



Sektionen för hälsa

Examensarbete, 10 poäng  
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

### **ATT TALA UTAN ORD**

En intervjustudie om sjuksköterskans upplevelse av  
kommunikation med strokepatienter som har afasi

Författare: Karin Carlman  
Mimmi Lejon

Handledare: Caroline Waker

Justerat och godkänt

Datum: 2007-05-07

Examinator: Mats Persson Lintrup

Ej avsedd för publikation

## **Blekinge Tekniska Högskola**

Sektionen för hälsa, HAL

Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng

Kurs: VOC002, Examensarbete på kandidatnivå 10 poäng

### **ATT TALA UTAN ORD**

En intervjustudie om sjuksköterskans upplevelse av kommunikation med strokepatienter som har afasi.

Författare: Karin Carlman  
Mimmi Lejon

Handledare: Caroline Waker

Examinator: Mats Persson Lintrup

### **Sammanfattning**

**Bakgrund:** Varje år får cirka 12 000 personer i Sverige afasi, ofta till följd av en stroke. Afasi innebär att talet och/eller förståelsen är nedsatt, vilket påverkar kommunikationen och därmed omvårdnadsarbetet eftersom det blir svårare för sjuksköterska och patient att förmedla sig med varandra. **Syfte:** Syftet med studien är att belysa hur sjuksköterskan upplever kommunikationen med strokepatienter som har afasi. **Metod:** Studien är en intervjustudie och baseras på 5 intervjuer med sjuksköterskor som arbetar på strokeavdelningar. En kvalitativ ansats har använts och datainsamlingen skedde genom intervjuer med semistrukturerade frågor. **Resultat:** Resultatet visar att kommunikation är av stor betydelse för att omvårdnaden ska fungera och att det finns många icke-verbala metoder och hjälpmedel att använda sig av vid kommunikationen. Trots dessa metoder och hjälpmedel är det många gånger svårt att nå fram till patienten vilket kan leda till frustration samt att viktiga omvårdnadsåtgärder går förlorade. **Diskussion:** Kommunikationssvårigheterna kan leda till att sjuksköterskan omedvetet orsakar patienten vårdlidande eftersom patienten inte alltid kan förmedla sig till sjuksköterskan och därmed inte förklara hur denne vill ha det eller be om hjälp. Enligt många sjuksköterskor är avsaknaden av tid en stor orsak till problemet eftersom det krävs mycket tid för att få en icke-verbal kommunikation att fungera. **Slutsats:** Kommunikation behövs för att kunna etablera en fungerande relation i omvårdnaden och även vid nedsatt kommunikation bör relationen bygga på respekt mellan sjuksköterska och patient.

**Nyckelord:** afasi, kommunikation, icke-verbal kommunikation, omvårdnad, frustration.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	1
Stroke	1
Afasi	1
Rehabilitering	2
Kommunikation	3
Livsvärld	3
Vårdlidande och sjukdomslidande	4
Tidigare forskning	4
Teoretisk referensram	6
<b>SYFTE</b>	8
<b>METOD</b>	8
Urval	8
Tillvägagångssätt	8
Analys	9
Forskningsetiska aspekter	10
<b>RESULTAT</b>	11
Olika sätt att göra sig förstådd	11
Att nå fram	12
Att inte nå fram	13
När kommunikationssvårigheterna leder till vårdlidande	14
Sjuksköterskans upplevelse av patientens frustration	14
<b>DISKUSSION</b>	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Slutsats	18
<b>REFERENSLITTERATUR</b>	19
Bilaga 1	21
Bilaga 2	22
Bilaga 3	23

## INLEDNING

I all omvårdnad är kommunikationen viktig för att kunna ge och få bästa möjliga vård. Det finns många studier om hur detta påverkar vårdtagarna, men hur påverkas sjuksköterskorna och hur upplever de kommunikationen?

Tänk dig att din partner eller någon i din närhet vaknar upp en morgon och inte kan säga ett ord och inte heller förstår vad du säger. Försök att leva dig in i situationen, hur skulle du göra dig förstådd? Under en av våra intervjuer fick vi ett bra exempel på hur utomstående kan sätta sig in i situationen. Det var en övning då en person fick vara patient och den andra fick vara sjuksköterska. Patienten fick en lapp med en mening som hon eller han skulle förmedla till sjuksköterskan men fick bara säga ja och nej. Då gällde det för sjuksköterskan att på något sätt komma fram till vad som stod på lappen.

Intresset för hur afasi påverkar kommunikationen har väckts under vår studietid då vi båda har träffat strokepatienter med afasi och sett hur den bristande kommunikationen försvårar omvårdnadsarbetet. Det är intressant att undersöka hur sjuksköterskor löser kommunikationsproblem idag och hur kommunikationen kanske kan förbättras.

## BAKGRUND

### Stroke

Stroke är en av våra stora folksjukdomar och nästan 30 000 personer insjuknar varje år, det vill säga en person var 17:e minut. Medelåldern är 75 år men 20 % är under 65 år och det är lika vanligt bland män som kvinnor. Begreppet stroke innefattar hjärninfarkt (blodpropp i hjärnan) och hjärnblödning. Av de personer som insjuknat i stroke har ca 85 % fått en hjärninfarkt och de övriga en hjärnblödning. De vanligaste symtomen vid stroke är hemipares (halvsidig förlamning), känselnedsättning, synrubbning, tal- och språkrubbning (afasi och dysfasi), balanssvårigheter och medvetandesänkning. Stroke kan ha en dödlig utgång, ca 1/3 avlider inom ett år efter insjuknandet (Spanó, 2006).

### Afasi

Afasi är en samlingsbeteckning för språkliga skador som uppstår efter en hjärnskada vilket kan drabba människor i alla åldrar. Skadan innebär svårigheter att förstå eller att bilda ord eller meningar och beror på en neurologisk störning i talcentrum. Siffror från 2003 visar att av de patienter som insjuknar i stroke får cirka 12 000 afasi (Åkerlund, 2003). Stroke är den vanligaste orsaken till afasi men kan också bero på brustna åderbräck mellan hjärnhinnorna, infektioner i hjärnvävnaden, tumörer och yttre våld mot huvudet. Det är viktigt för personer med afasi att få snabb rehabilitering med hjälp från en logoped. Det är ganska vanligt att personer med afasi blir deprimerade och tappar ork och vilja och måste i sådana fall få hjälp att bli motiverade till rehabilitering (Åkerlund, 2003).

Afasi kommer från grekiskans *aphasis* och betyder ”icke tal”. Sambandet mellan en hjärnskada och afasi upptäcktes i mitten av 1800-talet av en fransk läkare vid namn Paul Broca, men det skulle ta ett tiotal år till innan man kunde lokalisera talet till ett specifikt språkcentrum. Upptäckterna utvecklades ytterligare under 1950-talet av den kanadensiska hjärnkirurgen Wilder Penfield och idag fokuserar forskningen mer på vilken roll *hela* hjärnan har i bildandet, förståelsen och produktionen av förmedlade budskap (Ellegård & Ingvar, 2007).

Afasi är en hjärnskada i språkcentrat som nästan alltid sitter i vänster hemisfär oavsett om man är vänster- eller högerhänt. Det är i språkcentrat som tankarna formuleras till ord och meningar för att sedan via motoriska nerver aktivera läppar, tunga, stämband och andningsmuskler så att talet blir hörbart och begripligt. Den artär som ofta är engagerad vid stroke är arteria cerebri media och det är denna artär som försörjer de basala ganglier som sköter samordningen av talet. Det är vanligt att personer som har afasi även får en högersidig förlamning och synfältsbortfall (Ericson, 2002). Expressiv (främre, motorisk) afasi innebär att språkförståelsen är bibehållen men patienten har svårighet att uttrycka ord och meningar (Ericson, 2002), skadan är då belägen i främre delen av språkcentrum (Almås, 2004). Talet blir långsamt och tvekande, meningarna består ofta bara av betydelsebärande ord. Böjningsändelser och grammatiskt betydelsefulla småord utelämnas. Svårigheter att bygga meningar enligt grundläggande satslära är också vanligt förekommande (Ellegård & Ingvar, 2007). Om skadan istället sitter i bakre delen kallas det impressiv (bakre, sensorisk) afasi, det är då språkförståelsen som är påverkad och patientens tal flyter på obehindrat men saknar innebörd (Ericson, 2002). Betydelsebärande ord ersätts med nybildningar, förvrängningar eller rena nonsensord. Hörförståelsen kan vara relativt god, men samtal blir svåra att föra, eftersom patienterna inte själv tycks vara medveten om att det de säger är obegripligt (Ellegård & Ingvar, 2007). Global afasi är en kombination av expressiv och impressiv afasi (Ericson, 2002). Det är lättare att upptäcka expressiv afasi än impressiv afasi eftersom det är svårt att mäta hur mycket patienten förstår (Almås, 2004). Oförmågan att tala brukar ofta vara förenad med oförmåga att skriva (agrafi), läsa (alexi) och räkna (akalkuli). Ibland drabbas bara vissa ordkategorier, såsom ord som tillhör ett visst ämnesområde. Patienter som är tvåspråkiga får i regel samma påverkan på båda språken och det är inte ovanligt att en del patienter reagerar på frågor genom att upprepa dem i stället för att besvara dem (Ellegård & Ingvar, 2007).

