



Upplevelsen av kommunikation när en person diagnosticerats med afasi ur ett närståendeperspektiv

En litteraturstudie

The experience of communication when a person is diagnosed with
aphasia from a relative's perspective
A literature study

Malin Barrulf
Frida Jansson

Fakulteten för Hälsa, natur- och teknikvetenskap

Omvårdnad/Sjuksköterskeprogrammet

Grundnivå/15 HP

Handledare: Anders Sidenblad

Examinerande lärare: Anna Josse Eklund

2016-04-01

Sammanfattning

Titel:	Upplevelsen av kommunikation när en person diagnosticerats med afasi ur ett närståendeperspektiv The experience of communication when a person is diagnosed with aphasia from a relative's perspective
Fakultet:	Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskaper
Institution:	Institutionen för Hälsovetenskaper
Ämne:	Omvårdnad
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 HP, grundnivå
Författare:	Malin Barrulf & Frida Jansson
Handledare:	Anders Sidenblad
Examinerande lärare:	Anna Josse Eklund
Sidor:	24
Nyckelord:	stroke, afasi, närståendes upplevelse, kommunikation och omvårdnad.

Introduktion: Var sjätte person världen över drabbas av stroke någon gång under sin livstid. Av alla strokepatienter drabbas cirka 38% av någon form av språkdefekt, så kallad afasi. När en person får afasi drabbas även närstående såsom partners, barn, syskon, föräldrar och nära vänner.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att belysa närståendes upplevelse av kommunikation när en person diagnosticerats med afasi till följd av stroke.

Metod: Metoden som användes var en litteraturstudie. 10 vetenskapliga artiklar hämtades ur databaserna CINAHL och PubMed, som efter kvalitetsgranskning utgjorde grunden för resultatet i litteraturstudien.

Resultat: I resultatet framkom ett huvudtema: *Begränsningar*, och tre underteman: *Frustration*, *Skyddande beteende* och *Anpassning av kommunikation*. Närstående upplevde att kommunikationen begränsats sedan afasidiagnosen; något som manifesterades genom att närstående upplevde frustration, att de föll in i ett skyddande beteende samt en anpassning av kommunikationen.

Slutsats: Kommunikationen, och bristen av densamma, har fått konsekvenser på sättet närstående anpassar sin vardag till personen med afasi. Därför är det av största relevans att sjuksköterskan genom forskning på området, kan ge närstående de nycklar som krävs för att underlätta vardagen med en person med afasi.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Introduktion.....	4
Stroke	4
Afasi	4
Kommunikation.....	5
Närstående	5
Omvårdnad vid afasi	5
Problemformulering	6
Syfte	7
Metod.....	8
Litteratursökning	8
Inklusions- och exklusionskriterier	9
Tabell 1.....	9
Tabell 2.....	9
Tabell 3.....	10
Urval 1	10
Urval 2.....	10
Urval 3.....	10
Databearbetning.....	10
Forskningsetiska ställningstaganden	10
Resultat.....	12
Begränsningar.....	12
Frustration	12
Skyddande beteende	14
Anpassning av kommunikation	15
Diskussion	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion.....	19
Klinisk betydelse	20
Förslag till fortsatt forskning.....	20
Slutsats	20
Referenslista.....	21

Bilaga 1: Artikelmatris

Introduktion

Var sjätte person världen över drabbas av stroke någon gång under livstiden (Fucetola & Tabor Connor 2015). I Sverige insjuknar en person i stroke var 17:e minut (Strokeförbundet 2010). Av alla strokepatienter drabbas cirka 38 % av någon form av språkdefekt, så kallad afasi. Afasi medför ett stort handikapp då talet och språkförståelsen påverkar kommunikationsförmågan negativt (Kristensen et al. 2015). Närstående påverkas när en person diagnosticeras med afasi (Fucetola & Tabor Connor 2015) då kommunikationen mellan närstående och personen med afasi förändras och vardagskommunikationen blir en större utmaning än tidigare (Le Dorze et al. 2009). Sjuksköterskan har därför en viktig uppgift i att förmedla information och uppmuntran till såväl personen med afasi som närstående för att underlätta den vardagliga kommunikationen (Dark & Sander 2015).

Stroke

Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige efter hjärtinfarkt och cancer. Årligen insjuknar omkring 30 000 personer (förstagångsinsjuknande och återinsjuknanden) (Dark & Sander 2015). Inom den somatiska sjukvården har patienter som fått stroke flest vård dagar på sjukhus, något som kostar samhället dryga 18 miljarder kronor varje år (Strokeförbundet 2010). Stroke innebär att en syrebrist uppstår i hjärnan till följd av hjärninfarkt (85% av fallen) eller hjärnblödning (15% av fallen) (Socialstyrelsen 2009). Stroke kommer plötsligt och för att kunna ställa diagnosen stroke ska personen ha symtom som kvarstår över 24 timmar (Dark & Sander 2015).

Symtomen vid stroke kan variera från fysiska svagheter till medvetandepåverkan och död. Vanliga symtom som uppträder vid stroke är plötslig muskelsvaghet, domningar eller känselbortfall som vanligtvis uppkommer på ena sidan av kroppen. Oförmåga att kontrollera urin och/eller avföring, svårigheter att se på ena eller båda ögonen, förvirring, svårt för att uttrycka sig i tal eller att förstå tal, sväljsvårigheter och balansrubbingar är andra symtom som kan uppkomma (Eilertsen et al. 2010).

Faktorer som ökar risken att drabbas av stroke är hypertoni, hyperlipidemi, rökning, förmaksflimmer, ateroskleros, bukfetma, diabetes mellitus, psykosociala faktorer, alkoholintag samt frånvaro av sunda matvanor och fysisk aktivitet (O'Donnell et al. 2010). Ålder spelar också in vid insjuknandet i stroke. Risken att drabbas av stroke ökar med stigande ålder, varav 40% av alla stroke drabbas personer över 80 år (Diard et al. 2015). Medelåldern för insjuknandet skiljer mellan män och kvinnor. Männen snittålder vid insjuknandet ligger på 74 år. Kvinnor insjuknar i snitt cirka fem år senare än män, vilket leder till att den stroke som drabbas kvinnorna i många fall får ett sämre utfall än männens (Socialstyrelsen 2009).

Stroke kan medföra en skada på hjärnans språkcentra som är placerad i den vänstra hjärnhalvan. Vid skada i den vänstra hjärnhalvan drabbas både vänster- och högerhänta av språkdysfunktion. När hjärnans språkcentra tar skada till följd av stroke benämns det afasi (Code & Herrman 2003).

Afasi

Afasi är en förvärvad språkstörning som orsakas av en hjärnskada. Den vanligaste orsaken till att vuxna drabbas av afasi är stroke. Inneliggande patienter med afasi orsakad av stroke har längre inneliggandetid på sjukhus med jämförbara patientgrupper utan afasi. Patienter med afasi kräver även mer rehabiliteringsresurser och en längre rehabiliteringstid (Kristensen et al. 2015).

Det finns olika typer av afasi: motorisk-, sensorisk- och global afasi (Code & Herrmann 2003). Motorisk afasi medför problem i att uttrycka orden och talet är osammanhängande. Förväxling av ord är vanligt förekommande och personer med afasi blir lätt förlägna då de själva förstår sina språkbegränsningar. Därför väljer många att vara tysta i rädsla att uttrycka sig inkorrekt. Personer med motorisk afasi har mer insikt i sin språkdefekt till skillnad mot personer med sensorisk afasi. Sensorisk afasi innebär att talet flyter på som före afasidebuten, men innebörden av meningarna saknar betydelse. Personer som drabbats av sensorisk afasi kan vara en utmaning för familjemedlemmar och vårdgivare (Dark & Sander 2015). När personer drabbats av en kombination av motorisk- och sensorisk afasi benämns det global afasi (Code & Herrman 2003).

Kommunikation

Kommunikation är grunden för all form av interaktion vid möten människor emellan. Kommunikationens syfte är att överföra tankar och känslor mellan individer och kan förmedlas på olika sätt (Apt 2012). I stora drag kan kommunikation delas in i två huvudtyper: verbal- och ickeverbal kommunikation. Verbal kommunikation avser den språkliga kommunikationen som manifesteras genom tal och skrift. Exempel på ickeverbal kommunikation är kroppsrörelser, beröring, gester, kroppshållning, ögonkontakt och ansiktsuttryck (Finke et al. 2008).

Inom hälso- och sjukvården är kommunikation en grundpelare och i många fall avgörande för att kunna ge vård av god kvalitet. En god kommunikation inom vården ökar patientens delaktighet i sin sjukdom och behandling. Det är av vikt att vård ges med respekt och lyhördhet inför patientens önskemål och behov. Därför är dialogen mellan sjuksköterska, patient och närstående av betydelse för att kunna ge en god vård (Socialstyrelsen 2009). I ett vårdsammanhang har det visat sig att kommunikationen mellan sjuksköterska, patient och närstående kan påverka såväl inläggandetid som återhämtning för patienten (Finke et al. 2008). Brister i kommunikationen är en patientsäkerhetsrisk och det är grundläggande att kommunikationen individanpassas (Socialstyrelsen 2009). Vid bristande kommunikation kan frustration och oro uppstå och det är sjuksköterskans ansvar att minimera missförstånd och därmed främja hälsa och god vård (Finke et al. 2008).

