) har vi strukturerat forskningsresultaten. Enligt Andersson, (1998), Burton, (2000) och Hafsteinsdóttir *et al.*, (1997) finns det inte så mycket forskning inom detta specifika område afasi och omvårdnad. Hafsteinsdóttir *et al.*, (1997) och Wolfe *et al.*, refererad i Dowswell *et al.*, (2000b) påtalar att det behövs fler undersökningar utifrån patientens synvinkel. Undersökningarna som vi studerat har mer fokus på strokepatienter inom det medicinskt inriktade området och ej specifikt på sjukdomstillståndet stroke hos patienter med afasi och dysfasi.

### Psykologiska och sociala faktorer

För en människa som drabbas av stroke förändras livet radikalt på många sätt. De funktionella kapaciteterna nedsätts och det sociala livet blir mindre aktivt. Det är inte bara personen med stroke som drabbas utan hela familjen. De flesta anhöriga till stokedrabbade upplevde negativa förändringar efter insjuknandet. Endast en anhörig pratade om förändringarna i en positiv mening (Dowswell *et al.*, 2000b).

Mumma refererad i Hafsteinsdóttir *et al.*, (1997) och Åströms studie i Sundin *et al.*, (2000) menar att afatiker och dysfatiker känner en frustration över att inte kunna kommunicera normalt med andra människor. Att inte kunna kommunicera normalt leder till social isolering. Det psykiska och fysiska handikappet efter stroke gör det svårare att fortsätta med sina tidigare sysselsättningar i samma grad som tidigare. Det i sin tur leder till ett minskat umgänge med andra människor (Bennet, 1996, Clark, 1994, Dowswell *et al.*, 2000b och Kumlien *et al.*, 2000). Dowswell *et al.*, (2000b) studie visar att strokepatienten får besök men besöker sällan någon annan. Personer med stroke blev tillfrågade om social kontakt och om social kontakt kunde bidra vid tillfrisknandet. Det var endast en strokepatient som bejakade detta.

Det rapporterades om en hög grad av depression hos strokepatienter och patienter med afasi och dysfasi (Bennet, 1996, Robinson & Szetela refererade i Hafsteinsdóttir *et al.*, 1997). Dysfasi tillsammans med vänstersidig främre hjärnskada och ensamboende har visat sig ha ett samband med depression (Åström *et al.*, refererad i Hafsteinsdóttir *et al.*, 1997). En undersökning av Dowswell *et al.*, (2000a) visar att i det inledande stadiet av sjukdomen har personerna hopp om att bli helt återställda. Efter ett år när insikten av att detta inte kommer ske var det svårt att acceptera att de kommer få bestående men som fysiska och psykiska funktionsnedsättningar. Detta i sig kan leda till depression. I vissa fall kan depressionen gå så långt att personer med stroke och afasi tycker att livet mist sin mening och det kan innebära att de inte vill leva vidare (Bennett, 1996, Dowswell *et al.*, 2000a, Kumlien *et al.*, 2000 och Magnusson, 2000). Det är viktigt att upptäcka depression tidigt då detta har en negativ effekt på rehabilitering och tillfrisknande (Sinyor *et al.*, refererad i Hafsteinsdóttir *et al.*, 1997). Enligt författaren kan en deprimerad patient som drabbats av stroke visa större funktionell försämring än en strokepatient som inte är deprimerad.

### *Omvårdnadshandlingar*

Författarna Feibel & Springer, Robinson & Price refererade i Hafsteinsdóttir *et al.*, (1997), Robinson *et al.*, refererade i Bennett, (1996), säger att enligt vissa studier får strokepatienten inte en adekvat behandling för sin depression. Bennet, (1996) har gjort en undersökning om hur sjuksköterskan bemöter deprimerade patienters psykiska behov på en strokeavdelning. Resultat visade att sjuksköterskan kunde identifiera patienter som höll på att bli deprimerade. I de fallen försökte de stödja patienterna i det dagliga livet så gott de kunde. Sjuksköterskan kunde känna sig begränsad av att hennes kunskaper om omvårdnad vid depression var otillräckliga. De efterlyste mer utbildning i psykologi och hur man tar hand om deprimerade patienter.

En sjuksköterskas uppgift är att sträva efter tillfredsställelse hos patienten och försöka undvika att patienten blir deprimerad och utmattad (Sundin *et al.*, 2000). Sjuksköterskan bör vara ett känslomässigt stöd för patienten och inge hopp under hela sjukdomsprocessen för att uppnå ett tillfrisknande. En av sjuksköterskans uppgifter är att ge information (Hafsteinsdóttir *et al.*, 1997) samt att prata och lyssna på patienten (Kumlien *et al.*, 2000). Patienten formulerade ett mål som han vill nå. Detta mål ansåg sjuksköterskan som orealistiskt. När hon talar om att målet är orealistiskt har patienten svårt att acceptera det. Det är därför viktigt att respektera patientens mål i tillfrisknandet. Vidare ser strokepatienter återhämtningen som en

vändning till det liv han kände före stroke, vilket skiljer sig från sjukvårdspersonalens syn som ser återhämtning som isolerade och diskreta förbättringar av rörligheten (Hafsteinsdóttir *et al.*, 1997).