Afasi kan inte bara ses som en språkstörning, eftersom språket är ytterst länkat till identitet och förhållande i det sociala livet, utan det är också ett socialt problem som kan ge allvarliga konsekvenser för den drabbades livskvalité (Lind, 2005).

### **Rehabilitering**

Det är viktigt för afasidrabbade patienter att få snabb rehabilitering med hjälp från logoped, arbetsterapeut och afasipedagog. Rehabiliteringen består bland annat av talterapi som innebär att lära sig tala på nytt vilket inte är samma sak som att lära sig tala för första gången. Träningen inleds med att utreda talfunktionen, testa kommunikativa och intellektuella funktioner samt att bedöma patientens motivation till rehabilitering (Ericson, 2002). Individuella talträningsprogram utformas av logopeden och bör starta så tidigt som möjligt. Rehabiliteringen bör vara individuellt anpassad beroende på vilken förmåga och kommunikativ styrka patienten har att kommunicera i det vardagliga livet. Både anhöriga och vårdpersonal har en viktig roll i träningen (Lind, 2005).

Det finns en rad olika hjälpmedel för talträning till exempel pekbilder och bokstavsplattor som underlättar hopsättningen av ord och meningar och bliss-symbolspråk – ett hjälpmedel där bokstäver och ord ersätts med logiska symboler som patienten kan peka på och försöka uttala. Stimuleringsprogram som logopeden brukar använda är exempelvis icke-verbal kommunikation vilket innebär att de patienter som har mycket svårt att finna ord och meningar tränas till att kompensera sitt tal med gester som symboliserar olika handlingar. Det finns även datorprogram för talövningar. Vidare kan också känsel, doft och hörsel hjälpa patienten att finna orden på nytt. Ett annat hjälpmedel är talrytmik som innebär att patienten

får sjunga ut det han eller hon vill säga eftersom musikcentrum, som styr sångförmågan, sitter i den friska hemisfären (Ericson, 2002).

## **Kommunikation**

Att kommunicera är ett primärt behov för människan och utgör en förutsättning för en fullvärdig psykisk, social och kulturell utveckling (Helander, Sigurd, Rosengren, Björn, Ulfstrand, 2007). Språket är vårt främsta kommunikationsmedel och talet det muntliga sättet att uttrycka språk (Åkerlund, 2003).

Kommunikation har en central roll i alla samarbetssituationer och många omvårdnadssituationer förutsätter kommunikation med andra människor för att få hjälp med att hitta lösningar på problem och för att kunna be om hjälp och även erbjuda praktisk hjälp (Almås, 2004). Kommunikativ interaktion i vårdandet är viktigt och bygger på den verbala förmågan, även om det finns andra sätt att kommunicera. Vi kommunicerar alltid, både medvetet och omedvetet. Antingen en person är aktiv eller passiv, talar eller är tyst förmedlas ett budskap (Sundin, Jansson & Norberg, 2002). Dahlberg, Segesten, Nyström, Susserud & Fagerberg (2003) menar att kroppsspråket också är en viktig kommunikationskälla, eftersom det kan ge information om patientens tillstånd och upplevelse av olika situationer. Men icke-verbala kommunikation är dessvärre inte tillräcklig för att kunna ge och få god omvårdnad. Att förlora förmågan att kommunicera verbalt är ett allvarligt trauma för en människa och får vanligtvis djupgående sociala konsekvenser. I värsta fall finns ingen möjlighet att be om hjälp eller berätta om sin ångest och sorg. Att förstå och bli förstådd genom kommunikation med afasipatienter förutsätter en öppenhet för känslor och en nära och trygg relation (Sundin et al, 2002). För ett gott bemötande är det viktigt att patienten är delaktig i sin behandling (Sundin, Jansson & Norberg, 2001) och att vårdgivarna ser denne som en självständig individ med eget ansvar för sin hälsa och rätt till att delta i beslut om sig själv (Engström, 2005). Dahlberg et al (2003) belyser vikten av att prata direkt till patienten, och inte genom anhöriga, eftersom direkt kommunikation är det bästa sättet att skapa förtroende mellan patient och sjuksköterska. Dock måste sjuksköterskan ändå i vissa situationer ta hjälp av anhöriga, till exempel när kommunikationen är bristande (Engström, 2005). Det är viktigt att man tillgodoser patientens egna upplevelser, behov, önskemål och livsvärld för att få ett så bra utgångsläge som möjligt för ett bra omvårdnadsarbete. Människa bör ses som en individ och vårdgivare bör ta hänsyn till dennes egen upplevelse av sjukdomen (Travelbee, 1971).

## **Livsvärld**

*Livsvärlden är den levda världen, och det är genom livsvärlden vi älskar, hatar, arbetar, leker, tycker och tänker. Det är i livsvärlden vi söker ett livsinnehåll och en mening. Alltså finns vi till i världen vi är vår livsvärld och så länge vi lever kan vi aldrig komma ur eller ifrån den.*

(Dahlberg, 2003, s. 25)

Så beskriver Dahlberg et al (2003) livsvärlden och för att lättare förstå patientens situation måste sjuksköterskan förstå dennes livsvärld, det vill säga relationen mellan människan och hennes vardagsvärld och dagliga tillvaro (Dahlberg et al, 2003). Varje människa upplever sin livsvärld unikt och ingen uppfattning är den andra lik (Wiklund, 2003).

Inom det vårdutövande yrket innebär alltså livsvärldsansatsen att fokusera på och försöka förstå hur patienten upplever och erfar sin sjukdom, sin hälsa och sitt välbefinnande och också att se, förstå och beskriva, samt analysera världen eller delar av den såsom den upplevs av patienten. Ett vårdvetenskapligt livsvärldsperspektiv innebär vidare en öppenhet för patientens levda värld, att försöka möta den andre utan förutfattade meningar. Ett öppet

vårdandeperspektiv ställer kravet att sjuksköterskan har en förmåga att kommunicera med och på så sätt förstå patienten, något som inte bara handlar om verbal kommunikation. Med en etiskt medveten nyfikenhet och öppenhet skaffar sig vårdgivaren på så sätt en bild av patientens värld. Men när den verbala kommunikationen inte fungerar blir det svårare för sjuksköterskan att sätta sig in i patientens livsvärld (Dahlberg et al, 2003).

### **Vårdlidande och sjukdomslidande**

Enligt Eriksson (1994) bidrar sjuksköterskan många gånger omedvetet till att vårdlidande uppstår. Patienten upplever vårdlidande som en följd av bristande vård, behandling eller avsaknad av dessa. Bristande vård kan bero på okunskap och en avsaknad av reflektion från sjuksköterskans sida.

*Vårdlidandet kan ses som ett onödigt lidande som med alla medel bör elimineras.*

(Eriksson, 1994, s. 98)

Vårdlidande beskrivs många gånger som en upplevelse av brist på kontroll och av kränkning och vårdlidandet handlar om hur brister i vårdens organisation och genomförande på olika sätt ökar patientens lidande. Exempelvis kan sjukdomen förvärras genom felaktig eller utebliven vård, utebliven medicinering vid värk eller av att sjuksköterskan inte lyssnar på patienten (Wiklund, 2003). Sjukdomslidande är också något som förekommer inom hälso- och sjukvård, och innebär det lidande som förorsakas människor på grund av sjukdom eller annan ohälsa. Sjukdomslidandet kan ses som ett symptom, exempelvis smärta, trötthet och yrsel, men även som en känsla av ensamhet och sårbarhet, och innebär då en social sårbarhet på grund av att andra människor drar sig undan från den som är svårt sjuk. Det är vanligt att känslor av exempelvis hopplöshet, skuld, skam, saknad och osäkerhet följer med sjukdomen och dessa känslor bär patienten ensam (Dahlberg et al, 2003). Även kommunikationssvårigheter kan leda till att patienten upplever vårdlidande. De känner sig frustrerad och isolerad på grund av att inte kunna framföra sina behov och önskemål om hur omvårdnaden ska utföras (Sundin, Jansson & Norberg, 2000).