Vid formulering av information ska hänsyn tas till varje individs förutsättningar och behov. Det innebär att informationen anpassas efter patientens förkunskaper, funktionsnedsättning, hälsotillstånd, kulturella bakgrund och språkliga förmåga. För att underlätta kommunikationen kan skriftlig och muntlig information kombineras. Dessutom bör informationen repeteras vid flertalet tillfällen. Patienten kan med fördel ha med en närstående samt sjuksköterska vid samtal med läkare. Då finns det fler personer som tagit in vad som sagts och sjuksköterskan kan ge stöd samt förtydliga informationen i ett senare skede (Socialstyrelsen 2009).

Närstående

En närstående är en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till. Detta betyder att personen varken behöver vara juridiskt- eller biologiskt knuten till sin närstående (Washington et al. 2013). Närstående avser i första hand make/maka, sambo, registrerad partner, föräldrar, barn, syskon, mor- och farföräldrar och bonusbarn. God man och en nära vän kan också räknas in i närstående-begreppet (Socialstyrelsen 2015).

Omvårdnad vid afasi

Omvårdnad avser omhändertagande av patient och är sjuksköterskans ansvar. Sjuksköterskan är ledare för omvårdnad och ansvarar för att vårdteamet samordnas och utför en personcentrerad omvårdnad (Berglund 2001). Personer som drabbats av afasi berörs på olika

sätt och det är som sjuksköterska därför viktigt att se varje person som unik (Code & Herrmann 2003).

Som sjuksköterska är det viktigt att ta sig tid till patienten och bemöta patienten med ett lugn (Morris et al. 2015). Det är av betydelse att sjuksköterskan är helt närvarande och inte distraheras av andra åtaganden i mötet med patient och dennes närstående (Paul & Sanders 2009). För att skapa en lugn samtalsmiljö stängs radio och tv av; dessutom stängs dörrar och fönster för att undvika buller (Grossbach et al. 2011). Om möjligt bör sjuksköterskan och personen med afasi kommunicera på tu man hand (Paul & Sanders 2009). Om en närstående medverkar i samtalet är det viktigt att se till att en i taget för talan. Hjärnskadorna gör att patienten blir trött snabbare då han/hon behöver koncentrera sig mer än vanligt (Apt 2012). Därför bör samtalen fördelas till flera korta samtal under dagen istället för ett långt (Paul & Sanders 2009). Uppmuntran och beröm ska ges vid försök till kommunikation. Sjuksköterskan ska belysa det patienten kan och berömma framsteg istället för att betona det han/hon inte klarar av (Arnesveen Bronken et al. 2012). Tempot i samtalen ska anpassas utefter personens förmåga och form av afasi (Blom Johansson 2012).

Om personen har svårt att förstå tal bör försiktighet iakttagas vid byte av samtalsämne. Korta pauser i samtalet och tydlighet i att samtalsämne byts är att förespråka (Apt 2012). Att peka på föremål som symboliserar samtalsämnet är att rekommendera för att underlätta för personer med bristande språkförståelse (Paul & Sanders 2009). Ett exempel är att peka eller röra vid tröjan då samtalet ska handla om kläder. För att förbättra koncentrationsförmågan och språkförståelsen ska sjuksköterskan hålla ögonkontakt med patienten (Morris et al. 2015), tala långsamt, kraftigt, tydligt och överdriva munrörelserna. Sjuksköterskan bör tala ett enkelt språk utan att tala barnspråk samt upprepa informationen med andra ord. Att använda gester parallellt med den språkliga kommunikationen underlättar språkförståelsen (Apt 2012).

Om den afasidrabbade patienten har svårigheter att tala är ja- och nejfrågor att rekommendera, för att inte förvirra patienten ställs en fråga i taget. Man ska börja med generella frågor och övergå till mer specifika frågor ju längre samtalet fortgår. Som regel är det kroppsrörelsen som svarar på frågan. Om patienten säger nej samtidigt som han/hon nickar betyder det oftast ja (Apt 2012). Om patienten har svårigheter att uttrycka rätt ord och försöker finna det utan resultat bör sjuksköterskan gissa på ord i samma samtalsområde (Carlsson et al. 2014). Ibland hittar inte patienten ordet han/hon söker efter. Då bör inte sjuksköterskan uppmana att försöka igen, utan istället ta en paus på 15-30 sekunder för att ge patienten tid att återfinna ordet eller tanken. Det är viktigt att inte kräva patienten på talet då han/hon kan fastna i en stereotypi, en form av automatiskt tal (Apt 2012). Å andra sidan är det viktigt att låta personen uttrycka sig i språkligt tal på egen hand utan att bli avbruten. Sjuksköterskan kan här visa sin delaktighet genom att bekräfta det personen säger genom att uttrycka ljud som "mm" och "aa" (Carlsson et al. 2014). Sjuksköterskan kan även vara alldeles tyst och därigenom ge personen både tid och möjlighet att kunna svara på egen hand. Då personen lättare kan koncentrera sig är sannolikheten större att mer innehållsrik information framkommer än om sjuksköterskan försöker dra ur personen ett svar (Sundin & Jansson 2002).

Det är av vikt att sjuksköterskan bedömer den enskilda patientens kommunikationsbehov och därefter anpassar den med lämpliga kommunikationsstrategier. Sjuksköterskan etablerar en målsättning genom att verkställa samt upprätthålla en vårdplan tillsammans med patienten, närstående och andra inom vårdteamet (Grossbach et al. 2011).

Problemformulering

Afasi är en språkdefekt som drabbar många människor världen över till följd av hjärnskada. När en person diagnosticeras med afasi förändras situationen för såväl personen själv som för

de närstående. Kommunikationen mellan personen med afasi och de närstående blir en utmaning att bemästra. Sjuksköterskan spelar en viktig roll i att underlätta för personen med afasi och de närståendes vardag genom att tillhandahålla verktyg i form av information och uppmuntran. Afsin tar sig olika uttryck från person till person och omvårdnaden bör därför individanpassas i största möjliga mån för att optimera rehabiliteringsprocessen. När en person diagnosticeras med afasi drabbas hela det sociala nätverket där närstående upplever stora förändringar i vardagen. Därför är det av vikt att belysa närståendes upplevelse av kommunikation då en person drabbats av afasi.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att belysa närståendes upplevelse av kommunikation när en person diagnosticerats med afasi till följd av stroke.

Metod

Den metod som användes var en litteraturstudie. En litteraturstudie betyder att tidigare publicerad forskning nyttjas för att undersöka ämnesområdet som valts. Materialet bearbetades och analyserades för att senare sammanställas i ett resultat. För utformande av litteraturstudien användes en niostegsmodell enligt Polit och Beck (2012). Modellen är noga översatt i figur 1.



Figur 1. Niostegsmodellen för en litteraturstudie (Polit & Beck 2012, sidan 96).

Litteratursökning

I **steg ett** formulerades syftet.

Steg två innebar att två relevanta databaser valdes ut: CINAHL och PubMed. Databasen CINAHL innehåller framförallt forskning med inriktning på omvårdnad medan PubMed innefattar medicinsk forskning (Forsberg & Wengström 2013). Sökorden som valdes var *aphasia*, *family*, *relatives*, *experience* och *communication*.

I **steg tre** inhämtades material enligt följande: I CINAHL söktes *aphasia*, *communication* och *family* ("Extended family" OR "Nuclear family") som headingstermer. *Experience* söktes i CINAHL som fritextord. Först gjordes en sökning på enskilda sökord. Därefter kombinerades sökorden med AND för att få fram artiklar relevanta för ämnesområdet. När *aphasia* och *family* kombinerades med AND förekom 125 träffar. *Aphasia*, *communication* och *experience* kombinerades även de med AND vilket gav 111 träffar, se tabell 1. I PubMed användes MeSH-termerna *family*, *relatives*, *communication* och *aphasia*. Först söktes MeSH-termerna var och en för sig. Därefter kombinerades sökorden *aphasia* och *family* med AND vilket resulterade i 111 träffar. Slutligen kopplades *aphasia*, *relatives* och *communication* ihop och gav utfallet 50 träffar, se tabell 2. En manuell sökning genomfördes utöver ovan nämnd metod där en artikel hittades, se tabell 3.

Inklusions- och exklusionskriterier

Artiklarna som söktes i databaserna var publicerade från år 1999-01-01 till 2016-02-04. För att artiklarna skulle kunna användas krävdes att de var peer-reviewed, vilket betyder att de genomgått en vetenskaplig granskning. Artiklarna som inkluderades i sökningarna var skrivna på svenska och engelska. Inklusionskriterierna var afasi, kommunikation och vuxna närståendes perspektiv. Såväl män som kvinnor som diagnosticerats med afasi efter stroke inkluderades. I närståendeperspektivet inkluderades partners, vuxna barn, syskon, föräldrar och nära vänner. Studier som innehöll alla typer av afasi och alla dess svårighetsgrader, oberoende av om den förbättrats över tid eller inte, inkluderades. Review artiklar, case-studies och artiklar som behandlar afasi som inte orsakats av stroke exkluderades.

Tabell 1

Databas	Sökning	Sökord	Träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
CINAHL	S1	MH (Major Headings) "Aphasia" (S1)	3 468			
	S2	MH "Family" (S2) (MH "Extended family" OR MH "Nuclear family")	115 777			
	S3	MH "Communication"	138 768			
	S4	"Experience"	114 135			
	S5	(S1) AND (S2)	125	42	7	6
	S6	(S1) AND (S3) AND (S4)	111	9 (3)*	1	1
	Summa:		236	51	8	7

Tabell 1: Databassökning CINAHL. () *Antal artiklar som är interna dubletter.

