



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskans kommunikation och bemötande av personer med kognitiv nedsättning orsakad av stroke

En litteraturstudie

Suzan Gerles & Sinjai Sribus

2013

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp

Omvårdnadsvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Kerstin Stake-Nilsson

Examinator: Josefin Westerberg Jacobsson

Sammanfattning

Syfte: Att identifiera och beskriva sjuksköterskans kommunikation och bemötande av personer med kognitiv nedsättning, i form av afasi orsakad av stroke. Syftet var även att undersöka vilken betydelse datainsamlingsmetoden har för de inkluderade artiklarna.

Metod: Beskrivande litteraturstudie baserad på 14 vetenskapliga artiklar som publicerats år 2000-2012 via databaserna PubMed och Cinahl. En metodologisk granskning av artiklarnas datainsamlingsmetod genomfördes.

Resultat: Sjuksköterskans bemötande och kommunikation hade en påverkan på patientens upplevelse av vården. Det framkom både möjligheter och hinder som påverkade kommunikationen i mötet. Brist på kompetens, personalresurser och tid samt stress ansågs vara de faktorer som hindrade kommunikationen. Användning av verbal och icke- verbal kommunikation, bra vårdmiljö, en trygg, lugn och ödmjuk sjuksköterska förbättrade möjligheten till att kunna uppnå ett gott bemötande och en framgångsrik kommunikation. Ostrukturerade intervjuer, djupintervjuer, videoinspelningar och frågeformulär förekom i de valda vetenskapliga artiklarna.

Slutsats: En fungerande relation mellan sjuksköterskan och patienten utgör en grund i omvårdnaden och förbättrar omvårdnadskvalitén. Sjuksköterskan behöver ha kompetens, självinsikt och förståelse av mänskligt beteende i mötet med patienter som har en kognitiv nedsättning orsakad av stroke. Sjuksköterskan bör ha ett genomtänkt förhållande till sina egna värderingar och förhållningssätt i mötet och kunna ha förmågan att förutse både eget och patientens beteende. Vald datainsamlingsmetod ger djupare förståelse i det valda omvårdnadsämnet.

Nyckelord: Sjuksköterska, bemötande, kommunikation, afasi, stroke patienter

Abstract

Aim: To identify and describe how nursing staff communication and treatment of patients with cognitive impairment such as aphasia caused by stroke and to examine the significance of the included article's data collection methods.

Method: A descriptive literature review based on 14 articles which was published between 2000-2012 in the databases PubMed and Cinahl. A detailed inspection of the articles' data collection methods was conducted.

Result: The nurse communication and treatment had an impact on the patient's experience of care. It emerged both opportunities and barriers that affected the communication. Lack of staff resources and competence as well as stress were factors that hindered communication. The use of verbal and non-verbal communication, good health environment, a secure, calm and humble nurse improved the possibility to achieve a good treatment and successful communication. Unstructured interviews, in-depth interviews, video recordings and questionnaires occurred in the selected articles.

Conclusion: A functional relationship between the nurse and patients is a basis in nursing and improves its quality. Nurses need to have skills, self-awareness and understanding of the human behavior when meeting patients with cognitive impairment caused by stroke. Nurses ought to have a deliberate relation to their own values and attitudes in meetings and be able to anticipate both their own and patient's behavior. The selected data collection methods give a deeper understanding of the chosen nursing substance.

Keywords: Nurse, encounter, communication, aphasia, stroke patients

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Kommunikation	1
Bemötande.....	1
Stroke	2
Teoretisk referensram.....	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Frågeställningar.....	5
Metod	5
Design	5
Databaser och sökord	5
Urvalskriterier	6
Dataanalys	6
Forskningsetiska överväganden	7
Resultat	7
Sjuksköterskans förhållningssätt.....	7
Verbal kommunikation.....	9
Icke-verbal kommunikation	11
Faktorer som underlättar kommunikationen	13
Faktorer som försvårar kommunikationen	14
Metodologisk aspekt	15
Diskussion.....	16
Huvudresultat	16
Resultatdiskussion.....	17
Sjuksköterskans förhållningssätt.....	17

Verbal och icke-verbal kommunikation.....	18
Faktorer som underlättar och försvårar kommunikationen.....	20
Metodologisk aspekt	22
Metoddiskussion	24
Allmän diskussion.....	25
Slutsats	26
Förslag på vidare forskning.....	26
Referenser.....	28

Bilaga 1

Bilaga 2

Bilaga 3

Bilaga 4

Introduktion

Kommunikation

I mötet mellan sjuksköterskan och patienten är bemötandet avgörande för hur patienten upplever vården. Mötet uppstår på grund av patientens vårdbehov och sjuksköterskans omvårdnadskompetens (Edberg & Wijk 2009). I mötet skall sjuksköterskan ha förmågan att kommunicera med patienter på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (Friberg & Öhlén 2009). Kommunikation innebär överföring av information mellan två eller fler personer. Fossum (2007) menar att det är väsentligt att vårdgivare och vårdtagare skall förstå varandra för att mötet skall bli så effektivt som möjligt. Användning av kommunikation i vården betraktas vara nödvändigt och används för att samarbeta och tillfredsställa personliga behov. Kommunikation, samtal och bemötande är viktiga delar i mötet med patienten (Fossum 2007).

Ordet kommunikation kommer från det latinska ordet "commércium" som betyder beröring, förbindelse, gemenskap och umgänge (Ahlberg, Lundqvist & Sörbom 2001).