### **Tidigare forskning**

Sundin, Jansson & Norberg (2000) menar att kommunikationen med strokepatienter som har afasi är väldigt försvårad och att det krävs flera olika faktorer för att kunna etablera en fungerande icke-verbal kommunikation. Några av dem innebär att vara öppen och mottaglig för all sorts kommunikation från patienten och att ta sig tid att ”stanna kvar i situationen” tills både patient och vårdgivare hade förstått vad den andra menade, även om situationen många gånger kan vara stressande. Vidare är det viktigt att tänka på att det inte är lösningen på ett omvårdnadsproblem eller svaret på en fråga som är det viktiga vid kommunikationen, utan att se och prioritera patientens känslor och upplevelse av kommunikationen. Sundin et al. (2000) menar också att det är viktigt att vårdgivaren visar att hon har tid att stanna och lyssna i lugn och ro för att patienten ska känna att det är värt att försöka kommunicera. En svårighet vid mötet med patienten anses vara balansgången mellan att känna en slags närhet till patienten utan att komma för nära. ”Protective distance” (skyddande avstånd) innebär att en viss närhet är nödvändigt för att kunna ha en icke-verbal kommunikation men en allt för nära relation är inte bra för någon av parterna och kan leda till lidande. Övergripande är att vårdgivarna, som Sundin et al. (2000) har intervjuat, tycker att patienten ska behandlas som en unik person som är lika mycket värd som en som har talförmåga.

I en studie av Sundin, Jansson & Norberg (2001) framkommer att sjuksköterskor tycker att arbetet med strokepatienter med afasi är både påfrestande och glädjande eftersom kommunikationssvårigheterna sätter många stopp samtidigt som det innebär glädje att se när

patienterna förbättras. Stroke anses vara en enorm tragedi som innebär att även självständigheten och självsäkerheten går förlorad och gör patienten utlämnad och sårbar. Även här framkommer att strokepatienter med afasi måste ses som unika människor och att det behövs lugn och ro samt mycket tid för att kommunikationen ska fungera. Vårdgivarna uppger att de försöker visa respekt för patienten och dennes önskemål, och behandla patienterna som de själva skulle vilja bli behandlade. Ömsesidig respekt anses vara grundläggande för en fungerande kommunikation och om dessa tre faktorer finns, tycker intervjudeltagarna i studien att omvårdnaden nästan går automatiskt, men om kommunikationen inte fungerar, fungerar inte heller omvårdnaden (a.a.). Problemet med tidsbrist tas också upp, och anses ofta leda till att vårdgivarna inte känner sig nöjda med den omvårdnad de utfört. Men överlag är vårdgivarna glada och nöjda över att kunna ge meningsfull omvårdnad. Studien tar upp begreppet ”communion” som innebär att förstå varandra genom tankar och känslor, nästan på ett spirituellt sätt, och författarna till studien säger att communion är av största vikt vid icke-verbal kommunikation (a.a.).

Flera olika faktorer har betydelse för att förstå och bli förstådd enligt Sundin, Jansson & Norberg (2002), dessa är avsaknad av både vetskap och förståelse, att ha vetskap men inte nödvändigtvis förståelse och att vara i förståelse. För att vara i förståelse krävs att vårdgivaren skapar en trygg och lugn atmosfär där patienten känner sig bekväm, eftersom detta underlättar kommunikationen och tilliten. Faktorer som påverkar kommunikationen positivt är om vårdgivaren är lugn, koncentrerad, tålmodig, har en förmåga att vänta och se och känner ömsesidig respekt. I denna studie framkommer även svårigheten av att inte veta något om patienten, på grund av kommunikationssvårigheterna och avsaknad av anhöriga, och vilka konsekvenser det får. I en sån här situation får vårdgivarna gissa sig fram till vad patienten vill och försöka se om gissningarna stämmer, genom att titta på patientens ansiktsuttryck, minspel och gester. Denna ovetskap om patientens historia och livsvärld, och att bara vara hänvisad till gissningslekar, leder ofta till att vårdgivarna känner sig osäkra och villrådig. Vårdgivarna tror att även patienterna upplever dessa känslor och samtidigt en känsla av hemlöshet (a.a.).

Studien tar även upp olika sätt på vilka kommunikationen kan förenklas, till exempel säger en vårdgivare att hon brukar dela upp frågorna till patienten och fråga dem en åt gången, ge ja eller nej alternativ och sedan ge patienten lång tid på sig att svara och visa att hon verkligen vill förstå. Om vårdgivaren förstår något som patienten vill förmedla är det sedan viktigt att visa det klart och tydligt. Vårdgivarna i studien tycker vidare att det är av stor vikt att tillåta negativa tankar och känslor, både sina egna och vårdtagarnas och att ge vårdtagarna utrymme för att leva ut sin sorg och frustration. Samtidigt känner vårdgivaren glädje med patienten när denne blir glad av att förstå en fråga eller gör framsteg i rehabiliteringen (a.a.).

En studie av Sundin & Jansson (2002) går in på vilken effekt beröring har vid kommunikationen med strokepatienter med afasi. Beröring uppges ge patienten en känsla av att sjuksköterskan deltar och inte överger, den inger även förtroende och mod så att patienten vågar försöka kommunicera. Beröringen liknas vid en tyst dialog som förvissar patienten om dess värde. Speciellt vid morgonarbetet framkommer beröringen ha stor betydelse eftersom omvårdnaden då kan vara krävande för patienten, speciellt om hemipares finns med i bilden, och genom att använda beröring istället för verbal kommunikation kan patienten fokusera helt på morgonsysslor utan att bli distraherad (a.a.).

På frågan om sjuksköterskorna funderar på hur de kommunicerar just under omvårdnadsarbetet blev svaret övervägande nej, att de just i ögonblicket går på intuition men ändå strävar

efter att visa patienten respekt, till exempel genom att vara på samma nivå när de kommunicerar. Vid verbal kommunikation är inte orden det väsentliga, utan talets hastighet, volym och ton i samspel med kroppsspråk och ansiktsuttryck eftersom det kan uttrycka känslan i det som sägs (a.a.).

Vidare framkommer det att det är viktigt att tillåta sig att inte alltid förstå, att det är normalt att patient och sjuksköterska har kommunikationssvårigheter, speciellt i början av ett vårdtillfälle. Misslyckande är tillåtna, det viktiga är att våga. Tålmod och uppmuntran visar sig vara välbehövliga egenskaper för att kunna ge en patienterna tid när de försöker kommunicera verbalt. Om patienten inte vågar försöka svara på en fråga föreslås det att sjuksköterskan småpratar lite istället och visar att det inte spelar någon roll om svaret uteblir (a.a.).

Nordehn, Meredith & Bye (2006) talar om betydelsen patientcentrerad kommunikation. Två huvudteman som framkommer är att vårdtagarna vill behandlas med respekt och vikten av att avsätta ordentligt med tid för kommunikation med en person med kommunikationssvårigheter. Andra viktiga faktorer är att se patienten i ögonen och att vara öppen för information som patienten försöker ge, och detta ökar inte bara kommunikationsmöjligheter utan även respekten för varandra och därmed ”det helande förhållandet” mellan vårdgivare och patient. I diskussionen framkommer att vårdtagarna som medverkar i studien tyckte att det var värre att inte behandlas med respekt eller att känna sig osynliga, än att ha en kommunikationssvårighet, något som bör beaktas bland alla patientgrupper. Det dras även en slutsats att tidsbrist många gånger är en anledning till att vårdgivare pratar med en anhörig istället för direkt till en patient som har kommunikationssvårigheter (a.a.).

### **Teoretisk referensram**

Valet av teoretisk referensram föll på Joyce Travelbee, eftersom hon är inriktad på interaktion och kommunikation mellan vårdgivare och patient, eller sjuksköterskan och den sjuke som hon vill benämna det. Teorin bygger på Ida Orlandos och Ernestine Wiedenbachs omvårdnadsmodeller och har en existentiellistisk åskådning där de viktigaste begreppen är människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer samt kommunikation (Kirkevold, 2000).

Enligt Travelbee (1971) är sjuksköterskans grundläggande uppgift att etablera och upprätthålla hjälpande relationer med de personer som hon möter i sitt arbete. För att lyckas med detta krävs i huvudsak två saker av sjuksköterskan: hon måste dels inneha och kunna använda grundläggande kunskap om människan, det vill säga använda ett disciplinerat intellektuellt förhållningssätt, och dels vara förmögen att använda sig själv terapeutiskt. En terapeutisk användning av sig själv innebär att sjuksköterskan medvetet använder sin personlighet och sin kunskap för att skapa en relation med den sjuke och sträva efter att få fram en förändring hos den sjuke. Detta kräver vidare att sjuksköterskan har en förståelse för människans natur eftersom det påverkar sättet att uppfatta sig själv och andra och är nödvändigt för att kunna etablera en hjälpande relation. En annan faktor som påverkar sjuksköterskans sätt att utföra omvårdnad är hennes funderingar och värderingar kring sjukdom, lidande och död. Vilken mening har dessa begrepp och hur kan de lindras? Travelbee anser att en sjuksköterska inte kan se sig själv som färdigutbildad innan hon har reflekterat kring den frågan (a.a.).