Tabell 2

Databas	Sökning	Sökord	Träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
PubMed	S1	Aphasia [MeSH]	10 331			
	S2	Family [MeSH]	255 642			
	S3	Relatives [MeSH]	255 826			
	S4	Communication [MeSH]	396 056			
	S5	(S1) AND (S2)	111	10 (5)**	2	2
	S6	(S1) AND (S3) AND (S4)	50	9 (4)*	0	0
	Summa:		161	19 (4)* (5)** = 10	2	2

Tabell 2: Databassökning PubMed. () *Antal artiklar som är interna dubletter, () **Antal artiklar som är externa dubletter.

Tabell 3

Manuell sökning	Urval 1	Urval 2	Urval 3
	1	1	1

Tabell 3: Manuell sökning.

Urval 1

I **steg fyra** granskades titel och sammanfattning i samtliga 398 artiklar. Totalt valdes 62 artiklar till urval 1. Kriterier för att inkluderas i urval 1 var att titel och sammanfattning svarade på litteraturstudiens syfte. I CINAHL valdes 51 artiklar och i PubMed valdes 10 artiklar efter att externa dubletter exkluderades. En artikel tillkom efter manuell sökning.

Urval 2

I urval 2 granskades och sammanställdes de 62 artiklarna i sin helhet enligt **steg fem** och **sex** i niostegsmodellen. Artiklarna exkluderades av olika anledningar där vissa artiklar inte hade fokus på afasi efter stroke; infallsvinkeln i andra artiklar inriktades på personen med afasi eller hade ett vårdpersonalsperspektiv. De artiklar där begreppet kommunikation inte tydligt framkom, föll också bort i urvalet. Sammanlagt valdes 51 artiklar bort. Slutligen valdes 11 artiklar, åtta från CINAHL, två från PubMed och en från manuell sökning, vidare till nästa urval.

Urval 3

I urval 3 granskades de 11 artiklarna enligt **steg sju**. Granskning av materialet genomfördes med hjälp av granskningsmallarna ”*Guide to an overall critique of a qualitative research report*” för kvalitativ metod och ”*Guide to an overall critique of a quantitative research report*” för kvantitativ metod (Polit & Beck 2012). En artikel föll bort på grund av att den inte höll vetenskaplig kvalitet enligt ”*Guide to an overall critique of a qualitative research report*”. Artikeln hade inte godkänts av en etisk kommitté och uppgifter om skyddande av deltagare var otydliga. Dessutom grundade sig artikeln enbart på en deltagare.

Databearbetning

Efter granskning av materialet behölls 10 artiklar. Av dessa var åtta kvalitativa, en kvantitativ och en artikel hade såväl kvalitativt- som kvantitativt innehåll. Utifrån de valda artiklarna genomfördes **steg åtta** (Polit & Beck 2012). Materialet bearbetades genom grundlig genomläsning av samtliga artiklar. Resultatet med fokus på kommunikation översattes till svenska och dokumenterades i ett nytt dokument som skrevs ut efter sammanställning. För att få en så korrekt bild av närståendes upplevelser som möjligt översattes inte citat. Därefter plockades citat och vanligt förekommande begrepp ut. Begrepp och meningar markerades med olika färger vilket gav en större överblick av begreppen i dokumentet. Sedan räknades begreppen ihop för att få en bild om vilka begrepp som var mest förekommande. De mest förekommande begreppen kom att lyftas till tre olika underteman, vilka grundades ur ett huvudtema. Huvudtemat namngavs sist i processen då samband sågs mellan undertemana, där allt kunde kopplas till huvudtemat. De teman som framkom ur bearbetat material sammanställdes till ett resultat enligt **steg nio** (Polit & Beck 2012).

Forskningsetiska ställningstaganden

Ett etiskt förhållningssätt genomsyrar litteraturstudiens val av artiklar. Samtliga artiklar som valdes för att utgöra studiens resultat har godkänts av en etisk kommitté eller tydligt visat att hänsyn tagits till studiernas deltagare. Inom forskningsetiken sätts deltagarnas rättigheter i fokus och deras integritet skyddas; ingen information de lämnar ut för att främja forskningen får användas emot dem (Forsberg & Wengström 2013). Artikelförfattarna har undvikit plagiat genom att inte stjäla data från en annan publicerad forskning utan att ange dess källa

(Vetenskapsrådet 2011). Egna tankar och värderingar åsidosattes för att undvika att förvränga resultatet av artiklarna. Resultaten som framkom ur artiklarna som studerades har inte felaktigt återgivits i litteraturstudien. Artiklarna som studerades översattes till svenska med hjälp av lexikon och förkunskaper i det engelska språket.

Resultat

Sammanställningen av resultatet ur de valda artiklarna grundade sig på litteraturstudiens syfte: att belysa närståendes upplevelse av kommunikation när en person diagnosticerats med afasi till följd av stroke. Resultatet baseras på en analys av 10 vetenskapliga artiklar. Av de 10 artiklarna var åtta av kvalitativ design och en av kvantitativ design; en av artiklarna hade använt sig av såväl kvalitativa som kvantitativa metoder för insamling av data. Efter analys av studiernas resultat framkom ett huvudtema: *Begränsningar*, och tre underteman: *Frustration*, *Skyddande beteende* och *Anpassning av kommunikation* (se figur 2, nedan).



Figur 2: Resultatteman.

Begränsningar

Kommunikationsbegränsningar sågs som ett problem där närstående upplevde att kommunikationen begränsats sedan afasidiagnosen (Bakas et al. 2006; Grawburg et al. 2013; McLellan et al. 2014). Kommunikationsbegränsningar har i analysen identifierats som en upplevelse av frustration (Paul & Sanders 2009; Brown et al. 2011; Blom Johansson et al. 2012; Howe et al. 2012; Grawburg et al. 2013), en upplevelse av skyddande beteende (Hallé et al. 2011) samt en upplevelse av anpassning av kommunikation (Paul & Sanders 2009; Hallé et al. 2011; Blom Johansson et al. 2012; Grawburg et al. 2013; McLellan et al. 2014).

Kommunikationsbegränsningar mellan närstående och personen med afasi beskrevs svåra att leva med (Bakas et al. 2006; Grawburg et al. 2013; McLellan et al. 2014). Svårigheterna grundades bland annat i oförmågan att tala, oförmågan att förstå tal (Bakas et al. 2006; Grawburg et al. 2013) samt oförmågan att påbörja och föra en konversation (Bakas et al. 2006), något som uttrycktes av en närstående: "To be quite honest with you, everything is difficult to communicate with my Mom right now." (Paul & Sanders 2010, s. 1100-1101). Närstående upplevde det svårt att kommunicera med personen med afasi på grund av att de inte förstod varandra (Paul & Sanders 2010; Hallé et al. 2011).

Frustration

Kommunikationsbegränsningar visades leda till frustration (Paul & Sanders 2009; Paul & Sanders 2010; Brown et al. 2011; Hallé et al. 2011; Blom Johansson et al. 2012; Howe et al.

2012; Grawburg et al. 2013; McLellan et al. 2014). Närstående upplevde frustration över att inte förstå personen med afasi (Paul & Sanders 2010; Howe et al. 2012; Grawburg et al. 2013; McLellan et al. 2014) och anklagade sig själva då de inte fick klarhet i vad personen med afasi försökte uttrycka (Hallé et al. 2011; McLellan et al. 2014), vilket beskrevs enligt följande: "She knows what she wants but it's us that we don't know. And it takes us a long time sometimes to get it." (McLellan et al. 2014, s. 465).

Frustrationen över att inte förstå ledde till att närstående upplevde att förhållandet till personen med afasi komplicerades (Hallé et al. 2011; Howe et al. 2012) och att missförstånd (Hallé et al. 2011) samt irritation uppstod (Grawburg et al. 2013). Att gissa vad personen med afasi försökte formulera var vanligt bland närstående (Paul & Sanders 2009; Paul & Sanders 2010; Grawburg et al. 2013), något som gjorde att frustration uppstod bland såväl närstående som personen med afasi (Paul & Sanders 2010) vilket en närstående skildrade i följande citat: "I get a bit frustrated with her when she gets stuck and she can't find the word and then we get into a guessing game" (Grawburg et al. 2013, s. 838). Konversationerna hade således förändrats och det gick inte att föra en diskussion på samma sätt som tidigare (Brown et al. 2011; Blom Johansson 2012; Grawburg et al. 2013). Tidvis var det svårt att veta hur mycket personen med afasi förstod i diskussionssammanhang, något som upplevdes frustrerande för närstående (Paul & Sanders 2010; Brown et al. 2011) och manifesterades enligt följande: "Even now, you think he 100% understood what you said, and two minutes later, you know he didn't understand." (Paul & Sanders 2010, s. 1101). En annan närstående uttryckte sin frustration enligt nedanstående citat:

We go through a thousand questions to see what it is she wants. And I think sometimes Mom will just give in to something that I say. Just, that's the sense I get anyway. Because she realizes I'm not heading in the right direction for what she's trying to communicate to me. That's become very frustrating to me. (Paul & Sanders 2010, s. 1100)

Närstående uttryckte ett stort behov av att kommunicera mer med personen med afasi (Brown et al. 2011); samtidigt var alla försök till att prata med personen med afasi energikrävande och lusten att gå ut och träffa andra människor var minimal. Närstående upplevde att de ställdes i kommunikationssammanhang de helst velat undvika, vilket ledde till frustration över att de tvingades involvera sig i samtal de annars aldrig behövt ha (McLellan et al. 2014).