Kommunikation innebär samspel mellan människor, där människor tillsammans pratar och delar sina tankar. Att kommunicera handlar om en förmåga att tolka händelser och uttrycka upplevelser (Andersson & Frilund 2002). Genom detta kan sjuksköterskan uppnå ett meningsfullt möte med patienten och där igenom kan vårdtagare och vårdgivare mötas på samma vårdnivå. En fungerande kommunikation mellan sjuksköterska och patient innebär att patienten får en möjlighet till att kunna känna sig delaktig i vårdsituationen (Tuckett 2005). Informationsförmedling i mötet mellan sjuksköterska och patient sker genom verbal och icke-verbal kommunikation (Eide & Eide 2009). Icke-verbal kommunikation sker genom observation av kroppsspråk och ansiktsuttryck och förmedlas med blickar, gester, beröring och tonfall. Den icke-verbala kommunikationen berättar vidare om ett sinnestillstånd som intresse, ointresse, skam, oro, glädje, stolthet och annat som förstärker eller försvagar det som sägs verbalt (Larsson, Rahne- Hasselbalch & Palm 2008).

Bemötande

Bemötande innebär hur människor genomför och utför samtal med varandra (Fossum 2007). Bemötandet omfattar hur vårdaren tar emot patienter, tar ögonkontakt och vilket kroppsspråk vårdaren använder i förhållande till patienten. Bemötande handlar om att bli mottagen på ett värdigt sätt, korrekt information, respekt och människovärde (Fossum

2007). Ett gott bemötande ingår i sjuksköterskans kompetensområde och sjuksköterskan skall vara medveten om och uppmärksam på hur bemötandet kan påverka mötet (Socialstyrelsen 2005). Patienten kan uppleva ett ökat förtroende och ökad tillit genom ett gott bemötande (Dinc & Gastmans 2013, 2012).

Hälso- och sjukvårdslagen beskriver att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare beskriver lagen att vården skall ges med respekt för den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet (Raadu 2011). All hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar att kritiskt granska de system som finns i vården vars syfte är att säkra och förbättra vårdkvalitén. Patientens behov är utgångspunkten mellan vårdgivaren och vårdtagaren i alla möten. Behovet definieras som skillnaden mellan aktuellt hälsotillstånd eller funktionstillstånd och ett möjligt nåbart mål och patientens upplevelse avgör hur väl man lyckas med att uppfylla det definierade målet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006).

Tidigare forskning har visat att när sjuksköterskan bevarar patientens autonomi, integritet, värdighet och rättigheter kan patienten uppleva en god vård (Gedda & Snellman 2012). Autonomi innebär självständighet (Friberg & Öhlén 2009). När detta sker kan sjuksköterskan åstadkomma ett förbättrat etiskt förhållningssätt och öka möjligheten till att uppnå en god vårdkvalité (Gedda & Snellman 2012). I mötet med patienter som lider av en kognitiv nedsättning orsakad av stroke anses bemötande och kommunikation ha en större betydelse för att kunna uppnå en god relation (Sundin, Norberg & Jansson 2001).

Stroke

Stroke är den tredje vanligaste orsaken till sjuklighet efter cancer och hjärtsjukdomar (Haghgoo, Hosseini, Pazuki & Rassafiani 2013). Stroke medför en skada i hjärnans nervvävnad som uppstår på grund av syrebrist och påverkar hjärnans kognitiva funktioner. Begreppet kognition innebär de processer som finns i hjärnan och de används när vi tar emot, bearbetar och förmedlar information (Vårdguiden 2010). Till hjärnans kognitiva funktioner räknas perception, vilket innebär rumslig och kroppslig orienteringsförmåga, verklighetsuppfattning, form och figuruppfattning, inlärning, minne och språk (Ericson & Ericson 2002). Efter en stroke kan patienten få både expressiva och impressiva svårigheter, det vill säga svårigheter att uttrycka sig i språk och att förstå språk (Borthwick 2012).

Afasi innebär störd språkfunktion, vilket medför att förmågan att tala och/ eller förstå talat eller skrivet ord blir nedsatt (Ericson & Ericson 2002). Svårighetsgraden av afasi är individuell och kan variera i både grad och typ, beroende på var och hur stor utbredning av skadan som uppstått (Borthwick 2012). Stroke är den vanligaste orsaken till att personer drabbas av afasi (Vårdhandboken 2013). I Sverige drabbas ungefär 12 000 personer årligen av afasi på grund av stroke, där ungefär 4000 av dessa personer är yngre än 65 år (Vårdguiden 2010). Följden av den ovan beskrivna kognitiva nedsättningen kan leda till att personen får svårigheter att uttrycka sin vilja och sitt behov. Detta kräver då en anpassad kommunikation från sjuksköterskan för att uppnå ett gott bemötande under den långvariga vården som dessa patienter oftast är i behov av (Bocart, Fox, McGilton, Rochon, Sidani & Sorin-Peters 2012).

Teoretisk referensram

Joyce Travelbee är en psykiatrisk sjuksköterska och en omvårdnadsteoretiker som framför allt lägger fokus på omvårdnadens mellanmänskliga aspekter. En mellanmänsklig relation kan enligt Travelbee uppnås genom en interaktionsprocess som består av det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och ömsesidig förståelse och kontakt. Omvårdnad beskrivs av Travelbee som en mellanmänsklig process, där den professionella sjuksköterskan hjälper en individ att förebygga sjukdom och lidande (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). Travelbee definierar vidare kommunikation som ett av sjuksköterskans viktigaste redskap i mötet och beskriver kommunikationen som en process, där förmedling av tankar och känslor sker. Genom kommunikation beskrivs sjuksköterskan få stöd i omvårdnaden för att därigenom lära känna patienten som person och identifiera patientens behov. Målet i kommunikationsprocessen är att sjuksköterskan skall komma fram till det som skiljer patienten i mötet från tidigare patienter. Travelbee hävdar att sjuksköterskan bör ha förmågan att kunna skilja mellan sina egna behov och patientens behov och inte överföra sina behov på patienten (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006).