Travelbee (1971) anser att vänlighet och goda intentioner spelar stor roll i omvårdnaden men att den inte enbart kan utföras utifrån dessa egenskaper. Sjuksköterskan kan inte bara chansa

eller gå på intuition utan bör närma sig och assistera den sjuke med eftertänksamhet, meningsfullhet, intelligens och taktfullhet. En professionell sjuksköterska bryr sig om vad som händer med andra människor och bryr sig om deras fysiska, mentala och andliga välmående. Omvårdnaden definierar Travelbee som en interaktiv process vari den professionella sjuksköterskan assisterar en individ, en familj eller ett samhälle för att förebygga eller hantera sin upplevelse av sjukdom och lidande, och om nödvändigt hjälpa dem att finna en mening med upplevelsen då vissa sjukdomar och tillstånd av ohälsa inte går att bota. Denna hjälpande relation som sjuksköterskan etablerar kan också ses som en människa-till-människa-relation som uppkommer när två människor delar på en eller flera upplevelser eller erfarenheter, i detta fall upplevelser där den sjuke och dennes omvårdnadsbehov blir sedda (a.a.).

Travelbee (1971) ser varje människa som unik, men det finns både olikheter och likheter mellan människorna. Likheterna består i livserfarenheter som människorna erfar om de lever tillräckligt länge. Dessa livserfarenheter kan vara upplevelsen av till exempel sjukdom, smärta och lidande. Eftersom sjuksköterskorna varje dag möter människor som upplever sådana erfarenheter är det viktigt att de har funderat igenom även dessa begrepp för att kunna möta patienten på ett bra sätt (a.a.). I sina teorier om kommunikation menar Travelbee (1971) att sjuksköterskan och den sjuke kommunicerar i varje möte, antingen de pratar eller är tysta kommunicerar de, medvetet och omedvetet. De kommunicerar med sin närvaro, uppförande, hållning, ansiktsuttryck och gester. Kommunikationen ger sjuksköterskan möjligheten att vid varje möte lära känna den sjuke, att se dennes omvårdnadsbehov och på så sätt etablera en människa-till-människa-relation och därmed uppnå syftet med omvårdnad. Men en sådan relation uppstår inte nödvändigtvis bara för att kommunikation finns, det krävs även att sjuksköterskan förstår den sjukas kommunikation och vet hur informationen ska användas för att planera omvårdnadsarbetet. Kommunikationen är en ömsesidig process vari sjuksköterskan och den sjuke observerar varandra och kommunicerar tankar, känslor och attityder. Den icke-verbala kommunikationen innefattar även ljud såsom gråt, jämmer och skrik, och även bilder, musik och dans. Vidare har lukt och beröring stor roll i den icke-verbala kommunikationen. Allt som överförs via någon slags kommunikation tas in för att sedan tolkas. Om meddelandet mottas och tolkas korrekt har kommunikation ägt rum (a.a.).

Lidande definieras på flera olika sätt av Travelbee (1971) och uppträder inte bara vid sjukdom och fysisk eller psykisk smärta utan även vid förlusten av något, även om sjukdom kan leda till förlust. Det kan vara en förlust av en person (dödsfall, separation) eller förlust av integritet eller position. En annan sak som kan orsaka lidande är känslan av att vara instängd i sig själv, särskilt i kombination med att inte kunna nå ut till omgivningen via verbal kommunikation och etablera meningsfulla relationer. Relationen mellan omvårdnad och lidande kan ses som paradoxal eftersom lidande oftast leder till omvårdnad eller att någon bryr sig, samtidigt som en person kan uppleva lidande av att inte ha någon att bry sig om. För att kunna känna lidande måste individen bry sig om det som går förlorat, och ju mer en individ bryr sig om något, desto större är risken att drabbas av lidande (a.a.).

## **SYFTE**

Syftet med studien är att belysa hur sjuksköterskan upplever kommunikationen med strokepatienter som har afasi.

## **METOD**

Studien genomfördes med en kvalitativ ansats och datainsamlingen skedde genom intervjuer med semistrukturerade frågor.

För att få information om hur en person uppfattar eller känner inför ett specifikt ämne eller en händelse, är det enklast att ställa frågor. Meningen med intervjun är att samla information och att det då fordras att intervjuaren har ett syfte med sina intervjufrågor (Lantz, 1993).

En kvalitativ ansats innebär att forskaren arbetar induktivt, det vill säga samlar information om ett fenomen varpå informationen kan mynna i en teori eller en hypotes. För att lättare förstå detta arbetssätt kan det jämföras med deduktivt arbetssätt som går andra hållet, alltså börjar med en teori eller en hypotes som sedan bevisas genom datainsamling (Olsson & Sörensen, 2004). Vi ansåg att den kvalitativa ansatsen passade vårt syfte bäst eftersom vi vill undersöka sjuksköterskans upplevelse av kommunikation med strokepatienter som har afasi.

### **Urval**

Intervjuer gjordes med sju sjuksköterskor, varav två ingick i en provintervju. Inklusionskriterierna för de fem informanter vi har intervjuat var att de skulle vara sjuksköterskor som arbetar på en strokeavdelning, för de andra två informanterna var kriterierna att de var sjuksköterskorna som skulle stött på strokepatienter med afasi i sitt arbete. Informanterna var av båda könen och hade arbetat med afasipatienter 2-22 år med en median på 17 år och ett medelvärde på 14 år. Urvalet var ett bekvämlighetsurval som enligt Trost (1997) innebär att de informanter som visar sig vara mest lättillgängliga för intervjuarna väljs ut till intervju. Muntlig kontakt togs därefter med enhetscheferna för respektive strokeavdelning i Karlskrona och Karlshamn för att få deras godkännande att genomföra studien, innan vi kontaktade avdelningarna.

### **Tillvägagångssätt**

Under utarbetandet av projektplanen diskuterades frågorna till intervjuguiden (Bilaga 1) fram tillsammans med handledaren, även litteraturen i bakgrunden gav oss underlag och idéer om vad vi ville få ut av intervjuerna. Frågorna skulle vara relevanta för syftet med studien och eftersom vi ville få en bild av hur sjuksköterskorna kommunicerade med strokepatienter som har afasi, kom frågorna att handla om svårigheter, möjligheter och tillvägagångssätt vid kommunikationen. För att undersöka om intervjufrågorna var relevanta och passande för vårt syfte gjordes under hösten 2006 en provintervju med två sjuksköterskor som arbetar på ett äldreboende. Både muntlig och skriftlig kontakt togs sedan med strokeavdelningarna i Karlskrona och Karlshamn, där respektive avdelningschef erbjöd sig att informera personalen om studien. När tre sjuksköterskor från vardera avdelning anmält intresse om att delta ringde avdelningscheferna upp oss och vi bokade tid för att genomföra intervjuerna. De tre intervjuerna i Karlskrona gjordes under två dagar och intervjuerna i Karlshamn gjordes under en dag. När vi kom till Karlshamn visade det sig att en av sjuksköterskorna hade varit tvungen att byta skift, men vi bedömde att det material vi fick från fem intervjuer var tillräckligt och bokade därför ingen ny tid för intervju.

Intervjuerna gjordes i personalrum på avdelningarna under arbetstid och tog mellan 15 och 30 minuter vardera och spelades in på mp3-spelare. Närvarande vid intervjuerna var intervjuarna och intervjudeltagaren. Under intervjuerna ställde en av oss frågor medan den andra observerade. Vi använde en intervjuguide med semistrukturerade frågor som stöd.

Intervjuerna lades över på en dator med lösenord och transkriberades sedan med inspiration av Ryens (2004) utskriftssymboler inom samtalsanalys vilket innebar att vi antecknade alla pauser, skratt och harklingar.

### Analys

Bakgrundsfrågorna i intervjuguiden ställdes i syfte att få en bild av sjuksköterskornas förkunskap i ämnet men eftersom de frågorna inte var relevanta för studiens syftet togs de inte med i resultatet och analysen.

Analysmetoden inspirerades av Graneheim och Lundman (2003) och första steget var att läsa de transkriberade intervjuerna upprepade gånger för att få en helhetsbild. Tillsammans togs sedan de meningsbärande enheter vi fann adekvata för vårt syfte ut. För att kunna gå vidare i analysen kondenserade och abstraherade vi dessa enheter var för sig, det vill säga att vi skar ner enheterna så att endast det viktigaste fanns kvar, för att sedan skriva om dem med egna ord och utifrån tredje person. Nästa steg var att komma fram till kategorier. För att få en kvalitetssäkring gjorde vi även detta var för sig och gick därefter igenom varandras kategorier tillsammans för att komma fram till fem gemensamma. Kategorierna som framkom var; olika sätt att bli förstådd, att nå fram, att inte nå fram, när kommunikationssvårigheterna leder till vårdlidande och sjuksköterskans upplevelse av patientens frustration (se Tabell 1).