Närstående uttryckte en frustration över att behöva förklara afasin för utomstående (Paul & Sanders 2009; McLellan et al. 2014). Närstående yttrade också en önskan om att utomstående skulle visa lite mer förståelse och tålmodighet för att personen med afasi hade problem med att kommunicera (Paul & Sanders 2009). Många närstående lade också vikt vid att påminna utomstående om att personen med afasi fortfarande var samma människa, med skillnaden att kommunikationsförmågan förändrats (Brown et al. 2011; Grawburg et al. 2013) vilket en närstående uttryckte: "I often say, she's not deaf and she's not stupid, she just has difficulty talking." (Grawburg et al. 2013, s. 841).

Frustration kopplades också samman till förlust (McLellan et al. 2014) där djupa och meningsfulla konversationer gått förlorade (Blom Johansson 2012; Grawburg et al. 2013). Närstående upplevde att de förenklat kommunikationen med personen med afasi för att underlätta förståelsen, något som ledde till att konversationerna ansågs mindre meningsfulla (Grawburg et al. 2013) vilket beskrevs av en närstående: "you can't... have deep and meaningful conversations" (Grawburg et al. 2013, s. 838). Närstående upplevde brist på kunskap (Paul & Sanders 2010) där yngre närstående upplevde en stor förlust då personen med afasi inte var kapabel att föra vidare sina kunskaper och vara det känslomässiga stöd de

tidigare varit (McLellan et al. 2014). Svordomar var mer vanligt förekommande efter afasidebuten, något närstående upplevde som jobbigt (McLellan et al. 2014). Den begränsade kommunikationen medförde att närstående och personen med afasi inte kom överens såsom tidigare. Hemligheter undanhölls (Grawburg et al. 2013) och närstående upplevde ensamhet (Grawburg et al. 2013; McLellan et al. 2014), ledsamhet, ångest, förlägenhet samt skuld känslor (McLellan et al. 2014). Närstående upplevde en frustration till följd av mindre närhet med sin närstående med afasi (Grawburg et al. 2013) och att de inte hade någon att prata med (Howe et al. 2012; Grawburg et al. 2013).

Skyddande beteende

Kommunikationsbegränsningar ledde till att närstående tog mer ansvar i att ta kontakt med människor i deras omgivning (Blom Johansson 2012; Grawburg et al. 2013; McLellan et al. 2014) och tog ett större ansvar i att ta gemensamma beslut. Det som låg till grund för det större ansvarstagandet var oförmågan hos personen med afasi att föra samtal i sociala sammanhang. Såvida inte närstående observerade att personen med afasi inte var kapabel att tala, fick personen med afasi framföra egna svåra beslut (Grawburg et al. 2013). Ansvarstagandet som vuxit hos närstående accepterades till följd av att situationen förändrats (McLellan et al. 2014). Närstående tog initiativ till att påbörja konversationer med personen med afasi och pratade mycket under tiden de var tillsammans (Blom Johansson 2012). Anledningen till att närstående talade mer frekvent var en önskan om att språket skulle förbättras hos personen med afasi (Hallé et al. 2011).

Tala-för-beteendet var vanligt förekommande då personen med afasi hade svårigheter att med egna ord förmedla sitt budskap (Le Dorze & Signori 2010; Hallé et al. 2011; Grawburg et al. 2013; McLellan et al. 2014) och berättades av en närstående enligt följande: "She could barely express herself. She was at her worst. And I remember at a certain point the psychiatrist asked, 'can she say it?'" (Hallé et al. 2011, s. 553). I sociala sammanhang upplevde närstående att de erhöll en annan roll, på grund av att de fick förmedla information från personen med afasi som de aldrig tidigare behövt. Den största skillnaden i rollförändringar kände framförallt partners till personer med afasi (McLellan et al. 2014). Närstående försökte i den mån de kunde översätta det personen med afasi sade till utomstående (Howe et al. 2012; Grawburg et al. 2013) såsom vänner, övrig familj, läkare, säljare, lärare och advokater. Närstående ringde även samtal åt personen med afasi (Grawburg et al. 2013) och svarade på inkommande samtal (Hallé et al. 2011).

Undvikande av konversationer var ett vanligt beteende och ett resultat av att närstående inte visste vad de skulle säga till personen med afasi (Paul & Sanders 2010; Blom Johansson 2012; McLellan et al. 2014). Närstående eftersträvade att undvika samtalsämnen som stressade och upprörde personen med afasi. Exempel på samtalsämnen som undveks var bland annat hälsa-och återhämtning samt relationskonflikter (Hallé et al. 2011). Närstående försökte hålla sig undan situationer som krävde kommunikation med andra i omgivningen när de var tillsammans med personen med afasi för att inte sätta personen med afasi i en krävande situation kommunikationsmässigt (Paul & Sanders 2010).

Närstående planerade sina liv annorlunda kring personen med afasi eftersom personen med afasi inte var kapabel till att ha ett självständigt socialt liv (Hallé et al. 2011) vilket beskrevs som: "I have to recreate, in spite of it all, a social life for Mom because, otherwise, I think that if I left it up to her, she'd just be in her own world." (Hallé et al. 2011, s. 555). Ett totalt undvikande fanns gällande att lämna personen med afasi ensam; närstående ville finnas tillgängliga ifall något akut skulle hända, men även finnas inom räckhåll om personen med afasi hade något de ville prata om (Hallé et al. 2011).

Anpassning av kommunikation

Kommunikationsbegränsningar mellan personen med afasi och närstående ledde till att närstående upplevde att de förändrat sitt sätt att kommunicera (Paul & Sanders 2009; Brown et al. 2011; Hallé et al. 2011; Blom Johansson et al. 2012; Grawburg et al. 2013; McLellan et al. 2014), något som beskrevs av en närstående: "I think having the aphasia has meant that we've had to... find perhaps new ways of... communicating" (Grawburg et al 2013, s. 838). Närstående tillbringade mer tid tillsammans med personen med afasi än de tidigare gjort (Grawburg et al. 2013; McLellan et al. 2014) och genom att anpassa kommunikationen tvingades de att bli mer närvarande i samtalet (Paul & Sanders 2009; Blom Johansson et al. 2012; McLellan et al. 2014) vilket skildrades av en närstående enligt citatet: "I'm always busy and doing whatever but having to sort of sit down and stop and look face to face... and just to talk and spending the time." (McLellan et al. 2014, s. 465).

Anpassandet av kommunikationen sågs i flertalet fall som positiv (Grawburg et al. 2013; McLellan et al. 2014) då nya samtalsämnen dök upp (Blom Johansson et al. 2012; Grawburg et al. 2013). Närstående och personen med afasi talade mer öppet och mer frekvent om sjukdom och hälsa, något som ledde till att närstående kände en ökad trygghet (Grawburg et al. 2013). Andra positiva aspekter med anpassningen av kommunikationen inkluderade att personen med afasi och närstående skrattade oftare (Grawburg et al. 2013) samt att större vikt lades vid humor i samtalet och beskrevs enligt följande: "To get through aphasia positively you need a very good sense of humor because you got to laugh at the silly things that happen, and try not to focus too much on the bad side of things." (Brown et al. 2011, s. 543). Närstående var ett stöd när personen med afasi kommunicerade med andra människor (Blom Johansson 2012; Grawburg et al. 2013; McLellan et al. 2014) genom att bland annat se till att en röd tråd hölls i samtalet. Närstående försökte även att engagera personen med afasi i samtalet vid tillfällen då samtalet involverade fler personer (McLellan et al. 2014).

För att underlätta kommunikationen belyste närstående att de implementerat vissa strategier (Paul & Sanders 2009; Le Dorze & Signori 2010; Brown et al. 2011; Hallé et al. 2011; Blom Johansson et al. 2012; Grawburg et al. 2013; Howe et al. 2012; McLellan et al. 2014). Samtalen hade saktats ned (Paul & Sanders 2009; Blom Johansson et al. 2012; McLellan et al. 2014), förkortats (Paul & Sanders 2009) och förenklats (Paul & Sanders 2009; Blom Johansson et al. 2012; Grawburg et al. 2013). Närstående försökte fokusera samtalsämnen på sådant de trodde att personen med afasi ville prata om (Howe et al. 2012; McLellan et al. 2014). Tålmodighet sågs som en viktig komponent i att underlätta kommunikationen, där personen med afasi gavs tid att ta in information (Paul & Sanders 2009; McLellan et al. 2014) och för att ges en chans att formulera sig (Grawburg et al. 2013; McLellan et al. 2014) vilket påtalades av en närstående: "It's just having a lot of patience... and not rushing her either 'cos it takes time for her to think... and put her memory into her voice." (McLellan et al. 2014, s. 465). En annan närstående beskrev anpassning av kommunikation enligt följande citat:

Everyone sometimes got annoyed because they would try and have a conversation but it would be too hard [for the person with aphasia]. So instead we had to do it really short with simple words. And you always had to talk directly to him. And very loudly... and then you had to be quiet for awhile while he got his words together. (Grawburg et al. 2013, s. 839)