Travelbee ser vidare kommunikation först och främst som ett medel till att etablera en ”människa till människa förhållande”. Sjuksköterskan skall i sitt yrke tillämpa kommunikation som ett hjälpmedel till att bli bekant med patienten och därmed kunna ge patienten en möjlighet att uppleva trygghet. Travelbee beskriver vidare att kommunikation skall användas i syfte att förstå och möta patientens behov och hjälpa denne att bemästra sin

sjukdom, sitt lidande, och sin ensamhet. Det sker en kontinuerlig kommunikation när människor möts och kan kommunicera både med hjälp av verbal och icke- verbal kommunikation. Travelbee beskriver att sjuksköterskan bör ha kommunikativa färdigheter och tekniker för att kunna använda dessa i kommunikation med patienten. Hon menar att sjuksköterskan bör sträva efter att utveckla dessa värdefulla tekniker och hjälpmedel för att kunna uppnå bestämda syften eller resultat. Dock understryker Travelbee att det inte finns någon magisk formel som sjuksköterskan kan ta till sig i besvärliga och svåra situationer, men sjuksköterskan bör vara väl förtrogen med sina metoder och bör veta varför de används och vad sjuksköterskan vill uppnå och att detta är viktigare än de tekniker sjuksköterskan väljer att använda (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006).

Problemformulering

I sjuksköterskans yrkesprofession ingår ett gott bemötande med patienter och sjuksköterskan skall vara medveten om hur dennes beteende inverkar på patienten (Socialstyrelsen 2005). Författarna till föreliggande studie har genom egna erfarenheter märkt att det i vården finns svårigheter i att bemöta och kommunicera med patienter med kognitiv nedsättning orsakad av stroke. Personer med kognitiv nedsättning som söker vård kan uppleva sig vara i en utsatt situation i mötet. Brister i kommunikationen mellan patient och sjuksköterska kan utgöra en patientsäkerhetsrisk. Brister kan även leda till att patienten upplever oro, depression, frustration och aggressivitet. Sjuksköterskan skall även enligt lagen bemöta patienten med respekt och ge patienten möjlighet till självbestämmande och bevara sin integritet (Raadu 2011). Trots detta är det vanligt förekommande med bemötandeproblematik och av patientnämndens totala 1227 anmälningar år 2012 i Gävleborgs län, var 202 anmälningar om brister i bemötandet i vården (Patientnämnden 2012). Anpassad och individuell kommunikation är fundamentalt i mötet och därför krävs kompetens hos sjuksköterskan huruvida kommunikation bör ske. Denna litteraturstudie kan vidare bidra till att sjuksköterskor får en bättre förståelse för och blir mer uppmärksamma på hur betydelsefull en väl fungerande kommunikation är i bemötande med patienter med kognitiv nedsättning, i form av afasi orsakad av stroke.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att identifiera och beskriva sjuksköterskans kommunikation och bemötande av personer med kognitiv nedsättning, i form av afasi

orsakad av stroke. Syftet var även att granska kvalitén på de i studien ingående artiklarna avseende datainsamlingsmetod.

Frågeställningar

1. Hur beskriver litteraturen att sjuksköterskan bemöter patienter med kognitiv nedsättning, i form av afasi orsakad av stroke?
2. Hur kommunicerar sjuksköterskan med patienter med kognitiv nedsättning, i form av afasi orsakad av stroke?
3. Vilken kvalitet har litteraturstudiens artiklar utifrån den metodologiska aspekten datainsamlingsmetod?

Metod

Tillvägagångssättet i denna studie var att systematiskt söka och kritiskt granska artiklar utifrån syfte och frågeställningar. Litteraturen sammanställdes därefter inom det valda problemområdet. Analysen av datainsamlingen gjordes från flera studier för att kunna möjliggöra en analys av större datamaterial (Forsberg & Wengström 2013). I studien användes både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar.

Design

Denna uppsats är en beskrivande litteraturstudie (Forsberg & Wengström 2013).

Databaser och sökord

Vid sökning av vetenskapliga artiklar användes databaserna PubMed och Cinahl via Högskolan i Gävle. Sökord valdes utifrån syftet och litteratursökningen startade med följande; "nurs*", "communication", "patient experience", "stroke patients", "encounter", "aphasia", "nurse-patient relationship". Tecknet asterisk (*) användes för att i sökningen inkludera alla böjningsformer av sökordet "nurs". Artikelsökningen i både PubMed och Cinahl gav ett utfall på 1564- 409768 träffar och på grund av det höga antalet genomlästes inte dessa artiklar. För att avgränsa artikelsökningen användes Booleska sökoperationen AND (Forsberg & Wengström 2013; Polit & Beck 2012). När sökorden kombinerades gavs ett rimligt utfall, 256 artiklar i PubMed och 180 artiklar i Cinahl. De begränsningar (limits) som gjordes i sökningen var publikationsår 1998-2013 och artiklar med full text. Därefter valdes artiklar utifrån matchande titel med föreliggande studies syfte och frågeställningar

och sedan lästes artiklarnas abstract. Utfallet av tänkbara artiklar blev 11 stycken i PubMed och 32 stycken i Cinahl. När författarna ytterligare granskat artiklarnas abstract blev utfallet 3 stycken artiklar i PubMed och 11 stycken i Cinahl. Artikelsökning med sökord och databaser presenteras i tabell 1 och 2. Se bilaga 1 och bilaga 2.

Urvalskriterier

Inklusionskriterier: Författarna valde att granska artiklar med både kvantitativ och kvalitativ ansats. Alla patienter med en kognitiv nedsättning orsakad av stroke, oavsett ålder och kön. De vetenskapliga artiklarna skulle ytterligare beröra områden om patienters upplevelser av sjuksköterskans bemötande, men även sjuksköterskans upplevelse av bemötande i vården. De vetenskapliga artiklarnas språk skulle vara på engelska eller svenska och vara publicerade mellan år 1998-2013. Enbart vetenskapliga artiklar med full text inkluderades i studien.