Tabell 1. Beskrivning av analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Abstraktion	Kategori
Man säger alltså väldigt korta meningar som man säger kanske bara två ord eller tre ord och kanske, tar det väldigt sakta, ibland så kan man se att patienten eller jag tror mig uppfatta att patienten förstår mig lättare om jag använder det.	Man säger korta meningar, två tre ord kanske, tar det väldigt sakta, jag tror att patienten förstår mig bättre om jag använder det.	Sjuksköterskan använder korta meningar och pratar sakta för att patienten lättare ska förstå.	Olika sätt att bli förstådd
Men sen så kan man ju se glädje då när man märker liksom efter ett tag man kanske inte har jobbat på flera dagar och så kommer man tillbaka, jaha, både talet och förståelsen är	Man kan se glädje när man kommer tillbaka efter att inte ha jobbat på flera dagar om både talet och förståelsen har blivit mycket bättre.	Sjuksköterskan ser glädje hos patienten när dennes tal och förståelse har blivit bättre.	Att nå fram

plötsligt blivit mycket bättre.			
Så det är ju jättesvårt det här kommunikation, om de inte, eh, förstår, så är det jättesvårt.	Det är jättesvårt med kommunikationen om de inte förstår.	Om patienten inte förstår är det jättesvårt med kommunikationen.	Att inte nå fram
Asså har man, för det är ju liksom den här mellan mänskliga relationen mellan två personer, och då blir ju kommunikationen kan ju liksom bli försvårad på grund utav afasin och då blir ju omvårdnad kan jag tycka lidande också lite. Det blir inte samma mellanmänskliga relation mellan vårdare och patient det tycker jag nog.	Kommunikationen blir försvårad på grund av afasin och omvårdnaden blir också lidande. Det blir inte samma mellanmänskliga relation mellan vårdare och patient.	Kommunikationen, omvårdnaden och den mellanmänskliga relationen blir lidande på grund av afasin.	När kommunikations-svårigheterna leder till vårdlidande
Det måste vara fruktansvärt jobbigt, det måste vara jätte jobbigt att inte kunna föra sin talan, inte kunna säga vad man vill, och frustrerande, kan jag tänka mig. ja, det måste vara jätte jobbigt att inte kunna säga vad man vill när man tycker.	Det måste vara fruktansvärt jobbigt att inte kunna föra sin talan, frustrerande, kan jag tänka mig och jättejobbigt att inte kunna säga vad man vill.	Sjuksköterskan tror att det måste vara jobbigt och frustrerande att inte kunna föra sin talan.	Sjuksköterskans upplevelse av patientens frustration

### Forskningsetiska aspekter

Innan vi började med vår studie kontaktade vi verksamhetscheferna vid strokeavdelningarna i Blekinge för att få ett godkännande och därefter gjordes en etikansökan till Etiska Rådet Sydost. Studien godkändes med ärendenummer FEK 2007-10. Ansökan gjordes enligt Lag (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, vars syfte är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning.

Enligt Trost (1997) förpliktigar intervjuaren sig redan vid första kontakten med informanterna till att behandla alla uppgifter anonymt och konfidentiellt, det vill säga att inga uppgifter eller åsikter som framkommer vid intervjuerna får framställas på ett sätt som kan röja informanternas identitet eller avslöja vem som sagt vad. Detta framgick i de informationsbrev (bilaga 2) som skickades ut till avdelningarna och som även innehöll studiens syfte. Vid intervjutillfällena fick informanterna skriva på ett samtyckte (bilaga 3) till att delta i studien.

De inspelade och de transkriberade intervjuerna förvarades på en dator med lösenord. När studien avslutats och godkänts kommer intervjuerna och de transkriberade dokumenten att raderas.

## RESULTAT

Vi kom fram till fem olika kategorier utifrån analysen av vårt material: olika sätt att bli förstådd, att nå fram, att inte nå fram, när kommunikationssvårigheterna leder till vårdlidande och sjuksköterskans upplevelse av patientens frustration.

### Olika sätt att bli förstådd

Sjuksköterskorna uppger att de arbetar på olika sätt beroende på vilken sorts afasi det rör sig om, ofta med utgångspunkt från vad logopeden har kommit fram till. Skillnaden i sättet att arbeta utgår från om det är en expressiv eller impressiv afasi och flera av sjuksköterskorna tycker att de har olika sätt att arbeta på.

*... om patienterna har mycket impressiva inslag i sin afasi, så, så är det ju väldigt annorlunda än om det är expressivt för är det en expressiv, så kan jag, jag har en rätt så vanlig, kommunikation med patienterna och lägger mer krut på kanske försöka, hitta nån slags respons. (Intervju 4)*

En sjuksköterska trodde att sjuksköterskor i allmänhet har ett relativt likartat sätt att arbeta med afasipatienter, att det inte skiljer sig så mycket från sjuksköterska till sjuksköterska. Övergripande är det viktigaste i kommunikationen att bemöta vårdtagarna med respekt, att se dem som individer och visa att de är lika mycket värda trots sina kommunikationssvårigheter.

*Man försöker bemöta varje patient som individ, det måste man göra. (Intervju 2)*

Detta innebär att sjuksköterskan presenterar sig vid första kontakten som med vilken annan människa som helst, även om patienten har afatiska problem. Andra saker som sjuksköterskorna tyckte var viktigt var först och främst att ha ögonkontakt och att prata *till* patienten och inte över huvudet. Det framkom flera olika sätt att kommunicera med patienten och göra sig förstådd. En grundläggande förutsättning för att kommunikationen ska fungera är att sjuksköterskan förvissas sig om att hon har patientens uppmärksamhet. Att inte ha lugn och ro omkring sig kan vara distraherande för patienten som redan är så koncentrerad på att försöka förstå.

*Sen är det också svårt med patienter med afasi, man har mycket ljud och så omkring sig, kan vara svårt, man kan kanske inte äta, när man har svårt att vara i matsalen när tv:n står på. och det är mycket, kanske, bullrigt o så runt omkring så, så är det ännu svårare, att.. Såna saker ska man ju tänka på. (Intervju 2)*

Vidare säger sjuksköterskorna att det är viktigt att ta det lugnt genom att prata sakta, använda korta meningar och upprepa de primära orden. Men tydligheten får inte gå till överdrift så att patienten känner sig förnedrad. Kroppen och ansiktet visade sig vara bra hjälpmedel. Med kroppen kan både sjuksköterskan och patienten visa med gester och ansiktsuttryck vad de vill förmedla, och även visa om de känner till exempel glädje eller sorg. Ett annat sätt att använda kroppen är att följa med patienten, antingen för att visa eller för att få veta vad patienten vill. Att ge enkla alternativ, till exempel vid måltiderna då sjuksköterskan kan visa upp vilka maträtter det finns att välja på, är ett väl använt sätt bland sjuksköterskorna. Det krävs mycket

luskande för att få svar på en fråga och ett sätt är att använda sig av ja- och nejfrågor, men det är inte alltid ett ja betyder ja och ett nej betyder nej.

*Det är inte alltid när man ställer en fråga, om man säger ja, det är inte alltid säkert att det va rätt, att det va ja, utan då får man, vill du ha vatten? Ja säger den, men det är kanske ändå inte att den vill ha vatten. De kanske bara säger ja, det kan komma, man får liksom försäkra sig att, vill du ha saft, nej, då vet jag, att då va det vatten. (Intervju 5)*

Ett annat sätt för att kontrollera om patienten har förstått är ett ge enkla uppmaningar och se patientens reaktion. Det är viktigt för sjuksköterskan att inte ge upp då hon inte förstår patienten utan att istället ta hjälp av en kollega som kanske har ett annat synsätt. En sak som kan vara svår för sjuksköterskan är att inte gå in och avbryta när en patient försöker säga någonting med ord, utan låta patienten ta den tid som behövs för att hitta de rätta orden.

*Nåt som är känns också jobbigt det är ju att om de kan prata, om de kan prata lite grann då fast det blir fel så vill man gärna som vårdare då rätta dem, men det ska man ju inte göra egentligen, vi ska inte rätta patienten så mycket och det känner jag att det är jättesvårt för man vill gärna hjälpa. (Intervju 1)*

Utöver kroppsspråk och förnimmande känslor använde sig sjuksköterskorna ibland av olika konkreta hjälpmedel för att underlätta kommunikationen. Sjuksköterskorna nämnde bland annat bokstavstavla, bildtavla och bilderböcker och även papper och penna om patienten är så pass kognitivt intakt att dessa kan användas. Däremot kan det bli ett dilemma om patienten inte förstår bilderna i bilderböckerna, som en av sjuksköterskorna uppgav innehålla för många bilder och inte vara tillräckligt konkreta. Logopeden är i många fall till stor hjälp eftersom hon/han kan ge värdefulla instruktioner om patientens kommunikationsmöjligheter.