Användning av icke-verbal kommunikation bidrog till att kommunikationen effektiviserades (Paul & Sanders 2009; Hallé et al. 2011; Blom Johansson et al. 2012). Då icke-verbal kommunikation kombinerades med verbal kommunikation gavs ledtrådar till vad som skulle förmedlas personerna emellan vilket ökade förståelsen (Hallé et al. 2011). Kommunikationen

förenklades genom ansiktsuttryck, gester (Paul & Sanders 2009; Blom Johansson et al. 2012), att peka på föremål samt att använda sig av bilder och kartor. Gester användes separat eller i kombination med språkligt tal och underlättade byte av samtalsämne. Närstående upplevde också att gester förbättrade kommunikationen mellan personen med afasi och utomstående personer (Paul & Sanders 2009). En närstående uttryckte sig enligt följande:

So, I guess how it [aphasia] changed the way we communicate. You know, it's completely different right now. Just verbally, it's sometimes hard to get the point across. But if you use visual cues, visual cues also. It seems to help things out a lot. (Paul & Sanders 2009, s. 166)

Skrivna budskap användes som ett komplement till verbal kommunikation. Personen med afasi skrev ned det han/hon försökte uttrycka för att öka förståelsen. På samma sätt kunde närstående komplettera den verbala kommunikationen med skriven kommunikation vilket ökade tydligheten i det som förmedlades (Paul & Sanders 2009), vilket berättades av en närstående: "You know, depending on what the problem would be, like with my Dad, writing things down. Or having him try to write it down. And seeing if, you know, he could get it out that way." (Paul & Sanders 2009, s. 167). För att öka självständigheten hos individen med afasi skrev närstående ned information så som vilken dag det var och hur schemat för dagen såg ut. Att ha koll på rutiner hjälpte närstående att komma in på rätt ämne i samtalet med personen med afasi (Paul & Sanders 2009). Att ställa frågor var en vanlig strategi som användes av närstående (Paul & Sanders 2009; Le Dorze & Signori 2010; Brown et al. 2011; Hallé et al. 2011); i synnerhet ja- och nejfrågor (Le Dorze & Signori 2010), vilket beskrevs av en närstående: "I'll question. And I'll ask. If he looks troubled, I'll say, 'what is it?' and he'll get out a few words. And I'll ask him a few questions about it, and we'll see if we can communicate that way." (Paul & Sanders 2009, s. 168). Repetition av ord och meningar samt att återkoppla vad som tidigare sagts var en del av anpassningen i kommunikationen (Paul & Sanders 2009; Blom Johansson et al. 2012).

Diskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa närståendes upplevelse av kommunikation när en person diagnosticerats med afasi till följd av stroke. I resultatet framkom att upplevelsen av kommunikation varierade mellan de närstående som deltog i studien. Såväl positiva- som negativa upplevelser av kommunikation skildrades.

Resultatdiskussion

Resultatet av litteraturstudien stöds av tidigare studiers resultat inom området närståendes upplevelse av kommunikationen vid en strokerelaterad afasi. Hur närstående upplevde kommunikationen visade sig vara ytterst individuell. Varje dag möter sjuksköterskan patienter med afasi och deras närstående. Förändringen som skett i patient-och närståendekonstellationen gällande kommunikation kräver sjuksköterskans uppmärksamhet och information. Enligt Sjöqvist Nätterlund (2010) är lyhörddhet inför närståendes behov centralt i mötet.

Närstående beskrev hur kommunikationen förändrats mellan närstående och personen med afasi efter afasidebuten. Till följd av språkförståelsebrist och brist på förmåga att kommunicera förlorades sättet att diskutera på och risk för missförstånd ökade. I en annan studie på området av Le Dorze et al. (2009) beskrevs att bristen på konversationer med personen med afasi var smärtsam (Le Dorze et al. 2009). Avsaknaden av diskussioner var enligt närstående påtaglig och närståendes vilja att kommunicera kunde inte ersättas genom samtal med utomstående, då närstående inte kände att de hade energin som krävdes. Liknande resultat beskrevs även av Hallé et al. (2014) där närstående menade att deras ökade ansvar gjort att de fått en lägre energinivå (Hallé et al. 2014). I föreliggande litteraturstudie belyste närstående att de ville lägga all energi och tid på att förbättra kommunikationen med personen med afasi. Något som bekräftas i studien av Hallé et al. (2014) där närstående heller inte visste hur de skulle kunna göra kommunikationen så effektiv som möjligt med personen med afasi, då de redan ansåg att personen med afasi lade ned mycket energi på kommunikationen som det var (Hallé et al. 2014).

I föreliggande litteraturstudies resultat framkom närståendes upplevelser av frustration i samband med kommunikationssvårigheter med personen med afasi samt utomstående. Närståendes upplevelser av frustration styrks i studier av Sundin och Jansson (2003), Le Dorze et al. (2009) och Beckley et al. (2013). Närstående skildrar en frustration över att inte omedelbart bli förstådda av personen med afasi (Beckley et al. 2013) samt att tidigare enkla konversationer uteblivit (Le Dorze et al. 2009). Dessutom kunde personen med afasi upplevas negativt påverkad då vårdpersonal visade brist på tålmodighet (Sundin & Jansson 2003). Frustration uttrycktes genom ledsamhet, förlust och brist på kunskap där yngre närstående upplever ett förlorat känslomässigt stöd. I studien av Le Dorze et al. (2009) styrks att ledsamhet var vanligt förekommande, där en oro fanns för att kommunikationen aldrig skulle bli vad den en gång var (Le Dorze et al. 2009).

Närstående upplevde att de tog ett större ansvar för kommunikationen med såväl personen med afasi som utomstående. Något som bekräftas i en studie av Hallé et al. (2014) där närstående i vissa fall av utomstående ansågs som överbeskyddande av personen med afasi (Hallé et al. 2014). Närstående talade ofta för personen med afasi på grund av rädsla att fel information skulle framgå. Något som får medhåll av en studie av Burns et al. (2015) där närstående tog på sig ansvaret i att fylla i meningar för att rätt information skulle framkomma i samtal med läkare (Burns et al. 2015). Närstående såg en oförmåga att kommunicera hos personen med afasi; det gjorde att de ville skydda personen i sociala situationer och därför talade för personen med afasi, något som bekräftas i en studie av Gillespie et al. (2010). I

samma studie ansåg närstående att skyddandet av personen med afasi i sociala situationer var ett korrekt beteende då situationen förändrats och personen med afasi inte hade samma förutsättningar i kommunikativa situationer som tidigare. Sammanfattningsvis betraktades att bli talad för som en förlust av autonomi av personen med afasi. Närstående beskrev även att de pratade för personen med afasi men att båda parter helst ville undvika detta. Båda parter menade samtidigt att kommunikationsstödet var nödvändigt i sociala situationer, i synnerhet när de träffade nya människor där närstående var oroliga att personen med afasi skulle ses som udda eller dum. Den begränsade kommunikationsförmågan gjorde det oundvikligt för närstående att inbryta och därmed tala för personen med afasi i sammanhang då informationen kunde feltolkas (Gillespie et al. 2010). Tala-för-beteendet styrks vidare i studien av Burns et al. (2015) där en make till en person med afasi beskrev hur han blivit hennes röst utåt. Situationen hade naturligt förändrats där maken sedermera förde hennes talan. Maken var den ende som visste vad hon tyckte om och vad hon inte tyckte om då hon inte kunde förmedla sig till varken honom eller andra utomstående (Burns et al. 2015).

Resultatet visade att skyddande beteende innefattade att involvera personen med afasi i samtal med utomstående, där närstående underlättade att en röd tråd upprätthölls. Detta styrks i studien från Burns et al. (2015) där närstående även upplevde att utomstående riktade konversationen deras väg istället för att på ett respektfullt sätt tala till personen med afasi (Burns et al. 2015). Då personen med afasi inte sågs som en självständig människa valde närstående att anpassa sina liv genom att bli mer tillgängliga. Vissa närstående upplevde att de inte ville lämna personen med afasi ensamma överhuvudtaget. Enligt Le Dorze et al. (2009) och Burns et al. (2015) anpassade närstående sina liv till personen med afasi genom att vara fysiskt närvarande i rummet, ifall att personen med afasi skulle behöva stöd. Enligt Burns et al. (2015) sågs närstående som en skyddare av att meddelandet skulle framkomma från personen med afasi till exempelvis en läkare (Burns et al. 2015). I en studie av Nyström (2009) framkom att personer med afasi upplevdes mer kompetenta då vårdpersonal talade direkt till dem istället för att vända sig till närstående; det fick personen med afasi att känna att de var samma person som innan afasin (Nyström 2009).