För sjuksköterskan är det viktigt att veta hur man ska bete sig i situationer när man möter en patient som har förlorat talet eller språkförmågan (Andersson, 1998). I en undersökning av Burton (2000) var syftet att ta reda på vilken roll 13 sjuksköterskor hade i rehabiliteringen. Resultatet visade att sjuksköterskan främjade tillfrisknandet genom att: hjälpa, trösta, lära ut och samarbeta med patienten och familjen. Sjuksköterskan har en betydande funktion att möta patientens behov vilket innebär att prata med patienten och lyssna till vad han har att säga (Kumlien *et al.*, 2000).

Förståelsen för patientens sjukdomstillstånd har ökat genom att sjuksköterskan har lärt sig betydelsen av att lyssna på individens personliga berättelser speciellt vid påverkan på hälsan som till exempel afasi (Parr *et al.*, refererad i Emerson *et al.*, 2000). Det finns mycket sjuksköterskan kan göra för patienten, men det hjälper inte alltid patienten att bli självständig i det dagliga livet (Waters refererad i Burton, 2000). För att ta hand om strokepatienter krävs det kunskaper i att lära patienten att använda effektiv kommunikationsteknik. Det behöver patienten för att förmedla sina egna tankar (Bennett, 1996).

## Kommunikation

Det är en nödvändighet att etablera en icke-verbal kommunikation om inte den verbala fungerar (Sundin *et al.*, 2000). I en icke-verbal kommunikation kan rörelse öppna möjligheter för förståelse. Känslor överförs genom kroppslig kontakt, som att hålla patientens hand eller smeka patientens kind. Även om patienten kan säga några få ord är fysisk kontakt mer värdefull för förståelsen. Icke-verbal kommunikation handlar om att dela känslor och erfarenheter. I Sundin *et al.*, (2000) studie om ordlös kommunikation nämnde alla sjuksköterskorna i intervjun att ögonen var en viktig faktor i kommunikationen med afasipatienten. Kan inte patienten förmedla sig genom talet betyder ögonens uttryck väldigt mycket för förståelsen. Om patientens blick är tom och det känns som om det inte går att se något i ögonen var det ändå vissa som sade sig kunna läsa patientens önsknings. Även om det var näst intill omöjligt, gick det trots allt. Resultaten i studier gjorda av Emerson *et al.*, (2000), Kumlien *et al.*, (2000) och Magnusson (2000) visade att kommunikation är närhet och



oberoende av verbalt språk. En god kommunikation uppstår när man är öppen för sina egna och andras känslor. Detta sker när patient och sjuksköterska möter varandra i en vårdssituation. Icke-verbala metoder som gester och enkla uttryck är viktiga i tolkningen av meddelande. I Sundin *et al.*, (2000) reflekterade inte sjuksköterskorna över hur de kommunicerade med afasipatienter utan följde känslorna.

I mötet med afatiker föreslår författarna Rao, (1993/1994) och Ericson & Ericson, (1996) att det är bra att tänka på:

- Stäng av alla störande ljud som TV och radio eftersom de gör att afatikern inte kan koncentrera sig. Han behöver lugn och ro.
- Ha gärna papper och penna i närheten.
- Bemöt afatikern som en vuxen och tala inte barnspråk eller över huvudet.
- Var vänd mot personen när du pratar. Det är då lättare att se den andres munrörelser, mimik och gester.
- Tala om en sak i taget. Byt inte samtalsämne för snabbt. Undvik långa meningar och invecklade ord.
- Tala tydligt. Inte snabbt men inte heller överdrivet långsamt.
- Du behöver inte höja rösten eller skrika eftersom det sällan är fel på hörseln.
- Ge afatikern tid och var tålmodig.

#### *Strategier för kommunikation med afatiker*

Oelschlaegers *et al.*, (2000) har studerat hur två makar kommunicera med varandra. Resultatet visade fyra systematiska konversationsstrategier som används. Dessa strategier kan även vara till hjälp vid kommunikation mellan vårdare och patient. Mannen som har afasi pratar med sin maka.

- *Gissa*; afatikern kommunicera med sin maka. Han pratar och kan inte komma på ett ord. Frun erbjuder ett ord som gissning. Det blir rätt och mannen svarar ja.
- *Gissa med alternativ*; första gissningen som frun kommer med är fel. Hon gissar igen och mannen försöker även komma på vad det kan vara och ge ledtrådar. Frun gissar tills hon gissar rätt.
- *Patienten avslutar*; mannen påbörjar en mening, tittar på frun och hon säger ordet mannen inte kan komma på. Mannen bekräftar genom att upprepa ordet och på så sätt avsluta meningen.

- *Avslutande strategi*; mannen börjar ett samtal. Frun vet vad det handlar om och avslutar samtalet, för att föra konversationen vidare. Viktigt är att frun inte pratar *för* sin man utan *med* sin man.

Ericson & Ericson, (1996) motsätter sig strategien att gissa. De hävdar att fylla i ord som patienten tros söka efter endast förleder patienten att tappa tråden.

### *Tid för kommunikation*

Författarna Emerson *et al.*, (2000), Kumlien *et al.*, (2000) och Sundin *et al.*, (2000) beskriver att både sjuksköterskorna och personerna som patienten möter i dagliga livet, ansåg tiden som en viktig faktor för att få patienten att kunna förstå. Stressiga situationer är inte gynnsamma för patienten. I kommunikationen med patienten är det viktigt att stanna tills en gemensam förståelse har uppstått. Emerson *et al.*, (2000) har iakttagit att människor inte hade eller var beredda på att ta den extra tid som ibland behövdes för att kommunicera med personer med talsvårigheter. Det gör att afatikern får en känsla av förvirring och osäkerhet vilket försvårar ett initiativ till kommunikation med andra (Emerson *et al.*, 2000, Magnusson, 2000).