Exklusionskriterier: Alla individer med en annan diagnos än stroke som orsakat den kognitiva nedsättningen och litteraturstudier exkluderades i sökningen.

Dataanalys

Författarna inledde bearbetningen av data genom att läsa artiklarnas titlar och abstrakt ett flertal gånger för att få en djupare förståelse om innehållet. De artiklar som svarade mot föreliggande studies syfte och frågeställningar granskades noggrant. Därefter diskuterade författarna tillsammans huruvida artiklarna var relevanta för litteraturstudien eller inte. Författarna sammanfattade slutligen artiklarnas innehåll, där syfte, metod, resultat, diskussion och slutsats sammanställdes. Vid bearbetning av resultatet valdes delar från artiklarna som besvarade ”frågeställning 1” respektive 2 och kopierades över till två olika word dokument som kallades ”frågeställning 1” och ”frågeställning 2”, för fortsatt bearbetning. De delar i artiklarna som besvarade frågeställning 1 kopierades och klistrades in i dokumentet ”frågeställning 1” och de delar i artiklarna som besvarade andra frågeställningen kopierades och klistrades in i dokumentet ”frågeställning 2”. När materialet bearbetades framträdde underrubriker tillhörande textens innehåll: *sjuksköterskans förhållningssätt, verbal kommunikation, icke- verbal kommunikation, faktorer som underlättar kommunikationen och faktorer som försvårar kommunikationen*. En sammanställning av den tredje frågeställningen gällande metodologiska aspekten redovisas i

löpande text under rubriken *Metodologisk aspekt*. Vid granskning av artiklarnas datainsamlingsmetod användes en granskningsmall av Forsberg och Wengström (2013).

Forskningsetiska överväganden

Författarna utgick från god vetenskaplig sed, vilket innebär att vara objektiv och att inte förvrida eller förvränga resultatet. Fabriceringen av data stöld eller plagiat av data och användningen av metoder utan angivande av källa förekom inte i studien (Forsberg & Wengström 2013). Enligt Forsberg och Wengström (2013) skall all litteratur presenteras oavsett om det stämmer med författarnas egna åsikter eller inte. För att undvika eventuella missstolkningar av texten har författarna valt att läsa artiklarna var för sig och sedan diskuterat dem tillsammans för att slutligen göra en sammanställning av resultatet. Samtliga artiklar i studien har ett forskningsetiskt godkännande.

Resultat

I resultatet presenteras 14 vetenskapliga artiklar i löpande text under flera underrubriker *sjuksköterskans förhållningssätt, verbal kommunikation, icke verbal kommunikation, faktorer som underlättar kommunikationen och faktorer som försvårar kommunikationen*, där föreliggande studies syfte och frågeställningar besvaras. En presentation av valda källor, författare, publikationsår, titel, design, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod presenteras i en fortlöpande tabell. Se bilaga 3. Artiklarnas resultat presenteras även i en fortlöpande tabell. Se bilaga 4. Kvalitén av de valda vetenskapliga artiklarnas datainsamlingsmetod presenteras i löpande text under rubriken *Metodologisk aspekt*.

Sjuksköterskans förhållningssätt

I studien av Sundin, Norberg och Jansson (2001) beskrev författarna att en fungerande relation mellan sjuksköterskan och patienten utgjorde en grund i omvårdnaden och omvårdnadskvalitén kunde därmed förbättras. Sjuksköterskorna beskrev i studien hur viktigt det är att respektera patientens människovärde och att de behandlar patienten som de själva vill bli behandlade (Sundin, Norberg & Jansson 2001). Tuckett (2005) menade i sin studie att respekt främjar både tillit och relationen mellan sjuksköterskan och patienten. I studien av Nordehn, Meredith och Bye (2006) påpekade patienter att ett respektlöst bemötande av vårdgivare gjorde att patienterna kände sig förolämpade eller förnedrade, vilket ledde till att

de mådde sämre efter vårdbesöket än innan. Patienterna uppskattade ett respektfullt bemötande och vårdgivaren kunde uppnå ett respektfullt bemötande genom att exempelvis be patienten om tillstånd innan utförandet av undersökningar. Författarna menade att respekt även kunde visas genom att vårdgivaren förklarade tydligt de undersökningar som skulle göras och de ingående behandlingars tillvägagångssätt (Nordehn, Meredith & Bye 2006).

Vid nedsatt talförmåga ansåg patienter att vårdgivaren skulle lyssna noga och vara mer uppmärksam på patientens behov. Patienter som deltog i samma studie beskrev ytterligare att vid ett vårdbesök kunde de uppleva sig vara osynliga, när vårdgivare enbart tittade eller pratade med familjemedlemmar istället för med patienterna. Patienter beskrev vidare att de vill bli lyssnade på och behandlade med respekt genom att ha tillräckligt med tid för att kommunicera (Nordehn, Meredith & Bye 2006).

Patienter i studien av Sundin, Jansson och Norberg (2002) beskrev att de kunde uppleva att i mötet med en lugn och ödmjuk sjuksköterska uppkom en relation som var förtroendefull och avslappnad. Patienter upplevde ökad trygghet och trygghet minskade risken för att det skulle uppstå svårigheter i relationen mellan sjuksköterskan och patienten (Hemsley, Balandin & Worrall 2012). Studien av Sundin och Jansson (2003) menade att känslan av trygghet gav patienten en känsla av att sjuksköterskan inte övergav patienten i sin ensamhet. Känslan av trygghet skapade en "being at home" känsla hos patienten. I de fall där patienten mötte sjuksköterskan som var oengagerad kände sig patienten osäker, vilket resulterade i dåliga erfarenheter och upplevelser för patienten (Sundin, Jansson & Norberg 2002). Hemsley, Balandin och Worrall (2012) beskrev att patienten upplevde en ökad känsla av tillit och förtroende när sjuksköterskan visade att denne ansträngde sig för att förstå patienten och göra sig förstådd.