Närstående beskrev att olika strategier för att underlätta kommunikationen hade tillämpats, exempelvis: att tala långsammare, att förenkla samt förkorta samtal, att skriva dagsschema, att ha koll på rutiner, att repetera ord och meningar, att återkoppla vad som sagts, att använda icke-verbal kommunikation och att ställa specifika frågor. Dessa strategier styrks i studier av Le Dorze et al. (2009), Arnesveen Bronken et al. (2012) samt Burns et al. (2015). Att tala långsammare samt förenklade av samtal beskrevs i studien av Burns et al. (2015) där närstående uppmanade läkare att tala långsammare och att använda ett enklare språk då de såg att personen med afasi hade svårt att förstå. I studien av Le Dorze et al. (2009) betonades strategin att ställa specifika frågor för att därmed lättare förmedla vilket ämne det handlade om. I en studie av Arnesveen Bronken et al. (2012) utforskades på vilket sätt sjuksköterskan och en person med afasi bäst kommunicerade med varandra. Sjuksköterskan effektiviserade kommunikationen genom gester, gissningar, uppmuntrande samt att tala långsamt. Det som sjuksköterskan fokuserade mest på var att agera och kommunicera på ett sätt som gjorde att personen med afasi kände sig både sedd och hörd som en fullt kompetent vuxen person (Arnesveen Bronken et al. 2012). Användning av gester styrks även i studien av Grossbach et al. (2011) som påvisade att användandet av gester var mycket brukbart för patienter som var kopplade till respirator och var oförmögna till att kommunicera verbalt (Grossbach et al. 2011). Icke-verbal kommunikation underlättade samtal med utomstående. I en studie av Murphy (2006) stöds användning av bilder och skriven information i kombination med tal, något som också var brukligt vid läkarsamtal som involverade en patient med kommunikationssvårigheter (Murphy 2006). I föreliggande litteraturstudies resultat framkom

vikten av att känna till rutiner hos personen med afasi vilket styrks i en studie av Marshall (2002). Där beskrevs hur både grannar och vänner lärde sig kommunicera med en person med afasi med hjälp av att känna till hans intressen och behov (Marshall 2002).

Metoddiskussion

Litteraturstudiens metod utfördes med stöd och hjälp av en niostegsmodell enligt Polit och Beck (2012). Modellen gav arbetet en tydlig struktur och upplevdes enkel att följa. Databaser som användes var CINAHL och PubMed. Databaserna täcker artiklar med inriktning på omvårdnad och medicin, något som ses som en styrka då de är relevanta till att svara på studiens syfte. Artiklar söktes med ett femårsintervall som utökades till dess att artiklar 15 år tillbaka i tiden söktes. Därefter söktes artiklar ytterligare två år tillbaka i tiden för att få en bra grund av artiklar som genom titel och abstrakt var relevanta till föreliggande litteraturstudies syfte. De senast publicerade artiklarna söktes först, för att sedan utökas till dess att tillräckligt många relevanta artiklar identifierats till urval 1. Utfallet blev därför artiklar daterade och publicerade mellan 1999-01-01 och 2016-02-04. Artiklarna som användes i litteraturstudiens resultat har publicerats de senaste 10 åren. Enstaka begrepp söktes vilket gav ett oöverskådligt antal artiklar kopplat till området; därför kombinerades sökorden, för att behålla relevansen samtidigt som antalet artiklar reducerades. Sökorden som användes i CINAHL kontra PubMed skilde sig åt. I CINAHL söktes *aphasia*, *communication* och *family* ("Extended family" OR "Nuclear family") som headingstermer. Utöver det söktes *experience* som fritextord. Begreppet *närstående* översattes till next-of-kin, ett begrepp som i CINAHL låg under begreppet "extended family". I PubMed söktes *family*, *relatives*, *communication* och *aphasia* som MeSH-termer. Inte heller PubMed visade några resultat på sökning av next-of-kin och där föll närstående-begreppet in under sökningarna *family* och *relatives*. Genom sökning av ovanstående sökord återfanns ett tillräckligt antal artiklar som svarade på litteraturstudiens syfte. Därför ansågs sökorden väl tillämpade i den föreliggande studien. Sökning av begreppet *experience* i kombination med andra sökord gav inga träffar i PubMed, vilket gjorde att det exkluderades.

Artiklarna som användes i litteraturstudiens resultat var bearbetade utifrån såväl kvalitativ som kvantitativ metod, där kvalitativa studier var dominerande i antal. Kvalitativ metod syftar till att ge en djupare förståelse av upplevelser, något som var relevant till litteraturstudiens syfte. De kvantitativa metoder som användes i två av artiklarna gav stöd till kvalitativa resultat samt gav en större insikt i flertalet av närståendes upplevelser (Forsberg & Wengström 2013). Till urval tre granskades 11 artiklar med Polit och Becks (2012) granskningsmallar. En artikel föll bort efter kvalitetsgranskning, vilket visade på att författarna hade användning av granskningsmallarna. Anledningen till bortfallet var att säkerställa att föreliggande litteraturstudie skulle genomsyras av en etisk korrekhet och därmed upprätthålla en hög kvalitet.

Artiklarna som inkluderades i studien var på svenska och engelska. En svaghet kan ses i att artiklar relevanta för studiens syfte kan ha fallit bort till följd av språkbegränsningar i språk utöver engelska och svenska. Samtidigt ansågs det vara en styrka då okunskap i övriga språk kunnat göra att resultatet feltolkats genom felaktig översättning. Såväl män som kvinnor deltog i studien vilket gav resultatet en större vidd. Deltagarna i studien härstammar från fem olika länder, vilket satte upplevelser av afasi i ett kulturellt perspektiv. Närstående-perspektivet var en intressant synvinkel då de närmaste till personen med afasi fick skildra upplevelser av kommunikationen i vardagslivet.

De 10 artiklarnas resultat bearbetades såväl enskilt som tillsammans i flera steg för att undvika förvrängningar och misstolkningar av resultatet, något som sågs som en styrka.

Samband sågs mellan de valda artiklarnas resultat, vilket styrkte resultatet i föreliggande litteraturstudie då det grundas på flera olika referenser.

Klinisk betydelse

Litteraturstudiens forskningsområde är av hög klinisk betydelse då sjuksköterskans kunskap kring kommunikation vid afasi är en del av ett hälsofrämjande arbete. I resultatet framkom faktorer som påverkar kommunikationen såväl positivt som negativt hos personer med afasi och närstående. Genom utbildning och evidensbaserad forskning inom området kan sjuksköterskan tillämpa kommunikationsstrategier i mötet med målgruppen beskriven i föreliggande litteraturstudie. En ökad förståelse för närståendes upplevelse av kommunikation med en person med afasi kan förändra sjuksköterskan- och övrig vårdpersonals attityder och bemötande vilket kan leda till en säkrare vård och förbättrad omvårdnad. Om sjuksköterskan får utökad kunskap i form av utbildning kring kommunikation vid afasi kan han/hon få en större känsla av självförtroende i bemötande av patienter och deras närstående. Alternativ kommunikation är inte självskrivet för all vårdpersonal; för att minska frustration och upplevelsen av mindervärde hos såväl patienter som närstående är det viktigt att personalen har kunskap i olika strategier för anpassning av kommunikation. Genom utbildning kan förutfattade meningar suddas ut hos personal där samband med den afasidiagnosticerades bristande talförmåga inte ger ett lika med tecken till kompetensbrist.

Förslag till fortsatt forskning

I samband med utarbetningen av litteraturstudien konstaterades att det fanns relativt lite forskat kring just närståendes upplevelse av kommunikation när en person diagnosticerats med afasi till följd av stroke. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (2005) ska patienter och närstående bemötas på ett lyhört, respektfullt och empatiskt sätt av sjuksköterskan. Kommunikationen står i centrum för att sjuksköterskan ska kunna föra en dialog med såväl patient som närstående för att optimera stöd och rådgivning i vård och behandling (Socialstyrelsen 2005). Trots detta visade litteraturstudiens resultat att närstående upplevde att de behövde fler nycklar för att kunna förbättra kommunikationen med personen med afasi. Därför vore det eftersträvansvärt med mer forskning kring närståendes upplevelse på området; eftersom det enligt Socialstyrelsen (2005) finns riktlinjer på hur sjuksköterskan ska bemöta närstående bör det stödjas av mer forskning såväl nationellt som internationellt (Socialstyrelsen 2005). I föreliggande studie återfanns forskning från enstaka länder såsom Kanada, USA, Sverige, Australien och Nya Zeeland. För att kunna generalisera och utarbeta framtida riktlinjer för sjuksköterskors bemötande av såväl patienter som närstående är det av vikt att forskningen berör större delar av världens afasidrabbade. Utöver en utökad geografisk spridning av forskning behövs även antalet studier expanderas.

Slutsats

Närståendes upplevelser av kommunikation med en person med afasi till följd av stroke har visat sig vara såväl positiva som negativa. Kommunikationen, och bristen av densamma, har fått konsekvenser på sättet närstående anpassar sin vardag till personen med afasi. En yrkesverksam sjuksköterska ställs dagligen inför patienter och närstående där kommunikationen förändrats på grund av sjukdom. Därför är det av största relevans att sjuksköterskan genom forskning på området, kan ge närstående de nycklar som krävs för att underlätta vardagen med en person med afasi. Av denna litteraturstudie framkom att närstående upplevde att kommunikationen begränsats sedan afasidiagnosen; något som manifesterades genom att närstående upplevde frustration, att de föll in i ett skyddande beteende samt att de anpassade kommunikationen till personen med afasi. Sjuksköterskans kompetens i att ge närstående förslag på hur kommunikationen skulle kunna anpassas kan därför lösa många kommunikationsproblem.

Referenslista

Referenser markerade med * ingår i resultatet.