För att möta patientens behov behövs gott om tid för att sjuksköterska och patient ska förstå varandra. En sjuksköterska i Sundin *et al.*, (2000) säger att det är viktigt att visa patienten uppmärksamhet och vara tillgänglig för patienten och visa att man har tid för honom. Det har visat sig att sjuksköterskan tillbringar väldigt lite tid med patienten och ännu mindre tid att verbalt interagera med patienten. Patienten tillbringar mycket tid i en ostimulerande miljö, ensam inaktiv, tyst och stirrande ut i tomma luften (Dowswell *et al.*, 2000a). Sjuksköterskan känner att hon gör patienten besviken när hon inte har tid att stödja (Bennett, 1996).

Svårigheten ligger i att hon är tvungen att vara flera patienter till lags på samma gång (Jones *et al.*, 1997) och då är det inte enbart bristen på tid utan också att inte kunna vara tillgänglig när patienten faktiskt behöver och det är det som är problemet (Bennett, 1996 och Jones *et al.*, 1997).

### *Alternativ kommunikation (AKK)*

En del människor med talsvårigheter använder alternativa kommunikationsmetoder med olika mängder av teknologiska finesser som till exempel bokstavstavlor, lämpliga datorer eller skrivmaskiner (Macke refererad i Emerson *et al.*, 2000). Det finns också många enkla metoder som en afatiker kan använda sig av för att göra sig förstådd. En person ritade i en

dagbok varje dag vad som hade hänt. Det var ett sätt för honom att kommunicera med människor och tala om vad som hade hänt honom den senaste veckan. Genom att visa en aktuell bild ur sin dagbok kunde han ta initiativet till en kommunikativ handling med en medmänniska. Personen i fråga kunde prata kring bilden och mannen med dagboken kunde känna sig delaktig och förstod framför allt vad samtalen handlade om (Magnusson, 2000). En annan studie visar att bilder och foton som visar händelser i det dagliga livet är väldigt effektivt att använda i kommunikationen (Marshall *et al.*, refererad i Andersson, 1998).

### Tekniska kommunikationshjälpmedel

Det finns olika hjälpmedel för att kommunicera med en afatiker till exempel pekbilder, bokstavsplattor, Bliss som är ett symbolspråk. Dessa är viktiga för att omvårdnaden ska bli så god som möjligt (Ericson & Ericson, 1996).

#### *Personligt kommunikationspass*

Personer med kommunikationshandikapp kan ofta inte presentera sig själv. Då är ett kommunikationspass ett bra sätt att ge en snabb, lättillgänglig, lättförståelig presentation. Passet innehåller namn, individuell fakta om afatikerns kommunikationshandikapp och praktiska vardagliga detaljer (Heister-Trygg, 1998).

#### *Pratapparat*

På en pratapparat går det att spela in små, enkla och vardagliga meddelanden som afatikern kan spela upp vid behov (Heister-Trygg, 1998).

#### *Telefoneringshjälpmedel*

Telefon är viktigt för att upprätthålla en social kontakt utåt. Högtalartelefon gör det möjligt för användaren att delta i ett samtal genom att vara lyssnare. Med sitt AKK kan brukaren svara och göra egna inlägg genom en tolkande person. Kortnummer kan programmeras till texttelefonen för att det ska bli lättare att ringa (Heister-Trygg, 1998).

#### *Bliss*

Bliss är ett grafiskt och logiskt uppbyggt symbolspråk som utgår från grundläggande begrepp. Det finns ca 100 grundtecken som kan kombineras på olika sätt så att symboler för ord bildas (Brandquist, 1997). En undersökning gjordes: "Bliss för fyra afatiker med globas afasi". Tre

av försökspersonerna drog nytta av terapin, en förbättrade sitt expressiva tal och avbröt studien, en annan fick avbryta av andra skäl. En av fyra deltagare fick god nytta av bliss i kommunikationen (Johannesen-Horbach *et al.*, 1985). I en annan undersökning som gjorts i Sverige: "Bliss i grupp av afatiker och anhörig", visade att bliss kunde fungera som en kombination av olika sätt att kommunicera, språkstöd och talstöd. Vid mätning före och efter den spontana kommunikationsförmågan hos tre personer med afasi visade det sig att kommunikationsförmågan ökade efter träning via blissymboler. Blissymbolerna användes dock i liten uttäckning i hemmet (Brandquist, 1997).

### *Språkträningsprogram*

Det finns en mängd olika språkträningsprogram för dator. Programmen har utformats av logopeder. De är till för att bygga upp den språkliga förmågan och är inte ett kommunikationshjälpmedel i egentlig mening. Datorprogrammen övar bland annat upp läs- och skrivförmågan, tal och talförståelse, geografiska egennamn grammatik och klockan. Det har visat sig även vara användbart för afatiker (Heister-Trygg, 1998).

### Behandling och rehabilitering vid afasi/dysfasi

Kommunikationsbehandlingen börjar första veckan efter insjuknandet. Den fortsätter sedan dagligen tills utskrivandet. Det är viktigt för patienten att lära sig problemlösning. Kan inte afatikern tala om sitt telefonnummer kan han kanske leta upp en lapp på det i sin plånbok, slå det på telefonen eller skriva det. Behandlingen är inte i första hand fokuserad på att få tillbaka talet så fort som möjligt. En logoped arbetar med att bryta ned språkbarriären, se hindren som möjligheter. Målet är att finna ett funktionellt kommunikationssätt (Rao, 1993/1994).