Erfarna sjuksköterskor beskrev i studien av Nyström (2009) hur patienten fick möjligheten att bevara sin autonomi när sjuksköterskan i mötet med patienten visade sig vara tillgänglig, tillmötesgående, lugn och trygg i sin sjuksköterskeroll och inte visade ett stressat uttryck.

I studien av Sundin, Jansson och Norberg (2000) betonade författarna hur viktigt det var att sjuksköterskan betraktade varje patient som en unik person och behandlade alla patienter individuellt. Sjuksköterskorna beskrev att syftet med att ge en god omvårdnad är att stärka

patientens självförtroende och mänskliga värdighet (Sundin, Norberg & Jansson 2001). I studier av Sundin, Norberg och Jansson (2001, 2000) beskrev författarna att det var viktigt att sjuksköterskan i mötet var närvarande, för att sjuksköterskan skulle få en djupare förståelse om hur patienten upplevde vården. I en studie av Sundin, Norberg och Jansson (2001) visade att när sjuksköterskan var närvarande i mötet framkom en grund för att sjuksköterskan och patienten skulle våga komma varandra nära och dela känslor. Sjuksköterskorna betonade att rehabiliteringen inte skulle bestämmas för mycket i förväg, utan den skulle individanpassas efter patientens bakgrund, förmågor och önskningsar (Sundin, Norberg & Jansson 2001).

Genom att sjuksköterskan satte sig själv in i patientens situation och agerade på samma nivå kunde hon/han förstå patientens situation bättre (Sundin, Jansson & Norberg 2000). Sjuksköterskor i studien beskrev deras erfarenheter av att när patientens förtroende ökade, så ökade även dennes mod till att försöka kommunicera och be om hjälp (Sundin & Jansson 2003).

Verbal kommunikation

Det behövdes en väl fungerande verbal kommunikation för att patienten och sjuksköterskan skulle komma varandra nära (Sundin, Norberg & Jansson 2001). Med hjälp av kommunikation kunde sjuksköterskan få fram patientens åsikter och förmåga att uttrycka sina behov (Hedberg, Cederborg & Johanson 2007). Hemsley, Balandin och Worrall (2012) beskrev i sin studie att om sjuksköterskan lärde känna patienten som lider av kognitiva nedsättningar kunde det resultera i ett bättre möte, då sjuksköterskan kunde individanpassa kommunikationen efter patientens behov. När sjuksköterskan inte kände till konsekvenserna av den kognitiva nedsättningen som patienten drabbats av, uppstod en risk för att misstolka och utföra antaganden i kommunikationen (Sundin, Jansson & Norberg 2002). Det behövdes specialiserad utbildning i hur sjuksköterskor bör kommunicera med patienter med kognitiv nedsättning för att kunna förbättra kommunikationen mellan parterna (Gordon, Ellis-Hill & Ashburn 2009).

En förutsättning för att en relation mellan sjuksköterska och patient skulle kunna utvecklas var att kommunikationen bör vara öppen (Hemsley, Balandin & Worrall 2012; Nyström 2009). Nyström (2009) påpekade dessutom att kommunikationen skulle vara ärlig och då

kommunikationen var oärlig uppmärksammades detta av patienten. Tuckett (2005) beskrev i sin studie att en öppen och ärlig kommunikation förmedlade sjuksköterskans respekt för patienten. Respekt i kommunikationen kunde visas till patienten genom att tala sanning om dennes medicinska tillstånd och låta patienten veta om sin sjukdom och behandling och detta kunde därmed göra patienten delaktig i sin vård med hjälp av kommunikation (Tuckett 2005). Gordon, Ellis-Hill och Ashburn (2009) menade i sin studie att det kan vara en svår uppgift för sjuksköterskan att öka patientens delaktighet när patienten har en begränsad förmåga till att förstå och ställa frågor. Författarna till samma studie menade att en effektiv och framgångsrik kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten ansågs vara en avgörande process huruvida patienten kunde vara delaktig i sin rehabiliteringsprocess eller inte (Gordon, Ellis-Hill & Ashburn 2009).

Författarna menade att i kommunikation med patienten skulle vårdgivaren aldrig låtsas att hon/han förstår och hon/han skall inte överge konversationen utan att ha kommit överens om detta med patienten (Nordehn, Meredith & Bye 2006). I studien av Sundin och Jansson (2003) hävdade författarna att i kommunikationen var det viktigt att sjuksköterskan tolkade patientens verbala samt icke verbala kommunikation och fortsatte dialogen utifrån patientens önskan.

Sundin och Jansson (2003) och Sundin, Jansson och Norberg (2001) beskrev att en vårdande gemenskap handlade om att förstå och göra sig förstådd och var en ömsesidig konst och en kreativ handling, där sjuksköterskan i kommunikationen gjorde sig själv och patienten tillgänglig. Författarna fortsatte med att beskriva vikten av att sjuksköterskan i sitt möte med patienten värdesatte sitt yrke och ansåg sin roll i mötet som viktig. Författarna beskrev vidare att det var när detta kunde uppfyllas som sjuksköterskan i sin roll kunde bidra till att patienten kunde uppleva trygghet, förtroende och hopp och därmed kunde motivera patienten att fortsätta sträva framåt i sin rehabilitering (Sundin & Jansson 2003; Sundin, Norberg & Jansson 2001). Sundin och Jansson (2003) betonade i sin studie att kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten skulle bestå av en kontinuerlig bekräftelse av varandra. Sjuksköterskan skulle i samband med att denne inledde en dialog med patienten bedöma patientens tillstånd och förmåga till att förstå och uttrycka sig verbalt.