- Apt, P. (2012). Kommunikationsstörningar. I Jönsson, A-C. (red.). *Stroke: Patienters, närståendes och vårdares perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, ss. 203-221.
- Arnesveen Bronken, B., Kirkevold, M., Martinsen, R. & Kvigne, K. (2012). The Aphasic Storyteller: Coconstructing stories to promote psychosocial well-being after stroke. *Qualitative Health Research*, 22 (10), 1303-1316. doi: 10.1177/1049732312450366
- *Bakas, T., Kroenke, K., Plue, L.D., Perkins S.M. & Williams L.S. (2006). Outcomes among family caregivers of aphasic versus nonaphasic stroke survivors. *Rehabilitation Nursing*, 31 (1), 33-42.
- Beckley, F., Best, W., Johnson, F. Edwards, S., Maxim, J. & Beeke, S. (2013). Conversation therapy for agrammatism: exploring the therapeutic process of engagement and learning by a person with aphasia. *International journal of language & communication disorders*, 48 (2), 220-239. doi: 10.1111/j.1460-6984.2012.00204.x
- Berglund, A. (2001). Omvårdnad vid stroke. I Norrving, B. & Terént, A. (red.). *Strokeboken*. Stockholm: NHR, Stroke-Riksförbundet, ss. 50-61.
- Blom Johansson, M., Carlsson, M. & Sonnander, K. (2011). Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *International journal of language and communication disorders*, 47 (2), 144-155. doi: 10.1111/j.1460-6984.2011.00089.x
- *Blom Johansson, M., Carlsson, M., Östberg, P. & Sonnander, K. (2012). Communication changes and SLP services according to significant others of persons with aphasia. *Aphasiology*, 26 (8), 1005-1028. doi: 10.1080/02687038.2012.671927
- *Brown, K., Worrall, L., Davidson, B. & Howe, T. (2011). Living successfully with aphasia: Family members share their views. *Topics in stroke rehabilitation*, 18 (5), 536-548.
- Burns, M., Baylor, C., Dudgeon, B., Starks, H. & Yorkstona, K. (2015). Asking the Stakeholders: Perspectives of Individuals With Aphasia, Their Family Members, and Physicians Regarding Communication in Medical Interactions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24, 341-357. doi: 10.1044/2015_AJSLP-14-0051
- Carlsson, E., Hartelius, L. & Saldert, C. (2014). Communicative strategies used by spouses of individuals with communication disorders related to stroke-induced aphasia and Parkinson's disease. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49 (6), 722-735. doi: 10.1111/1460-6984.12106
- Code, C. & Herrmann, M. (2003). The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation. *Neuropsychological rehabilitation: An International journal*, 13 (1-2), 109-132. doi: 10.1080/09602010244000291
- Dark, J. & Sander, R. (2014). An overview of communication, movement and perception difficulties after stroke. *Nursing Older People*, 26 (5), 32-37. doi: 10.7748/nop.26.5.32.e567
- Diard-Detoeuf, C., Debiais, S., Imbert, M., Musikas, A., Gaudron, M., Laurent, E., De Toffol, B., Hommet, C. & Mondon, K. (2015). Quality of Life After Off-Label Thrombolysis

- for Ischemic Stroke in Elderly Patients. *Drugs & Aging*, 32 (11), 917-926. doi: 10.1007/s40266-015-0307-4
- Eilertsen, G., Kirkevold, M. & Björk, I.T. (2010). Recovering from a stroke: a longitudinal, qualitative study of older Norwegian women. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (13/14), 2004-2013. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03138.x
- Finke, E.H., Light, L. & Kitko, L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of clinical nursing*, 17 (16), 2102-2115. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02373.x
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget natur och kultur.
- Fucetola, R. & Tabor Connor, L. (2015). Family Ratings of Communication Largely Reflect Expressive Language and Conversation-Level Ability in People With Aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2 (4), 790-797. doi: 10.1044/2015_AJSLP-14-0135
- Gillespie, A., Murphy, J. & Place, M. (2010). Divergences of perspective between people with aphasia and their family caregivers. *Aphasiology*, 24 (12), 1559-1575.
- *Grawburg, M., Howe, T., Worrall, L. & Scarinci, N. (2013). A qualitative investigation into third-party functioning and third-party disability in aphasia: Positive and negative experiences of family members of people with aphasia. *Aphasiology*, 27 (7), 828-848. doi: 10.1080/02687038.2013.768330
- Grossbach, I., Stranberg, S. & Chlan, L. (2011). Promoting Effective Communication For Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, 31 (3), 46-61. doi: 10.4037/ccn2010728
- *Hallé, M.C., Duhamel, F. & Le Dorze, G. (2011). The Daughter–Mother Relationship in the Presence of Aphasia: How Daughters View Changes Over the First Year Poststroke. *Qualitative Health Research*, 21 (4), 549–562. doi: 10.1177/1049732310391274
- Hallé, M.C., Le Dorze, G. & Mingant, A. (2014). Speech–language therapists’ process of including significant others in aphasia rehabilitation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49 (6), 748-760. doi: 10.1111/1460-6984.12108
- *Howe, T., Davidson, B., Worrall, L., Hersh, D., Ferguson, A., Sherratt, S. & Gilbert, J. (2012). "You needed to rehab ... families as well": family members' own goals for aphasia rehabilitation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47 (5), 511-521. doi: 10.1111/j.1460-6984.2012.00159.x
- Kristensen, L., Frølund, S., Pedersen, I., Degn, A., Pedersen, A., Nielsen, R. & Feldbæk, J. (2015). Constraint-induced aphasia therapy in subacute neurorehabilitation. *Aphasiology*, 29 (10), 1152-1163. doi: 10.1080/02687038.2015.1028328
- Kristensson, J., Behrns, I. & Saldert, C. (2015). Effects on communication from intensive treatment with semantic feature analysis in aphasia. *Aphasiology*, 29 (4), 466-487. doi: 10.1080/02687038.2014.973359

- Le Dorze, G., Tremblay, V. & Croteau, C. (2009). A qualitative longitudinal case study of a daughter's adaptation process to her father's aphasia and stroke. *Aphasiology*, 23 (4), 483-502.
- *Le Dorze, G. & Signori, F. (2010). Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia. *Disability & Rehabilitation*, 32 (13), 1073-1087. doi: 10.3109/09638280903374121
- Marshall, R.C. (2002). Having the courage to be competent: persons and families living with aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 35 (2), 139-152.
- *McLellan, K.M., McCann, C.M., Worrall, L.E. & Harwood, M.N. (2014). "For Māori, language is precious. And without it we are a bit lost": Māori experiences of aphasia. *Aphasiology*, 28 (4), 453-470. DOI: 10.1080/02687038.2013.845740
- Morris, M.A., Clayman, M.L., Peters, K.J., Leppin, A.L. & LeBlanc, A. (2015). Patient-centered communication strategies for patients with aphasia: Discrepancies between what patients want and what physicians do. *Disability and Health Journal*, 8 (2), 208-215. doi: 10.1016/j.dhjo.2014.09.007
- Murphy, J. (2006). Perceptions of communication between people with communication disability and general practice staff. *Health Expectations*, 9 (1), 49-59.
- Nyström, M. (2009). Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (17), 2503-2510. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02825.x
- O'Donnell, M.J., Xavier, D., Lisheng, L., Hongye, Z., Chin, S.L., Rao-Melacini, P., Rangarajan, S., Islam, S., Pais, P., McQueen, M-J., Mondo, C., Damasceno, A., Lopez-Jaramillo, P., Hankey, G.J., Dans, A.L., Yusuf, K., Truelsen, T., Diener, H.C., Sacco, R.L., Ryglewicz, D., Czlonkowska, A., Weimar, C., Wang, X. & Yusuf, S. (2010). Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the interstroke study): a case-control study. *The Lancet*, 376 (9735), 112-123. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60834-3
- *Paul, N. & Sanders, G. (2009). Strategies used by communication partners of aphasic speakers. *Activities, Adaptation & Aging*, 33 (3), 161-178. doi: 10.1080/01924780903148185
- *Paul, N. & Sanders, G. (2010). Applying an ecological framework to education needs of communication partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*, 24 (9), 1095-1112. doi: 10.1080/02687030903383720
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research – Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Sjöqvist Nätterlund, B. (2010). Being a close relative of a person with aphasia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17 (1), 18-28. doi: 10.3109/11038120902833218
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2009). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009- Stöd för styrning och ledning*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17790/2009-11-4.pdf> [2016-02-03]
- Socialstyrelsen (2015). *Närståendebegreppet*. <https://www.socialstyrelsen.se/organ-ochvavnadsdonation/donationsansvarig/narstaendebegreppet> [2016-02-03]
- Strokeförbundet. (2010). *Vad är stroke?* <http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=442&go=Vad%20E4r%20stroke?> [2016-02-22]
- Sundin, K. & Jansson, L. (2003). Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (1), 107-116.
- Vetenskapsrådet. (2011). *Oredlighet i forskning*. <http://codex.vr.se/etik6.shtml> [2016-03-24]
- Washington, K.T., Wittenberg-Lyles, E., Parker Oliver, D., Demiris, G., Shaunfield, S. & Crumb, E. (2013). Application of the VALUE Communication Principles in ACTIVE Hospice Team Meetings. *Journal of palliative medicine*, 16 (1), 60-66. doi: 10.1089/jpm.2012.0229