Författaren Catanzaro som finns refererad i Burton, (2000) menar att målet med rehabiliteringsvården är att hjälpa individen med handikappet att återgå till optimal effektivitet i det dagliga livet. Det hjälper patienten att få ett bredare socialt liv.

### *Gruppterapi*

Elman & Bernstein-Ellis (1999) beskriver ett antal tidigare försök på gruppbehandling som visar goda resultat. Fördelarna med gruppterapi är inte bara kostnadsmässiga utan också att det kräver mer engagemang av deltagarna. De får interagera med varandra i en naturlig omgivning. Det finns flera kommunikationspartners och deltagarna kan ge varandra stöd och har förståelse för varandras situation. De kan lösa problem tillsammans som direkt påverkar

deras vardag. Gruppterapin fokuserar på följande: förbättra förmågan att framföra ett meddelande genom att använda den mest användbara metoden, utveckla initiativtagandet till kommunikativt utbyte, öka förståelsen för kommunikationshindret man har, öka självmedvetenheten för personliga mål och känna igen framsteg mot målet och avancera i förtroendet i försök att ta initiativ till kommunikation (a.a).

I Elmans & Bernstein-Ellis, (1999) studie ingick 28 deltagare med kronisk afasi. Gruppen träffades i fyra månader fem timmar i veckan. Tiden användes till att prata om all dagliga saker med hjälp av kommunikationshjälpmedel, bilder och gester. Även anhöriga var med ibland. Resultatet av studien visar att medlemmarna i gruppterapin utvecklat kommunikationen sedan behandlingen börjat. Många av deltagarna och deras familjer tycker att det blivit en dramatisk förändring i livet och vardagen sedan gruppbehandlingen påbörjats. Studien undersöker inte om individuell behandling eller gruppbehandling är det bästa utan undersöker bara om gruppbehandling är bra (a.a).

### *Familjeterapi*

Under familjeterapi utbildas och tränas familjen i alternativa kommunikationsmöjligheter, inte bara tekniskt utan också dynamiskt. Familjen lär sig att se, höra och känna de budskap som går att se höra och känna. Familjen lär sig också regler och principer för kommunikation som möjliggör för den skadade att delta, reservera sig, stödja och förkasta (Hansson & Sundeling, 1995). Flera vetenskapliga studier (Strand refererad i Hansson & Sundeling, 1995) visar på förbättrade rehabiliteringsresultat för den drabbade när individen får aktivt stöd från familjemedlemmarna.

### *Sjuksköterskans roll i rehabiliteringen*

Sjuksköterskan har en nyckelroll i den mångpedagogiska rehabiliteringen hos människor med stroke och afasi. Författaren Burton, (2000) anser att sjuksköterskan är en terapeut som främjar den sociala utvecklingen. Hon har även förmågan att omvandla små fysiska färdigheter i utvecklingen till aktiviteter i det dagliga livet. Dowswell *et al.*, (2000a) menar att sjuksköterskornas roll i rehabiliteringen av strokepatienter är ringa och att sjukgymnasten, arbetsterapeuten och logopeden har större funktion vid rehabiliteringen. Andersson, (1998) påtalar dock att det är betydelsefullt att dessa grupper har ett tätt samarbete med sjuksköterskan. Den generella stimuleringen behöver nå en viss nivå för att bli effektiv och den ges bäst av en sjuksköterska (Borenstein refererad i Andersson, 1998). Sjuksköterskans

funktion är mer att underhålla och upprätthålla terapeutens arbete, se till att patienten utför sin egen rehabilitering, upprätthålla skickligheterna som patienterna utvecklat och förbereda patienten för rehabiliteringstillfällena (Burton, 2000, Dowswell *et al.*, 2000a).

Sjuksköterskans är den som mer sköter omvårdnaden kring patienten som hygien och påklädning. Dowswell *et al.*, (2000a) hävdar också att sjuksköterskan inte äger den kunskap och skicklighet som krävs för att förbättra sina bidrag till rehabiliteringen.

### *Patienten och anhörigas delaktighet vid rehabiliteringen*

Patientens motivation, psykologiska och medicinska status har stor betydelse för rehabiliteringen (Borenstein refererad i Andersson, 1998). Även anhöriga har en stor del i rehabiliteringen. Afatikerna känner att familj och vänner kan hjälpa praktiskt genom att komma över svårigheter som till exempel hjälpa till med språkträningen, komma med förslag om hur det går att kommunicera lättare och inte minst acceptera dem som de är. Attityder både positiva och negativa uppfattades som mer viktiga om de kom från närstående än om de kom från personer som patienten möter i det dagliga livet (Emerson *et al.*, 2000).

### Relation

Flertalet av vårdpersonalen som ingick i Jones *et al.*, (1997) studie ansåg att de varit tillgängliga för att etablera en relation med patienter. Sjuksköterskan påtalade att det första mötet med patienten var viktigt eftersom det är början på relationen. Sjuksköterskan framförde att man bör ta tid till detta då det kommer att bli grunden till en relation. Relationen är viktig eftersom patienterna kan känna sig isolerade och osäkra och därför har de ett stort förtroende för sjuksköterskan.