Det framkommer att anhöriga kan vara en bra källa för att få information om patienten, då sjuksköterskorna kan få en bild av vad patienten tycker om, vad de tycker är roligt, vad de äter och hur de lever sitt liv. Anhöriga blir på så sätt en del av patientens kommunikation.

*Man har ju liksom fått en mer bild framför sig, annars så kanske man bara ser Agda 86 år, medans Lisa 79 år som vi har fått reda på mycket, får man en annan bild och då då blir det liksom annorlunda, jag vet mycket mer om den patienten. (Intervju 1)*

*...det är ju bättre ju mer man vet om deras bakgrund desto lättare är det tycker jag. (Intervju 2)*

Flera av sjuksköterskorna uppger dock att de anhörigas roll i kommunikationen ofta glöms bort och att de inte används tillräckligt.

*Det är en stor hjälp att de har anhöriga med sig. (Intervju 2)*

### **Att nå fram**

Det råder ingen tvekan bland sjuksköterskorna om att kommunikationen är jätteviktig. Den är den mellanmänskliga relationen som finns mellan sjuksköterska och patient, som en av dem uttryckte det. Kommunikationen i omvårdnaden är jätteviktig för att båda parterna ska kunna uttrycka vad de vill och kunna förmedla sig till varandra.

*...när man inte kan förmedla sig, prata med andra så kan man inte kommunicera. Så det är något, det mest grundläggande som man har. Så att man kan förmedla sina känslor, alltså med språket. (Intervju 2)*

När kommunikationen fungerar går allting mycket lättare, eftersom det blir lättare att ge och få instruktioner och information. Sjuksköterskorna menar att de ofta ser en förbättring efter några dagar, en så kallad spontanläkning. Många gånger handlar det om impressiva förbättringar, att patienterna har lättare för att förstå. Det är självklart inte lätt att veta om patienten har förstått, en av sjuksköterskorna uttryckte det som att det är en fingertoppskänsla som kommer med åren, och flera av sjuksköterskorna tyckte att det syntes i patienternas ögon om de hade förstått.

En sjuksköterska tycker att de ser patienten på ett annat sätt än vad läkare och logoped gör och tror att sjuksköterskor och undersköterskor lättare ser omvårdnadsbehoven.

*Vi träffar ju patienten på ett helt annat sätt än vad logoped träffar kanske patienten en gång om dagen högst liksom, men vi då undersköterskor och sköterskor vi är ju ute i omvårdande hela tiden. (Intervju 5)*

Sjuksköterskorna tycker att det känns väldigt positivt när de märker att de når fram, att patienten förstår, både om sjuksköterskan varit borta från jobbet några dagar och märker en stor förbättring när hon kommer tillbaka, eller om en patient försöker säga något och sjuksköterskan lyckas lista ut vad patienten vill.

*Det e klart det är en härlig känsla när man, när man ser att man förstår varandra, att man kan kommunicera. (Intervju 5)*

*Man blir ju salig när man hittar, hittar så att man kan, prata med dem trots att de inte har några ord. (Intervju 3)*

### **Att inte nå fram**

För någon som inte kan prata är det jättesvårt att förmedla sin vilja, anser sjuksköterskorna och det innebär att det är svårt för omgivningen att förstå. Det är likadant på andra hållet eftersom det kan vara svårt för sjuksköterskan att förmedla sig om patienten har impressiva inslag i sin afasi.

*...det är väl lite olika beroende på vilken grad av afasi de har liksom. Det är väl aldrig lätt om man inte kan kommunicera vanligt. (Intervju 5)*

*Sen om patienten, har svårt att få ut det här så är det ju också knepigt men det är ju inte så knepigt som när det är mycket impressivt. (Intervju 4)*

Det visar sig på så sätt att sjuksköterskorna inte kan förklara varför de kommer in till patienten, vad de vill och vad de ska göra. Sjuksköterskorna tycker att det är en svårighet i en sådan situation att veta om de har nått fram. Ett sätt att kontrollera förståelsen hos patienten är att ge dem en uppmaning och om patienten inte reagerar innebär det att det kan komma att bli svårt med kommunikationen. Ibland händer det att det kommer in patient som det inte alls går att kommunicera med på grund av att de har så svår afasi och det upplevs som jättesvårt av sjuksköterskorna.

*Hur man än tacklar det, så hittar man inte den där röda tråden som behövs. (Intervju 3)*

En sjuksköterska uttryckte att den mellanmänniska relationen mellan sjuksköterska och patient blir försvårad när de inte når fram till varandra. Men det är inte bara den bristande kommunikationen som kan göra det svårt att nå fram, även brist på tid kan försvåra möjligheterna till kommunikation.

*Och nu, som ni vet, man är ju inte mycket personal på en vårdavdelning, och här på en avdelning med strokepatienter är det ju ofta väldigt tunga patienter med, mycket vårdkrävande liksom. Så man känner ibland att man inte har den tiden som man skulle behöva ha. (Intervju 1)*

### **När kommunikationssvårigheterna leder till vårdlidande**

Kommunikation och omvårdnad hänger ihop och trots att omvårdnaden inte ska bli lidande på grund av kommunikationssvårigheterna så blir den ofta det. Detta visar sig på flera olika sätt, dels genom att en del omvårdnadsåtgärder går förlorade när patienten inte kan förmedla sig och dels när sjuksköterskorna utför omvårdnad utan att kunna förmedla varför.

*Ja, så ibland så är det så att vissa saker i omvårdnaden får man ju, blir man ju, alltså tvingad och göra, utan att patienten riktigt förstår vad det är, hon förstår ju eller han förstår ju inte vad vi vill asså, och det blir ju mycket frustration och man känner sig att man liksom hoppar på patienterna så det blir ju nästan en kränkning. (Intervju 4)*

En sjuksköterska tycker att det märks tydligt att patient som tar för sig får mer omvårdnad än de som inte kan tala för sig och ifrågasätta saker. De som förstår, dem blir det lättare att arbeta med. De patienter som inte har anhöriga kan bli lidande på grund av det, eftersom de inte har någon som kan föra deras talan när de inte själva kan. För ovan personal kan vetskapen om att en patient har afasi vara ett hinder för att ens våga ta kontakt.

*En del personal blir nog rädda liksom bara att ta kontakt och prata eftersom de ändå inte får något rätt svar eller rätt förståelse tillbaka eller nånting. Det kan va svårt. Det är jättesvårt. (Intervju 1)*

### **Sjuksköterskans upplevelse av patientens frustration**

En stor del av sjuksköterskornas arbete går ut på att tackla vårdtagarnas frustration. Många av sjuksköterskorna tror att afasi är något av det svåraste någon kan drabbas av, mycket svårare än att ha en motorisk kraftnedsättning eller att förlora synen på ett öga, eftersom afasi inte syns på utsidan.

*Jag tror att det är något av det svåraste man kan drabbas av, jag tror att det är svårare än att förlora asså kraften i en arm eller ett ben. Att inte kunna gå, att inte kunna ta med en hand. Så är det svårare att drabbas av afasi. (Intervju 2)*

Vidare liknar en sjuksköterska afasi vid att ha fått tungan avskuren, patienten kan inte hitta sina ord och försöker då förmedla sig på annat vis vilket är mycket svårt. Det kan även jämföras med att patienten ser det som att ett antal personer pratar ett helt obegripligt språk och då är det inte så konstigt att patienten blir frustrerad och aggressiv.

*Om patienten liksom inte förstår att hon eller han har svårt att ta emot nån information /.../ asså det måste ju va oerhört frustrerande. (Intervju 4)*

Allra svårast är att möta patienter som är medvetna om sin afasi eftersom de uttrycker mer frustration än en patient som har en mer impressiv afasi. Ofta känner sig patienterna dumma och utlämnade och då är det viktigt att förklara vad kommunikationssvårigheterna beror på, att de inte är dum och att det finns hjälp att få. Sjuksköterskorna tycker att det måste vara väldigt frustrerande att inte kunna föra sin talan. Frustrationen och aggressionen riktas ofta omedvetet mot sjuksköterskan och detta är väldigt svårt att tackla.