Icke-verbal kommunikation

Författarna betraktade fysisk kontakt som en tyst dialog och ansågs vara värdefullt för att öppna upp en möjlighet för förståelse mellan sjuksköterskan och patienten (Sundin & Jansson 2003). I studien av Sundin, Jansson och Norberg (2002) beskrev författarna betydelsen av användning av kroppsspråket i kommunikation med patienten som lider av afasi. Sundin, Norberg och Jansson (2001) beskrev att den icke-verbala kommunikationen var en viktig grund för att kunna bygga upp en bra relation. I de möten där sjuksköterskan vårdade patienter som inte kunde uttrycka sig verbalt var det viktigt att denne fortsatte kommunicera och uppmuntra patienter till att kommunicera (Nyström 2009).

Vid användning av icke verbal kommunikation i mötet med patienten som lider av en afasi var det viktigt att sjuksköterskan visade bekräftelse på att denne förstod det patienten uttryckte i sin kommunikation (Sundin, Jansson & Norberg 2002). I studien av Gordon, Ellis-Hill och Ashburn (2009) beskrev författarna att patienter oftast kompletterade den verbala kommunikationen med den icke verbala, då patienter exempelvis sökte ögonkontakt med sjuksköterskan. I studien av Hedberg, Cederborg och Johanson (2007) beskrev författarna att det var viktigt att sjuksköterskan skaffade sig kunskap om hur icke-verbal kommunikation fungerar, för att kunna minimera hotfulla ansiktsuttryck när sjuksköterskan kommunicerar med patienten (Hedberg, Cederborg & Johanson 2007). Sundin, Jansson och Norberg (2002) beskrev att en ökad medvetenhet om hur verbalt uttryck och kroppsrörelser hos patienter fungerar behövdes, för att kunna känna till om patienter ville förmedla någonting.

Patienter beskrev att när sjuksköterskan engagerade sig i kommunikationen ökade känslan av tillit hos patienten. Sjuksköterskans engagemang visade tydliga tecken på att sjuksköterskan var intresserad och förstående för att hjälpa patienten att förstå sin egen vårdssituation (Sundin, Jansson & Norberg 2002). I en studie av Sundin och Jansson (2003) beskrev författarna att sjuksköterskan upplevde att ögonkontakt, tonläge och kroppsspråk hade större betydelse än vad verbala ord hade, i mötet med patienter med kognitiv nedsättning. Sundin och Jansson (2003) menade i studien att den icke-verbala kommunikationen kunde vara den enda möjligheten för patienten att kunna kommunicera och visa sin önskan. Med hjälp av den icke-verbala kommunikationen kunde sjuksköterskan förmedla respekt till patienten. Författarna betonade att förmedling av respekt kunde ske när

sjuksköterskan exempelvis satt mitt emot patienten och mötte patientens ögonkontakt vid samma höjdnivå och på så vis visade sjuksköterskan patienten ödmjukhet (Sundin & Jansson 2003).

Sjuksköterskans förutsättningar ökade för att uppnå en lyckad och betydelsefull kommunikation när denne både hörde och såg patienten (Mol, Kraemer & Sandt-Koenderman 2011). Författarna beskrev att när sjuksköterskan kommunicerade i en långsam takt försäkrade sig denne att hon/han kunde göra sig förstådd och att patienten visade förståelse över kommunikationens innehåll (Nordehn, Meredith & Bye 2006; Sundin & Jansson 2003). Gordon, Ellis-Hill och Ashburn (2009) beskrev att sjuksköterskan ofta tolkade patientens tystnad som ett positivt svar, vilket författarna menade utgjorde en risk för en sämre vård. Sundin, Jansson och Norberg (2002) betonade i sin studie att när patienten upplevdes vara tyst i kommunikationen var detta ett tillfälle för patienten till att kunna koncentrera sig. Patienter med kognitiv nedsättning upplevde det svårt att lyssna och samtidigt utföra någon annan handling, exempelvis kommunicera verbalt eller utföra en fysisk handling och författarna uppmärksammade tydligt att detta bör beaktas i kommunikationen (Sundin, Jansson & Norberg 2002). Nyström (2009) beskrev även att kommunikationen skulle utföras med så få antal deltagare som möjligt för att skapa en större förutsättning för patienten att kunna koncentrera sig för att uttrycka sig verbalt.

I annat resultat av Darrigrand, Dutheil, Michelet, Rereau, Rousseaux och Mazaux (2011) framkom att det fanns en kommunikationsskillnad huruvida patienter med svår afasi respektive måttlig afasi kommunicerade, vilket borde kännas till av sjuksköterskan för att lättare kunna uppnå en framgångsrik kommunikation. Gordon, Ellis-Hill och Ashburn (2009) menade i sin studie att patienter med svår afasi upplevdes vara mer tysta samt bad sjuksköterskan att ofta repetera det verbala under kommunikationsprocessen, vilket upplevdes mindre hos de patienterna med måttlig svårighetsgrad av afasi. Trots detta forskningsresultat framkom dock inte att det kunde uppnås en bättre kommunikation hos patienter med måttlig afasi. Anledningen till detta ansågs enligt författarna fortfarande sakna förståelse till varför detta uppstår och anses bero på otillräcklig kompetens i hur sjuksköterskan bör kommunicera med patienter med kognitiv nedsättning (Gordon, Ellis-Hill & Ashburn 2009).

I en studie av Nyström (2009) uppkom upplevelser om huruvida patienter upplevde sig i vården ignorerade av sjuksköterskan. Patienterna ansåg att detta uppstod på grund av sjuksköterskans rädsla, där sjuksköterskan undvek att både kommunicera och söka ögonkontakt med patienten. Detta resulterade i sin tur till att rädslan överfördes till patienterna. Nyström (2009) menade även att sjuksköterskan borde ha förmågan till att kunna uppmuntra patienten att kommunicera trots att patienten hade svårt att uttrycka sig verbalt. Patienten i samma studie beskrev att när sjuksköterskan fortsatte kommunicera hade det stor betydelse för patientens välbefinnande. Hedberg, Cederborg och Johanson (2007) menade i sin studie att när sjuksköterskan sällan bad patienten att uttrycka sina åsikter och behov på grund av den kognitiva nedsättningen försämrade det patientens möjlighet till att förhandla sina egna situationer.