Det är viktigt att närma sig patienten med respekt och behandla honom som en medmänniska och unik varelse. Men de får inte heller bli *för* privat. Om närheten blir *för* privat kan patientens och vårdarens integritet riskeras eller så får patienten orealistiska förväntningar av relationen. Sundin tar upp ett begrepp; skyddande distans (protective distance). Det innebär närhet men ändå ha distans. Skyddande distans är nödvändigt både för vårdare och patient för att kunna våga öppna sig och utbyta tankar om känslor (Sundin *et al.*, 2000). Det är också svårt att få en nära relation på en så allmän plats som en vårdavdelning på ett sjukhus (Jones *et al.*, 1997). Relationen växer mer och mer ju bättre vårdare och patient lär känna varandra (Sundin *et al.*, 2000).

## DISKUSSION

Vi anser att det är meningsfullt att få studera ett så här viktigt ämne som kommunikation och afasi. Ämnet i sig är inte så väl utforskat från patientperspektivet, men det är en oerhört viktig fråga för den enskilda individen som insjuknat. Det behövs mer forskning om hur vårdpersonalen kan göra det bättre för patienter med stroke och som har afasi. Ett fåtal studier belyser afatikernas situation. Det förefaller märkligt att det finns så lite forskning inom ämnet eftersom stroke är en av de stora folksjukdomarna. En anledning till detta kan vara svårigheter att intervjua afatiker eftersom de inte alltid kan uttrycka sig så bra. I syftet ingår inte patientens anhöriga och sociala kontakt, men ett flertal av artiklarna belyser denna aspekt, vilket är anledning till att det ingår i resultatet.

### Metoddiskussion

Metoden vi valde anser vi som det enda alternativet bland annat därför att en intervju med en afatiker innefattar vissa svårigheter att genomföra, bland annat på grund av de ringa kunskaper vi hade när studien påbörjades. Arbetet har gått som vi planerade. Vi har inte mött några större hinder. Det vi har lärt oss till nästa gång är att inte vara så snäva när det gäller bakgrund och innehållsanalys av artiklarna. Kanske vi kunde ha sökt i fler databaser till exempel PsycINFO och OVID och använt oss av flera sökord som depression och förståelse i början för att få fram fler artiklar. Vi anser dock att vi erhöll tillräckligt med material för denna studie.

### Resultatdiskussion

#### *Sjuksköterskans roll*

Sjuksköterskan ska vara en allt-i-allo. Ericson & Ericson, (1996) framför (sidan 3) att sjuksköterskan har en samordnande funktion. Hon ska kunna hålla många bollar i luften samtidigt. Hon ska ge stöd och uppmuntran, lämna information till patienter och anhöriga. Det är inte endast sjuksköterskan som ska vara patienten behjälplig i vått och torrt. Sjuksköterskan har fler uppgifter än bara den personliga omvårdnaden kring patienten. Hon ska bland annat ha kontakt med läkare och andra yrkesgrupperna i stroketeamet och inte nog med det så har hon kontakt med primärvården och kommunen och allt vad det kan innebära med pappersarbete och telefonkontakt. Alla de andra i teamet; läkare, logoped, arbetsterapeut och sjukgymnast har en viktig funktion i att uppmuntra, rehabilitera och stödja patienten och ha kontakt med anhöriga.

### *Tid*

Tid är känd som bristvara i sjuksköterskans vardagliga arbetssituation. Stressen är en negativ faktor både för patient och sjuksköterska. Även ifall sjuksköterskan hinner med omvårdnaden kring patienten kanske hon inte kan vara hos patienten och prata med honom när han verkligen behöver det. Det är viktigt att patienten inte känner sig överkörd vilket mycket väl skulle kunna hända om sjuksköterskan har bråttom, vilket framkommit i vissa studier. Omvårdnad är så mycket mer än att bara mata och tvätta patienten. Det behövs mer tid i vården för att ägna patienten den tid han behöver för att prata med någon. Sjuksköterskan kan inte vara på mer än ett ställe samtidigt. I Larsson & Nilssons, (1996) studie framkom att många av sjuksköterskorna upplevde stress inför att patienten inte kunde uttrycka sig begripligt. Det handlade många gånger om osäkerhet och brist på erfarenhet hos sjuksköterskan. Författarna påtalade att det finns ett behov av mer utbildning och träning för sjuksköterskan. Ett förslag skulle kunna vara att sjuksköterskor lär sig av varandra och erbjuds fortbildning och föreläsningsserier. Ett annat förslag är att sjuksköterskorna erhålls utrymme under arbetstid att sitta ner och diskutera problem med varandra och tillsammans med en person som inte är involverad i verksamheten på vårdavdelningen i form av handledning. Almegård *et al.*, (1989) som har erfarenhet av handledning inom psykiatri ser handledning som ett sätt att förhindra utbrändhet. Det utförs inom psykiatri med stor framgång. En annan författare (Saxon, 2000) som beskriver handledning inom psykiatri anser det som en möjlighet att utveckla förmågan att möta och hjälpa psykiskt störda genom att personalen får handledning. Det ger personalen hjälp att koppla teoretiska kunskaper till det praktiska arbetet och att använda sina erfarenheter på ett konstruktivt sätt. Handledning ger stöd, ledning, hjälp till kritisk granskning och medverkar till personlig mognad och utveckling. Vi anser att handledning borde ingå som en naturlig del även för sjuksköterskan vid omvårdnad av patient med stroke som har afasi/dysfasi.