Bilaga 1. Artikelmatris

FÖRFATTARE, ÅRTAL & LAND	TITEL	SYFTE	METOD	HUVUDRESULTAT
<p>Bakas, T., Kroenke, K., Plue, L.D., Perkins, S.M. & Williams, L.S.</p> <p>2006</p> <p>USA</p>	<p>Outcomes among family caregivers of aphasic versus nonaphasic stroke survivors</p>	<p>Syftet med studien var att jämföra närståendes upplevelser av överlevande strokepatienter med eller utan afasi.</p>	<p>Longitudinell kvantitativ studie. 46 familjemedlemmar till personer med afasi och 113 familjemedlemmar till överlevande efter stroke utan afasi undersöktes med hjälp av enkäter. Data samlades in under två tillfällen, en och fyra månader efter stroke.</p>	<p>Närstående till personer med afasi upplevde större svårigheter vid specifika uppgifter och hade mer negativa resultat än närstående till personer som inte hade afasi efter stroke. Kommunikationen upplevde närstående till personer med afasi som upprörande och svårt. Närstående till personer med afasi upplevde att personen med afasi behövde mer individuella omvårdnadsåtgärder.</p>
<p>Blom Johansson, M., Carlsson, M., Östberg, P. & Sonnander, K.</p> <p>2012</p> <p>Sverige</p>	<p>Communication changes and SLP services according to significant others of persons with aphasia</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka vilka kommunikativa förändringar närstående till personer med afasi upplevde och i vilken utsträckning dessa förändringar påverkade dem.</p>	<p>Såväl kvalitativ som kvantitativ metod. Ett frågeformulär svarades på av 173 närstående till personer med afasi (svarsprocent 69%). 33% av deltagarna var män och 67% var kvinnor. Frågorna bestod av såväl kryssfrågor som öppna svarsfrågor.</p>	<p>Majoriteten av deltagarna upplevde att samtalen med personen med afasi blivit mindre roliga sedan stroke-debuten. Närstående upplevde att de tog på sig ett större ansvar för kommunikationen och 70% upplevde att de ändrat sitt kommunikativa beteende för att underlätta i samtalet.</p>

Bilaga 1. Artikelmatris

FÖRFATTARE, ÅRTAL & LAND	TITEL	SYFTE	METOD	HUVUDRESULTAT
<p>Brown, K., Worrall, L., Davidson, B. & Howe, T. 2011</p> <p>Australien och Nya Zeeland</p>	<p>Living successfully with aphasia: Family members share their views</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som gjorde att det gick att leva ett framgångsrikt liv med afasi, ur ett familjemedlemsperspektiv.</p>	<p>Kvalitativ metod. 24 familjemedlemmar till personer med afasi intervjuades i djupa semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna berörde hur det är att leva framgångsrikt med afasi.</p>	<p>Sju kategorier kom fram efter analys av data: involveras i livet, stöd till personen med afasi, kommunikation, familjemedlemmars egna behov, att sätta perspektiv på livet, fokus på styrkor och att fira framsteg samt upplevelser av tjänster.</p>
<p>Grawburg, M., Howe, T., Worrall, L. & Scarinci, N. 2013</p> <p>Australien och Nya Zeeland</p>	<p>A qualitative investigation into third-party functioning and third-party disability in aphasia: Positive and negative experiences of family members of people with aphasia</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka positiva och negativa aspekter av afasi, som familjemedlemmar till vuxna med afasi upplever.</p>	<p>Kvalitativ metod. Semi-strukturerade intervjuer. Deltagarna bestod av 20 närstående (partner, syskon, föräldrar, barn) till personer med afasi efter stroke. Öppna svars-frågor användes och berörde områden som: mental hälsa, fysisk hälsa, relationer, problemlösning, kommunikation, rutiner, fritidsaktivitet, hemsysslor, arbete och utbildning.</p>	<p>Efter analysering av data kategoriserades resultatet och delades in i fem positiva - och sju negativa kategorier relaterat till afasi efter stroke och påverkan på familjen. De positiva kategorierna var: känslor, kommunikation, förhållanden, sociala intressen, arbete/utbildning. De negativa kategorierna var: fysisk, psykisk och mental hälsa, kommunikation, förhållanden, sociala intressen, arbete/utbildning, uppfostran/omvårdnad och ekonomi.</p>

Bilaga 1. Artikelmatris

FÖRFATTARE, ÅRTAL & LAND	TITEL	SYFTE	METOD	HUVUDRESULTAT
Hallé, MC., Duhamel, F. & Le Dorze, G. 2011 Kanada	The Daughter–Mother Relationship in the Presence of Aphasia: How Daughters View Changes Over the First Year Poststroke	Syftet var att undersöka döttrars perspektiv på förhållandet med deras afasi-drabbade mamma.	Kvalitativ metod. Fyra döttrar till mammor med afasi var enskilt intervjuade vid tre olika tillfällen under ett år. Semistrukturerade intervjuer.	Resultatet visade att förändringar i dotter-mor förhållandet följde fyra distinkta men samexisterande mönster: döttrarnas uppfattningar, döttrarnas beteende gentemot deras mamma, mammans reaktioner på döttrarnas beteende och mönster som karakteriserar mor-dotter förhållandet.
Howe, T., Davidson, B., Worrall, L., Hersh, D., Ferguson, A., Sherratt, S. & Gilbert, J. 2012 Australien och Nya Zeeland	‘You needed to rehab ... families as well’: family members’ own goals for aphasia rehabilitation	Syftet med studien var att belysa rehabiliteringsmål familjemedlemmar till personer med afasi hade.	Kvalitativ metod. 48 familjemedlemmar till personer med afasi sekundärt till stroke deltog. Intervjuerna som genomfördes var semi-strukturerade och utformade för att belysa familjemedlemmarnas rehabiliteringsmål efter afasi-diagnosen.	Familjemedlemmarnas mål delades in i sju kategorier: att ingå i rehabilitering, förses med hopp och positivitet, kunna kommunicera och underhålla sin relation med personen med afasi, att få information, ges stöd för att ta hand om deras eget välbefinnande samt att kunna klara av nya ansvarsområden.

Bilaga 1. Artikelmatris

FÖRFATTARE, ÅRTAL & LAND	TITEL	SYFTE	METOD	HUVUDRESULTAT
Le Dorze, G. & Signori, F. 2010 Kanada	Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia	Syftet med studien var att beskriva partners behov och hinder i det vardagliga livet med sin partner med afasi.	Kvalitativ metod. 11 partners till personen med afasi var intervjuade i grupper med två-fyra personer. Deltagarna fick beskriva sina uppförfingar i att hjälpa sin partner med afasi och hur de upplevde att de på bästa sätt kunde hjälpa deras partner i det dagliga livet.	Partners upplevde att de behövde andrum och stöd. De upplevde också att personen med afasi behövde hjälp med kommunikationen. Partners upplevde även vissa hinder såsom: den hjälp som behövdes fanns inte.
McLellan, K.M., McCann, C.M., Worrall, L.E. & Harwood, M.N. 2014 Australien	“For Maori, language is precious. And without it we are a bit lost”: Maori experiences of aphasia	Syftet med studien var att beskriva upplevelser av att leva med afasi efter stroke för såväl personen med afasi som dennes närstående, för att i framtiden kunna underlätta för patientgruppen.	Kvalitativ metod. Djupa semistrukturerade intervjuer med 11 maorier med afasi efter stroke och 25 av deras familjemedlemmar. Frågorna belyste (1) familjemedlemmarnas upplevelser av stroke, (2) skillnader i kommunikation efter kontra före stroke och (3) andra skillnader i familjesituationen efter stroke.	Det finns såväl positiva som negativa upplevelser av afasi. Resultatet visar att attityder påverkar hur familjesituationen kan förbättras eller försämrars. Teman framkom i par: 1. <i>sörja för det förlorade och uppskatta det vi har</i> 2. <i>Det är svårt samt välja hur närstående ska svara.</i>

Bilaga 1. Artikelmatris

FÖRFATTARE, ÅRTAL & LAND	TITEL	SYFTE	METOD	HUVUDRESULTAT
Paul, N. & Sanders, G. 2009 USA	Strategies Used by Communication Partners of Aphasic Speakers	Syftet med studien var att utforska erfarenheter av kommunikationen mellan en person med afasi och deras partner.	Kvalitativ metod. Semi-strukturerade intervjuer utfördes med nio partners till personer med afasi. Intervjuerna bandades. Sex intervjuer utfördes i hemmet, en intervju på neutral plats och två intervjuer över telefon. Intervjuerna baserades på hur partners upplevde kommunikationen med personen med afasi. Intervjuerna varade mellan 25-80 minuter.	Det framkom att det var viktigt att upprätthålla en rutin kring kommunikation. Dessutom påverkades kommunikationen av partners beteende, så som aktivt lyssnande, tålmod och en genuin önskan att förstå personen med afasi.
Paul, N. & Sanders, G. 2010 USA	Applying an ecological framework to education needs of communication partners of individuals with aphasia	Syftet med studien var att undersöka utbildningsbehovet av kommunikation bland partners till personer med afasi.	Kvalitativ metod. Semistrukturerade djup-intervjuer med nio närstående till personer med afasi orsakad av stroke.	Temat framkom: positivitet, hantera känslor, kommunikationshinder, förkunskaper, afasi störde utbildningsprocessen, uppmärksamhet, delaktighet i terapi, vikten att utbildningen presenteras på flera olika sätt, vikten av stödgrupp, anpassning av utbildning, brister i hälsa-och sjukvårdens utbildningar, övergången mellan olika vård kräver pedagogiskt stöd, negativ reaktion från samhället, missuppfattningar, kommunikation var avgörande för utbildningsbehovet, hälso-och sjukvårdsregler inverkar den befintliga utbildningsmetoden.