Faktorer som underlättar kommunikationen

I flertalet studier beskrev patienter vilka faktorer som i mötet underlättade förståelsen i kommunikationen med sjuksköterskan. De beskrev att där sjuksköterskan var ödmjuk och lugn kunde detta påverka mötet på ett positivt sätt och patienten kunde uppleva en trygghet och därmed större förståelse i kommunikationen (Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2000). Sundin, Jansson och Norberg (2000) beskrev vidare i sin studie att för att patienten skulle våga kommunicera borde sjuksköterskan visa patienten att det fanns tillräckligt med tid. Författarna menade att det var viktigt att patienten inte kände att sjuksköterskan var irriterad och stressad när denne inte förstod vad patienten försökte förmedla (Sundin, Jansson & Norberg 2000).

Sundin, Jansson och Norberg (2002, 2000) och Nyström (2009) beskrev att miljön som de befann sig i under kommunikationen hade stor betydelse för hur framgångsrik kommunikationen kunde bli. Det underlättade för patienten att förstå innehållet i kommunikationen när sjuksköterskan utförde kommunikationen i en tystare miljö och såg till så att denne befann sig i en position, där patienten lättare kunde få ögonkontakt med sjuksköterskan (Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2000; Nyström 2009). I en vårdmiljö där både sjuksköterskan och patienten vågade vara öppna för varandra kunde sjuksköterskan lättare skapa tillit med patienten (Sundin, Jansson & Norberg 2000). Sundin, Norberg och Jansson (2001) beskrev att i en helt ny situation var patienter sköra och rädda att bli

bortglömda i det utsatta läget och sårbarhet och osäkerhet uppstod, vilket ställde krav på sjuksköterskorna för att ge patienten den bästa möjliga omvårdnaden.

I ett flertal studier betonade författarna att sjuksköterskan även borde lägga fokus och tid på att se hur patienten valde att kommunicera och därmed skulle han/hon anpassa kommunikationen efter detta. Författarna menade att när sjuksköterskan litade på patienten ökade även patientens självkänsla och trygghet, tillit och tro på sjuksköterskan. När båda parter litade på varandra uppnåddes en förbättrad kommunikation (Nyström 2009; Sundin, Jansson & Norberg 2000).

Användning av humor i mötet med patienten underlättade kommunikationen, då humor enligt Sundin, Jansson och Norberg (2002, 2001) förmedlade avslappning och öppenhet. Känslan av engagemang kunde lättare uppnås med hjälp av humor och situationen upplevdes mer avslappnad. Humor beskrevs vidare vara användbar i kommunikationen, då det minskade ”gapet” mellan vårdgivaren och patienten. Humor stödjer även relationen mellan sjuksköterskan och patienten för att båda parterna skulle kunna bekanta sig med varandra. På detta sätt hjälpte sjuksköterskan patienten att uttrycka sina behov och önskningar lättare (Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2001).

Faktorer som försvårar kommunikationen

I flera studier beskrev författarna att i de fall där patienten kände sig stressad i mötet med sjuksköterskan uppstod ett hinder i kommunikationen och patienten upplevde kommunikationen som olycklig, vilket ledde till försämrade självkänsla, självständighet och förtroende (Sundin, Jansson & Norberg 2001, 2000; Anderson & Frilund 2002). Detta i sin tur ledde till att patienten upplevde ett lidande, känsla av sorg och ensamhet, vilket var vanliga känslor som ofta uppkom hos patienter med afasi. Författarna beskrev att när detta uppstod försvårades situationen och kommunikationen blev lidande. Tillbakadragande och ett isolerande beteende förekom som vanliga beteenden och ledde ofta till nedstämdhet och depression (Andersson & Friberg 2002). Sjuksköterskan kunde förebygga patientens upplevelse av utanförskap genom att anpassa kommunikationen efter patientens förutsättningar (Nyström 2009).

Andra faktorer som framkom som brist i kommunikationen var enligt Rose, Worrall, Mckenna, Hickson och Hoffman (2009) en ständig personalomsättning, patienters korta tid på avdelningen och sjuksköterskan begränsade tid för patienterna. Gordon, Ellis-Hill och Ashburn (2009) beskrev att sjuksköterskan fokuserade mer på arbetsuppgifter så som medicinska arbetsuppgifter än på att kommunicera med patienter, vilket resulterade i att patienterna upplevde sig ensamma under sin vårdtid.

Metodologisk aspekt

Författarna till föreliggande studie har valt att granska kvalitén på de inkluderade artiklarna avseende datainsamlingsmetod utifrån Forsberg och Wengström (2013), Olsson och Sörensen (2011) samt Polit och Beck (2012). Sex av de inkluderade kvalitativa artiklarna i föreliggande studie har angett tydligt var och i vilken miljö intervjuerna utfördes (Andersson & Frilund 2002; Hemsley, Balandin & Worrall 2012; Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2001, 2000). I en artikel av Andersson och Frilund (2002) beskrev författarna i sin studie att alla intervjuer utfördes hemma hos deltagarna, förutom en intervju som utfördes i ett tyst rum på ett sjukhus. I fem av de inkluderade artiklarna beskrev författarna att alla intervjuer utfördes på arbetsplatsen (Hemsley, Balandin & Worrall 2012; Sundin & Jansson 2003, Sundin, Jansson & Norberg 2002,2001,2000). En artikel saknade en tydlig beskrivning gällande vilken miljö intervjuerna utfördes i, författaren nämner enbart att intervjuerna utfördes i östra och i västra Sverige (Nyström 2009). Det framkom tydligt i sex av artiklarna från föreliggande studie vem som utförde intervjuerna (Andersson & Frilund 2002; Hemsley, Balandin & Worrall 2012; Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2001, 2000). En kvalitativ artikel angav inte hur författarna samlade in data (Tuckett 2005).