Det är viktigt att försöka lyssna på patienten och använda alla medel som finns till förfogande för att patienten ska förstå sjuksköterskan och vice versa. Det går att utläsa mycket i patientens ögon, mimik och kroppsspråk (Sundin *et al.*, 2000). Som ovan sjuksköterskan kan detta vara svårt. Det behövs mycket träning och erfarenhet för att kunna bli skicklig på icke-verbal kommunikation (Ericson & Ericson, 1996). Frågan är om sjuksköterskan ges tillfälle att utveckla och fördjupa sin kompetens, som krävs för att hjälpa patienten? Får hon en riktig beskrivning av logoped och sjukgymnast hur hon ska hjälpa patienten i sin träning? Vi är av



den åsikten att sjuksköterskan inte klarar detta själv utan att man måste ha hjälp av de andra i stroke teamet.

För en människa som drabbas av stroke och afasi blir allting som en ond cirkel. En fysisk funktionsnedsättning leder till att det blir svårare att ha ett socialt liv och att komma ut och göra sådant de brukade göra innan sjukdomen inträffade. Detta är i sig är deprimerande och ger en negativ inverkan på tillfrisknandet både för kroppen och för talförmågan (Bennet, 1996, Robinson & Szetela refererade i Hafsteinsdóttir *et al.*, 1997). Frågan är då vad kan vi som sjuksköterskor göra för att förhindra detta att hända? Det behövs mer initiativ från sjuksköterskans sida. Det är hon som ser patienten och hur han mår. Sjuksköterskan bör vara personen som tar initiativ till att kontakta någon som kan hjälpa patienten genom depressionen. Sjuksköterskan bör vara medveten om och ha kunskaper om symtom vid depression.

### *Begränsning för AKK*

Det finns ett fåtal studier på afasi och AKK (Heister-Tygg, 1998). Det kan delvis bero på att ganska få personer med afasi kommit i kontakt med AKK, dels bristande kunskap hos personalen och på patientens nedsatta kognitiva förmåga. AKK verkar vara ett bra hjälpmedel vid nedsättning av språkfunktioner av olika slag, men det finns ingen studie, vad vi vet som har utvärderat hur det fungerar för patienter med afasi till följd av stroke. Målet för en afatiker är ju att bli helt återställd. Det är inte alls omöjligt att en afatiker kan återfå sin språkfunktion, men det kan ta ett tag. Därför är det viktigt att under den tiden ha ett alternativt sätt att kommunicera på. AKK är inledningsvis ett sätt att lösa akuta och praktiska problem. En individuell utprovning är nödvändig. Det finns flera faktorer att ta hänsyn till bland annat ålder, kön, motivation, intresse och kulturell bakgrund. Ett fåtal studier har gjorts och vi undrar varför det inte vill satsas på denna grupp. Beror det på att de flesta patienter är äldre och svåra att lära upp på ett alternativt sätt att kommunicera? Vi anser att många av dessa patienter har kanske många år kvar att leva och utan att kunna kommunicera med omvärlden kan det ibland vara svårt att få någon kvalité i livet.

Det finns inte någon generell behandlingsmetod som är användbar för alla typer av afasi. Afatikern måste ses som en individ och utredas efter sina behov och förmågor (Reinvang refererad i Andersson, 1998). När patienten fått stroke drabbas den kognitiva förmågan som gör det svårt att använda stavning och ordprediktion, därför försvinner möjligheten att

använda vissa eventuella AKK-insatser. Ett annat hinder är också att strokepatienter är oftast gamla och har svårt att lära sig ny teknologi. Kommunikationshjälpmedel kan då störa ett samtal. Ett problem vid datoranvändning är till exempel: Vem ska patienten titta på; skärmen, tangentbordet eller partnern? Datorer passar därför bättre som hjälpmedel vid formulering av text än för samtal (Heister-Trygg, 1998).

I litteraturen vi studerat, avseende olika hjälpmedel som finns för afatiker, visar resultaten att det som används i dag inte kommer att vara så användbart om ett antal år på grund av den teknologiska utvecklingen. Det är viktigt för sjuksköterskan som jobbar med dessa patienter att hålla sig uppdaterad inom det senaste framtagna forskningsresultatet.

### *Behandling och rehabilitering*

Kommunikationsbehandlingen ska börja så snart som möjligt efter insjuknandet. Gruppterapi verkar vara en bra metod och den har använts så tidigt som år 1910 inom vården. I grupp med andra som har liknande problem kan personerna stödja varandra. Det kan hjälpa att veta att man inte är ensam om problemet. Gruppterapi är inte lösningen för alla, men kan hjälpa många. Anhöriga bör ingå i terapin så långt det går. De kan också ge varandra stöd och råd. Familjeterapi har visat sig vara en annan positiv terapiform (Schjödts & Egeland, 1995). Men vad vet sjuksköterskan egentligen om grupp- och familjeterapi? Hon har ju en viktig funktion i att informera patienten och anhöriga vilka alternativa behandlingar och terapier som finns. I bakgrunden (sidan 3) framkommer det att det ställs stora krav på vårdpersonalen att stödja patient och familj. Familjen behöver sjuksköterskans stöd för att orka hjälpa sin anhörige. Anhöriga har en betydande funktion i att ge afatikern stöd och hjälp att kunna återanpassa sig och fungera i sin hemmiljö. Det är de anhöriga som känner patienten bäst och många gånger kan framföra patientens önskan.

### *Relation*

Att skapa relation till patienten kan vara svårt på sjukhus som är en "allmän plats". Dels är det svårt för patienten att känna tillit till vården när han träffar så många olika människor. Det glöms ibland bort av personalen att patienten är en individ med känslor och tankar. Det är viktigt att inte skapa en för när kontakt där sjuksköterskan engagerar sig för mycket i varje patient. Man får inte lida mer än patienten gör. Det skulle inte hålla i längden. Då skulle vi inte ha några sjuksköterskor kvar.