*Vi kan ju inte alltid förstå dem och sen så tror man att man förstår liksom att jag tycker att det ser ut som att du behöver gå och kissa liksom, och så kanske det inte är det så blir den ännu mer arg*

*liksom för vi förstår ju inte. Det blir mycket frustration aggression och det är ju jättesvårt som vårdare, tycker jag. (Intervju 1)*

Samtidigt träffar sjuksköterskorna ibland patient som inte visar någon frustration alls, troligen beroende på att de inte är medvetna om sin afasi och knappt vet i vilken tid eller var de befinner sig. Så egentligen är frustrationen något positivt eftersom det visar att patienten är medveten om sitt problem, något som är viktigt för att rehabiliteringen ska ge resultat.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Anledningen till att vi gjorde en intervjustudie var att vi ville se hur stroke- och afasivården ser ut idag i Sverige. En av fördelarna med en intervjustudie är att kunna få information och material direkt från källan, i detta fall sjuksköterskor som arbetar på strokeavdelningar, och inte enbart behöva vara begränsad till den litteratur som finns. Vi ansåg att en intervjustudie skulle hjälpa oss att finna det material vi verkligen sökte samtidigt som det var väldigt intressant att intervjua sjuksköterskorna och få en inblick i deras arbete och tankesätt. En litteraturstudie kunde ha varit svår att genomföra eftersom det inte finns mycket publicerat inom just detta ämne och det var därmed svårt att hitta artiklar till bakgrunden, så vid en litteraturstudie hade vi nog fått bredda syftet. Vi valde att använda en kvalitativ ansats i vårt arbete eftersom det anses vara ett passande arbetssätt för att undersöka hur en person uppfattar eller erfar en företeelse (Friberg, 2006). Företeelsen vi ville undersöka var hur sjuksköterskan upplever kommunikation med strokepatienter med afasi. Ett väl använt tillvägagångssätt inom kvalitativ forskning är att göra intervjustudier som ger möjligheten att ta del av en människas värld och personliga beskrivningar av ett fenomen eller en upplevelse (Friberg, 2006).

Trost (1997) menar att en intervju inte är samma sak som ett samtal, där de inblandade pratar om det som kommer dem för, utan till skillnad från ett samtal kräver en intervju planering och olika grad av strukturering. Ryen (2004) tar upp för och nackdelar med hög respektive låg grad av strukturering. För hög strukturering ger informanten mindre möjlighet att svara så personligt som möjligt, medan för låg grad kan leda till att intervjun leds bort från sitt huvudsyfte allt eftersom nya ämnen uppdragas. Det kan göra att en medelväg, en så kallad semistrukturering, är bra att använda sig av (a.a.).

För att informanten ska känna sig bekväm bör platsen för intervjun vara en plats där informanten känner sig hemma och där intervjun kan göras ostörd (Trost, 1997). Vi valde därför att göra intervjuerna på avdelningarna i ett ostört rum som valdes av informanterna. Det kändes samtidigt naturligt att utföra intervjuerna i en vårdmiljö, där informanterna var i den position som var adekvat för vårt arbete, eftersom vi i studien vill undersöka ett vårdvetenskapligt perspektiv.

Enligt Trost (1997) är det efter eget tycke att spela in intervjun eller inte. Nackdel kan vara att informanten känner sig obekvämt med att bli inspelad och att transkriberingen tar tid, men vi ansåg att fördelarna övervägde nackdelarna. En inspelad intervju underlättar både under och efter intervjun. Intervjuaren slipper anteckna och kan istället koncentrera sig fullt ut på det som sägs. Efteråt kan intervjun skrivas ned ordagrant och även lyssnas till upprepade gånger så att intervjuaren verkligen kan känna in stämningen och lyssna till ton, ordval och pauser (a.a.). Det bör tilläggas att om våra intervjuer hade varit längre skulle transkriberingen ha blivit alltför tidsödande.

Vi valde att inspireras av Graneheim och Lundman (2003) vid analysen vilket hjälpte oss att strukturera upp analyseringen och se vad som var relevant och hur vi fick fram det viktiga. För att inte influeras av varandras åsikter analyserade vi delvis intervjuerna var för sig, så att alla tankar kunde komma fram för att sedan gemensamt diskuteras samman till ett relevant resultat.

Det hade sina för- och nackdelar att kontakta informanterna och göra intervjuerna innan startseminariet. En fördel var att vi efter startseminariet direkt kunde börja arbeta med analys och resultat, samtidigt som en nackdel var att det vid startseminariet uppdagades att vi kunde ha haft mer vetskap om intervjustudier innan vi genomförde intervjuerna.

### **Resultatdiskussion**

Vårt resultat visar att kommunikationen med patienter med afasi ofta är försvårad och leder till problem då kommunikation är av stor betydelse i omvårdnaden för att sjuksköterskan och patienten ska kunna förmedla sig med varandra. Detta styrks i Almås (2004) som säger att kommunikation är en förutsättning för att kunna hitta lösningar på problem i omvårdnaden, såsom problem orsakade av kommunikationssvårigheter. Både vårt resultat och Sundin et al (2001) visar att om kommunikationen fungerar, fungerar omvårdnaden mycket lättare, och vice versa, det vill säga att om kommunikationen inte fungerar blir omvårdnaden lidande. Travelbee (1971) säger att vi alltid kommunicerar, både medvetet och omedvetet, men den icke-verbala kommunikationen är oftast inte tillräcklig. När kommunikationen brister resulterar det ofta i ett omedvetet vårdlidande. Wiklund (2003) beskriver vårdlidande som brist eller avsaknad av omvårdnad och vårt resultat visar att det är just detta som kommunikationssvårigheterna kan leda till, när patienten inte kan förmedla vilken omvårdnad hon/han vill ha. Här kommer anhöriga in som en viktig kommunikationskälla eftersom sjuksköterskorna i vårt resultat menade att de patienter som inte har anhöriga i större grad råkar ut för vårdlidande då de inte har någon som kan tala för dem. Vi tror att kvaliteten på omvårdnaden till stor del beror på hur mycket tid sjuksköterskan har för att få kommunikationen att fungera. Det här är något som vi själva har upplevt i arbetslivet och på praktikplatser under utbildningen, då vi inte alltid kunnat ge önskvärd omvårdnad på grund av tidsbrist.

Travelbee (1971) säger att varje människa är unik men att det finns både likheter och olikheter mellan människorna. Det här är något som framkommit i vårt resultat där sjuksköterskorna belyser vikten av att se vårdtagarna som individer och behandla dem med respekt och lika värde. Eftersom afasi inte ter sig på samma sätt hos alla patienter bör sjuksköterskan arbeta på olika sätt och anpassa sig efter patienternas individuella behov. I Sundin et al. (2000; 2001; 2002a), Sundin et al. (2002b) och Nordehn, Meredith & Bye (2006) styrks vårt resultat eftersom även deras studier har visat att det är grundläggande att visa patienterna respekt och behandla dem med lika värde.

För att kunna etablera och upprätthålla en betydelsefull relation med patienten är det viktigt att vid första mötet presentera sig, ha ögonkontakt och prata till och inte över huvudet på patienten. Det är en viktig faktor att se patienten i ögonen, inte bara för att öka kommunikationsmöjligheterna utan även respekten för varandra (Nordehn et al, 2006) och då är direkt kommunikation det bästa sättet (Dahlberg et al, 2003). Respekt är grundläggande för att skapa en mellanmänsklig relation, eller en människa-till-människa-relation som Travelbee (1971) kallar det. Travelbee säger vidare att sjuksköterskan måste kunna använda sig själv för att skapa en sådan relation och det framkommer i vårt resultat att sjuksköterskorna dagligen

använder sig själva för att nå fram till patienten. Detta genom gester, ansiktsuttryck och tal med olika ljudnivåer, något som också framkommer i Sundin et al. (2002b). Även patienterna använder sig av gester och minspel för att förmedla vad de vill och Dahlberg et al (2003) och Sundin et al. (2002a) säger att patientens kroppsspråk är en viktig kommunikationskälla för att sjuksköterskan ska kunna få information om patientens tillstånd och upplevelser.

Vårt resultat visar att patienter med afasi behöver lugn och ro både för att kunna koncentrera sig på att kommunicera och för att våga. Sundin et al. (2000; 2001; 2002a), Sundin et al. (2002b) och Nordehn et al (2006) betonar vikten av att avsätta ordentligt med tid för kommunikationen och att sjuksköterskan visar tålamod när patienten försöker kommunicera. För att underlätta kommunikationen framkommer det i resultatet att sjuksköterskan kan använda sig av korta meningar och ta ut det väsentliga i det som ska förmedlas, något som tas upp även i Sundin et al. (2002a) där det också föreslås att sjuksköterskan kan dela upp frågorna och ge enkla ja eller nej-alternativ. Det är aldrig lätt för sjuksköterskan att veta om hon har nått fram, men om det finns tid och lugn och ro kan det underlätta åtminstone lite, ett faktum som är genomgående i alla de studier vi beskrivit i bakgrundsdelens tidigare forskning. Vårt resultat säger att det krävs mycket utforskande, precis som Sundin et al. (2002a) beskriver det och att sjuksköterskan många gånger får gissa sig fram till vad patienten vill och sedan med fler frågor och gissningar kontrollera om det stämmer. När sjuksköterskan tillslut når fram till patienten beskrivs det i resultatet som en glädjekänsla, i samstämmighet med Sundin et al. (2001; 2002a). Flera av sjuksköterskorna uppgav att de inte använde sig så mycket av konkreta hjälpmedel och att de som fanns inte riktigt fyllde sin funktion, men vi tror att mer information och utbildning om hjälpmedlen skulle kunna underlätta omvårdnadsarbetet.