## Konklusion

Utifrån det material vi har sett och granskat, anser vi att det bör genomföras mer forskning inom afasi och omvårdnad ifrån patientens synvinkel. Det är betydelsefullt för individen att kunna uttrycka sig så att omvärlden förstår. Att intervjua en afatiker kan vara svårt, men det finns många alternativa sätt att kommunicera på för att frambringa ett resultat som kan hjälpa utvecklingen inom omvårdnaden.

Depression är mycket vanligt hos strokepatienter med afasi. Hela teamet - med läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och logoped - har i uppgift att hjälpa patienten att ta sig igenom den. Sjuksköterskan som har de samordnande funktionen behöver tid för att ge afasipatienten en god omvårdnad. Tid för kommunikativa handlingar bör prioriteras inom vården. För att patienten ska känna att någon bryr sig om honom bör han få den extra tid det tar för sjuksköterskan att lyssna färdigt på vad han har att säga. Även anhöriga har en viktig funktion i rehabiliteringen och tillfrisknandet. Relationen mellan sjuksköterska och patient är svår att hålla på rätt nivå. Ett förtroende måste uppstå. Sjuksköterskan ska se patienten som en unik individ. Relationen avgör hur patienten tillgodoser sig omvårdnaden. Kommunikation är i relationen ett viktigt instrument. Kommunikation är förutsättning för att uppnå målet med omvårdnaden och för att patienten ska bemästra sin sjukdom. Sjuksköterskans interaktion och kommunikation kan påverka patientens attityd till sjukdomen (Travelbee refererad i Kirkevold, 1994). Vi skulle vilja kalla det att ge patienten hopp och uppmuntran. När inte kommunikationen fungerar som den ska finns det alternativa sätt att kommunicera. Det gäller att hitta en metod som passar individen. Bara för att en människa har afasi betyder det inte att han är som alla andra som har afasi. Afatikern är en individ med särskilda behov utifrån personlighet, intressen och socialt liv. Detta ska göras så fort som möjligt för att afatikern ska kunna framföra sina önskningar och även i så stor utsträckning som möjligt kunna återgå till sitt sociala liv.

Sjuksköterskor som arbetar med afasipatienter får efter hand erfarenheter och blir bättre och bättre i omvårdnaden av dessa patienter. Under tiden som novisen skaffar sig erfarenhet är det viktigt att experten kan hjälpa till på vägen och omvårdnadshandledning kan vara en strategi.

## REFERENSLISTA

Almegård A, Andersson M & Enzell K. (1989). Sfp:s monografiserie nr 31. *Vad är handledning i psykiatriskt behandlingsarbete?* Stockholm: Norstedts Tryckeri.

Andersson S. (1998). "Aphasia Treatment from a Nursing Approach". *Vård i Norden* 4, 46-51.

Bennett B. (1996). "How nurses in stroke rehabilitation unit attempt to meet psychological needs of patient who become depressed following a stroke". *Journal of Advanced Nursing*, 23, 314-321.

Borenstein P. (1986). *Afasi Diagnostik och rehabilitering*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Brandquist I. (1997). *Bliss vid afasi rapport nr 41*. Stockholm: Handikappsinstitutet.

Burton C.R. (2000). "A description of the nursing role in stroke rehabilitation". *Journal of Advanced Nursing* 32 (1), 174-181.

Clark L. (1994). Communication disorders: What to look for and when to refer. *Geriatrics* 6, s 51-55.

Dahl Ø & Habert K. (1986). *Møte mellom kulturer. Tverrkulturell kommunikasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dowswell G, Dowswell T & Young J. (2000a). "Adjusting strokepatient's poor position: an observational study". *Journal of Advanced Nursing* 32, s 286-291.

Dowswell G, Lawler J, Dowswell T, Young J, Forster A & Hearn J. (2000b). "Investigating recovery from stroke: a qualitative study". *Journal of Clinical Nursing* 9, 507-515.

Eide H & Eide T. (1996). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Elman R & Bernstein-Ellis E. (1999). "The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia". *Journal of Speech, Language & Hearing Research* 2, s 411-419.

Emerson J & Enderby P. (2000). "Concerns of speech-impaired people and those communicating with them". *Health and Social Care in Community* 8 (3), 172-179.

Ericson E & Ericson T. (1996). *Medicinsk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hafsteinsdóttir T.B & Grypdonck M. (1997). "Being a stroke patient: a review of the literature". *Journal of Advanced Nursing* 26, 580-588.

Hansson K & Sundeling (red). (1995). *Familjeterapi tillämpningar ur ett svenskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