För att verkligen kunna förstå en patient menar Travelbee (1971) att sjuksköterskan måste ha funderat över vissa begrepp såsom sjukdom och lidande, det här återfinns i vårt resultat där sjuksköterskorna beskriver sina funderingar kring afasi. Flera av dem menar att det måste vara något av det svåraste en människa kan drabbas av. Denna tanke hänger väl ihop med Travelbees (1971) tankar om lidande, att en person måste bry sig om något för att kunna sakna det, och eftersom kommunikationen är något av det mest grundläggande vi har leder avsaknaden av talet till lidande och frustration. Sjuksköterskorna i resultatet uttryckte många tankar och känslor kring den frustration som vårdtagarna visar. De tyckte att det måste vara frustrerande att inte kunna föra sin talan och att inte nå ut till omgivningen. Travelbee (1971) beskriver det som att vara instängd i sig själv, vilket i kombination med att inte nå ut kan leda till lidande. Även Sundin et al. (2001) säger att patienter med afasi kan känna sig utlämnade och sårbara på grund av kommunikationssvårigheterna och detta kan också leda till förlorad självständighet och självsäkerhet.

Det måste vara väldigt påfrestande för sjuksköterskan att se patientens frustration och svårt att veta hur hon ska handskas med problemet. Att varken förstå eller göra sig förstådd kan leda till att sjuksköterskan känner sig otillräcklig i sitt arbete kanske så pass att hon vill ge upp. Då kan det vara skönt att ta hjälp av en kollega eller anhörig. Även om en rak och direkt kommunikation till patienten bör eftersträvas, visar resultatet att anhöriga i många fall är en bra och viktig kommunikationskälla. De kan ge den bakgrundsinformation som behövs för att förstå och få en bild av vem patienten är (Engström, 2005) och hjälpa sjuksköterskan att planera omvårdnadsarbetet (Travelbee, 1971).

Vi märkte att sjuksköterskorna som vi intervjuade ibland hade olika sätt att se på afasi och kommunikation med patienter med afasi, beroende på hur länge de hade arbetat inom området. Enligt oss var inte det ena sättet bättre än det andra utan de kompletterade varandra

väldigt bra vilket visar att det är viktigt att ta vara på både ny och gammal kunskap. Det hade därför varit intressant att i en studie jämföra sjuksköterskans arbetslivserfarenhet med synen på kommunikation med strokepatienter med afasi. I resultatet framkom det också att sjuksköterskorna inte tyckte att det fanns något riktigt bra hjälpmedel, men vi anser att det med dagens teknik borde vara möjligt att utveckla ett universalt hjälpmedel som på ett bättre sätt underlättar kommunikationen för både sjuksköterskan och patienten.

Valet av Travelbee som teoretisk referensram visade sig vara ett bra val eftersom hennes tankar om kommunikation och omvårdnad har stämt väl överens med vårt resultat. Hon säger att varje människa ska ses som unik och att den icke-verbala kommunikationen är lika viktig som den verbala och detta har stor betydelse för vårt arbete.

### **Slutsats**

I vårt resultat visar det sig att kommunikationssvårigheter kan leda till många problem och kan vara ett hinder för både sjuksköterska och patient. I omvårdnaden är det viktigt att etablera en relation och detta är något som försvåras vid avsaknaden av verbal kommunikation. Kommunikationssvårigheterna kan leda till vårdlidande, frustration och försvårad förståelse. Sjuksköterskorna framhäver att tidsbrist är en stor orsak till detta. Trots svårigheterna bör sjuksköterskorna behandla vårdtagarna som individer och visa dem respekt. Sjuksköterskorna i intervjun säger att kommunikationen ska ske direkt till patienten och inte över huvudet eller via anhöriga, men trots detta kan anhöriga vara en bra informationskälla för att få veta mer om patientens vardag. Vi tycker att det borde vara av stor fördel för både sjuksköterskor och patienter att lägga mer tid på utbildning inom afasi och kommunikation då det skulle kunna förebygga onödigt vårdlidande.

## REFERENSLITTERATUR

- Almås, H. (2002). *Klinisk Omvårdnad 2*. Stockholm: Liber.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Susserud, B-O., Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur,.
- Engström, B. (2005). *Omvårdnad vid Stroke*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Ellegård, A. & Ingvar H, D. (2007). Afasi. [Nationalencyklopedins hemsida]. Tillgänglig på: [http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=108758&i\\_word=afasi](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=108758&i_word=afasi) hämtat 070119
- Ericson, E., Ericson, T. (2002). *Medicinska Sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats*. Danmark: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24: 105-112.
- Helander, B., Sigurd, B., Rosengren, K E., Björn, L O., Ulfstrand, S. (2007). Kommunikation. [Nationalencyklopedins hemsida]. Tillgänglig på: [http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=228277&i\\_word=kommunikation](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=228277&i_word=kommunikation) hämtat 060517.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier*. Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, A. (1993). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Lind, M, (2005). Conversation – more than words. *International Journal of Applied Linguistics* 2005; 2 (15): 213-239.
- Nordehn, G., Meredith, A. & Bye, L. (2006). A preliminary investigation of barriers to achieving patient-centered communication with patients who have stroke-related communication disorders. *Stroke Rehabil* 2006; 13 (1): 68-77.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2004). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Ryen, A. (2004). *Kvalitativ intervju – från vetenskapsteori till fältstudier*. Malmö: Liber.
- SFS (2003:460) Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Spanó, L. (2006). *Livet efter stroke*. Stroke-Riksförbundet erfarenhet och fakta.

Sundin, K. & Jansson, L. (2002). 'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12: 107-116.

Sundin, K., Jansson, L., Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of clinical nursing* 2000; 9: 481-488.

Sundin, K., Jansson, L., Norberg, A. (2001). The meaning of skilled care providers' relationships with stroke and aphasia patients. *Qualitative Health Research* 2001; 11 (2): 308-321.

Sundin, K., Jansson, L., Norberg, A. (2002). Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiry* 2002; 9 (2): 93-103.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Åkerlund, M., Månsson, B. (2003). *Att inte kunna tala är inte detsamma som att inte ha något att säga*. Afasiförbundet i Sverige.

### **Bakgrundsfrågor**

Hur länge har du arbetat med afasipatienter?

Vad har du för utbildning/vidare utbildning inom afasiområdet?

### **Utgångsfrågor**

Vad ser du för svårigheter/möjligheter i ditt arbete och med kommunikationen med strokepatienter med afasi?

Hur gör du dig förstådd och hur vet du att patienten förstått det du sagt?

Hur förstår du patienten?

Vilka hjälpmedel använder du i kommunikationen?

Arbetar du på olika sätt beroende på vilken sorts afasi patienten har? I så fall hur?

Hur upplever du att kommunikationen och omvårdnad hänger ihop och anser du att omvårdnaden blir bristande på grund av kommunikationssvårigheterna? I så fall hur?

Hur ser du på Afasi som symtom?



Karlskrona 061129

Till dig som är sjuksköterska vid stroke-enhet på Blekingesjukhuset  
Förfrågan om att delta i en intervjustudie.

Vi är två sjuksköterskestudenter på Blekinge Tekniska Högskola som under våren 2007 ska skriva vårt examensarbete.

Vi ska göra en intervjustudie för att undersöka hur sjuksköterskor kommunicerar med afasipatienter och skulle gärna vilja intervjua 2-3 sjuksköterskor på vardera stroke-enhet i Karlskrona och Karlshamn.

Intervjuerna kommer om möjligt att göras under december 2006, en intervju beräknas ta ca 30 min och kommer att spelas in. Vi har gjort en provintervju med två kommunsjuksköterskor för att se om våra frågor var relevanta och passande för syftet.

Alla deltagare garanteras anonymitet i studien och vi kommer inte att nämna var i Sverige studien är gjord.

Studiens syfte är att belysa hur en sjuksköterska kommunicerar med personer med afasi på grund av stroke och vi vill också veta mer om vilka svårigheter och möjligheter som finns, hur stor roll verbal respektive icke-verbal kommunikation spelar vid en god omvårdnad, vilka hjälpmedel som används och lite om hur rehabiliteringen går till och det är dessa områden våra frågor berör.

Om ni ger ert tillstånd att medverka i studien vänligen skriv under bifogad blankett och returnera till:

Karin Carlman  
Annebov. 2A  
371 41 Karlskrona

Vår handledare:  
Inger Rasmussen, Universitetsadjunkt  
Sektionen för hälsa  
Bleking Tekniska Högskola  
371 79 Karlskrona  
0455-385429

Med vänlig hälsning  
Karin Carlman och Mimmi Lejon



Karlskrona 061129

**Till deltagare i intervjustudien**

Jag ger härmed mitt samtycke till att medverka i studien om "Hur sjuksköterskan kommunicerar med strokepatienter med afasi" och är införstådd i studiens syfte och hur all data kommer att behandlas:

---

Namn, ort och datum

---

Namnförtydligande