- Heister-Trygg B. (1998). *Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) i teori och praktik*. Malmö: Tryckfolket.
- Höök O. (1995). *Rehabiliteringsmedicin*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin.
- Jahren-Kristoffersen N. (red) (1997). *Allmän omvårdnad 2*. Stockholm: Liber.
- Johannesen-Horbach H, Cegla B, Mager U & Schempp B. (1985). "Treatment of global aphasia with a nonverbal communication system". *Brain and language* 24.
- Jones M, O'Neill P, Waterman H & Webb C. (1997). "Building a relationship: communications and relationships between staff and stroke patients on a rehabilitation ward". *Journal of Advanced Nursing* 26, 101-110.
- Kirkevold M. (1994). *Omvårdnads teorier- analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kumlien S & Axelsson K. (2000). "The nursing care of stroke patients in nursing homes. Nurse's descriptions and experiences relating to cognition and mood". *Journal of Clinical Nursing* 9, 489-497.
- Larsson K & Nilsson B. (1996). "Strokepatienten med afasi i centrum?" *Sjukskötersketidningen* 8, 1996.
- Lundh B & Malmquist J. (1996). *Medicinska ord. Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer*. Lund: Studentlitteratur.
- Magnusson M. (2000). *Language in life – Life in language*. Karlstad: Karlstad University.
- Meleis A.I. (1997). *Theoretical Nursing. Development and Progress (2<sup>nd</sup> edition)*. Philadelphia, JB: Lippincott Company.
- Norberg A, Axelsson K, Rahm-Hallberg I, Lundman B, Athlin E, Ekman S-L, Engström B, Jansson L & Kihlgren M. (1992). *Omvårdnadens mosaik*. Uppsala: Almqvist & Wiksell.
- Oelschlaeger M & Damico J. (2000). "Partnership in conversation: a study of wordsearch strategies". *Journal of Communication Disorders* 33, s 205-225.
- Polit D.F & Hungler B.P. (1999) 6:e upplagan. *Nursing Research. Principles and Methods*. New York: Lippincott Company.
- Rao P. (1993/1994). "Communication disorders and rehabilitation of persons with stroke". *American Rehabilitation* 4, s 38-42.
- Saxon G. (2000). *En bärande relation. Praktisk psykiatri inom kommunens verksamheter för stöd, service och sysselsättning*. Finland: Natur och Kultur.
- SBU, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. (1997). *Slaganfall*. Stockholm: Nordstedts Tryckeri.
- Schjöldt B & Egeland T.A. (1995). *Från systemteori till familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Statistiska centralbyrån. (2001). *Statistiska årsbok för Sverige 2001*. Stockholm: Elanders Gotab AB.

Sundin K, Jansson L & Norberg A. (2000). "Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words". *Journal of Clinical Nursing* 9, s 481-488.

## BILAGA 1

Tabell 1. Översikt över vetenskapliga artiklar, facklitteratur och avhandling.

Författare	Ämne	Metod	Resultat
Andersson S (1998).	Afasibehandling från sjuksköterskans synvinkel.	Litteraturstudie.	Hur afasi ska behandlas, rehabilitering i bra miljö, depression, logopedens arbete.
Bennet B (1996).	Hur sjuksköterskor möter deprimerade strokepatienter.	Kvalitativ.	Omvårdnad vid depression, sjuksköterskans osäkerhet, socialt stöd.
Burton C.R. (2000).	Sjuksköterskans roll i rehabiliteringen.	Kvalitativ.	Sjuksköterskans roll i rehabiliteringen, familjens och vännernas medverkan, logopedens funktion.
Clark L. (1994).	Kommunikationshandikapp.	Litteraturstudie.	Symtom och klassificering.
Dowswell G. <i>et al.</i> , (2000a).	Strokepatientens dåliga position.	Observationsstudie.	Hur patienten sitter och ligger dåligt. Ingen kommunikativ stimulering.
Dowswell G. <i>et al.</i> , (2000b).	Undersökning av återhämtningen av stroke.	Kvalitativ.	Patientens och anhörigas syn på rehabiliteringen, förändringar i livet efter stroke, depression.
Elman R. & Bernstein-Ellis E. (1999).	Effekten av gruppterapi vid afasi.	Kvalitativ.	Patientens och familjens upplevelser av gruppterapi, de goda effekterna av gruppterapi.
Emerson J & Enderby P. (2000).	Angelägenheten vid kommunikation med de som har ett språkhandikapp.	Kvalitativ.	Faktorer som gör kommunikationen lättare, hur patienter med talsvårigheter blir bemötta, patientens behov av tid.
Hafsteinsdóttir T.B. & Grypdonck M. (1997).	Att vara en strokepatient.	Litteraturstudie.	Patientens egna mål i rehabiliteringen, patientens erfarenheter av psykiska och fysiska förändringar, depression, anhöriga, sjuksköterskan som hjälper till vid kommunikation.
Heister-Trygg B. (1998).	Alternativ kommunikation (AKK).	(Facklitteratur). Litteraturstudie.	Hur man kan kommunicera på alternativa sätt, kommunikationshjälpmedel.
Jones M. <i>et al.</i> , (1997).	Kommunikation och relation mellan sjuksköterska och patient på en rehabiliteringsavdelning.	Kvalitativ.	Relationen mellan sjuksköterskan och patienten, roller, tid för patienten.

Kumlien S. & Axelsson K. (2000).	Sjuksköterskans omvårdnad om strokepatienter på ett vårdhem.	Kvalitativ.	Verbal och ickeverbal kommunikation, depression, sjuksköterskans brist på kunskap, logopeden, sjuksköterskans beskrivning av patientens kognitiva förmåga.
Magnusson M. (2000).	Afasi en språkstörning	(Avhandling) Kvalitativ.	Afatikers upplevelser av sin sjukdom.
Oelschlaeger M. & Damico J. (2000).	Konversation mellan två makar.	Kvalitativ konversationsanalys.	Strategier för hur man kan hjälpa afatikern vid kommunikation.
Rao P. (1993/1994).	Språkhandikapp och rehabilitering av strokepatienter.	Litteraturstudie.	Diagnostik, rehabilitering, behandling i en sju-stepsprocess.
Sundin G. <i>et al.</i> , (2000).	Kommunikation med människor med afasi och stroke.	Kvalitativ.	Förståelse genom känslor, närhet/distans, förtroende, öppenhet, förmedling av känslor med hjälp av kroppen.