I fem av de inkluderade kvalitativa artiklarna utförde författarna videoinspelningar för att samla in data (Gordon, Ellis-Hill & Ashburn 2009; Mol et al. 2011; Nordehn, Meredith & Bye 2006; Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002). Endast i två artiklar genomfördes en ljudinspelad intervju efter videoinspelningarna, där varje sjuksköterska reflekterade över sina upplevelser från videoinspelningarna (Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002). Det framkom att fyra inkluderade artiklar inte har angett hur lång tid videoinspelningarna har tagit (Mol et al. 2011; Nordehn, Meredith & Bye; Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002). Endast i en artikel av Gordon,

Ellis-Hill & Ashburn (2009) beskrev författarna att videoinspelningarna varade 1-3 timmar. I sju av de inkluderade artiklarna beskriver författarna att alla intervjuer spelades in på band (Anderson & Frilund 2002; Hemsley, Balandin & Worrall 2012; Nyström 2009; Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2001, 2000). I en artikel beskrev författarna att datainsamlingen samlades in under 13 vårdplaneringar och alla möten spelades in på band (Hedberg, Cederborg & Johanson 2007).

Det framkom i sju artiklar att författarna använt sig av ostrukturerade intervjuer, där deltagarna individuellt uppmuntrades till att uttrycka sina upplevelser och erfarenheter (Andersson & Frilund 2002; Hemsley, Balandin & Worrall 2012; Nyström 2009; Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2001, 2000). Det framkom i fem artiklar hur lång tid intervjuerna har tagit (Hemsley, Balandin & Worrall 2012; Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2001, 2000). I en artikel varade intervjuerna mellan 20-45 minuter (Hemsley, Balandin & Worrall 2012). Tre artiklar beskrev att intervjuerna varade mellan 50-70 minuter (Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002; Andersson & Frilund 2002). I två artiklar angav författarna att intervjuerna varade mellan 30-60 minuter (Sundin, Jansson & Norberg 2001, 2000). En artikel angav inte hur lång tid intervjuerna varade (Nyström 2009).

I en kvantitativ artikel som inkluderades i föreliggande studie beskrev författarna datainsamlingsmetoden att de använde sig av ett frågeformulär med 24 frågor. Författarna beskrev tydligt att de utförde en undersökning på 164 patienter under 14 månader i sydvästra Frankrike. Författarna nämnde inte att validitets- och reliabilitets instrument diskuterats i studien (Darrigrand et al. 2011). En annan artikel som inkluderades är en kombination av både en kvalitativ och kvantitativ ansats, där författarna har använt sig av enkäter och samtidigt utfört intervjuer för att samla in data. Dock saknades en tydlig beskrivning om var och i vilken miljö författarna utförde sina intervjuer (Rose et al. 2009).

Diskussion

Huvudresultat

Huvudresultatet visade att i mötet med patienter med kognitiv nedsättning skulle sjuksköterskan respektera patientens integritet och människovärde samt stödja patienten genom dennes vårdtid. Sjuksköterskan kunde sträva efter en god relation och detta ansågs

kunna uppnås om sjuksköterskan var lugn, visade respekt, ärlighet och var trygg i sin yrkesroll. Patienten kunde därmed uppleva ökad tillit och förtroende. När sjuksköterskan i mötet uppträdde lugnt och var ödmjuk i patientens närvaro upplevde båda parterna större förståelse i kommunikationen. Icke-verbal kommunikation visade sig ha stor betydelse i mötet med patienter med kognitiv nedsättning. Sjuksköterskan kunde bemöta patienten genom att använda sig av ögonkontakt och ett anpassat tonläge tillsammans med kroppsspråk. Stress och brist på personalresurser var de faktorer som förhindrade kommunikationen och patientens möjlighet till att uttrycka sina behov och önskemål. När både sjuksköterskan och patienten befann sig i en trygg miljö ökade möjligheterna för en lyckad kommunikation.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskans förhållningssätt

Det framkom tydligt i resultatet att i mötet med patienten var det viktigt att sjuksköterskan visade respekt och var ärlig i kommunikationen (Tuckett 2005; Nyström 2009; Hemsley, Balandin & Worrall 2012; Nordehn, Meredith & Bye 2006). Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall all vård ges med respekt för den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet (Raadu 2011). Även Travelbee menade i sin omvårdnadsteori att när patienten hade möjligheten att göra ett val ansågs detta vara en faktor som hade störst betydelse för att individen skulle kunna bevara upplevelsen av kontrollen över sitt eget liv och öde (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). I tidigare forskning beskrev författarna att om patientens autonomi, integritet, värdighet och rättigheter bevarades kunde patienten uppleva god vård (Gedda & Snellman 2012).

Enligt Socialstyrelsen (2005) skall sjuksköterskan vara medveten om hur bemötandet kan påverka mötet. Travelbee beskrev i hennes omvårdnadsteori hur patienten i de situationer de inte kunde acceptera sin nya livssituation kunde starka känslomässiga reaktioner uppstå (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). Något som framkom tydligt i resultatet i föreliggande studie var vikten av att sjuksköterskan betraktade varje patient som en unik person och att sjuksköterskan behandlade alla patienter individuellt (Sundin, Jansson & Norberg 2000). Travelbee ansåg att trots att en skada eller en sjukdom utgjorde ett hot mot patienten var den innebörd som tillfördes situationen individuell och kunde variera från

person till person, därför borde sjuksköterskan anpassa mötet individuellt (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). I ett flertal studier framkom att ett individuellt bemötande kunde uppnås då sjuksköterskan visade tålmod, var lyhörd och gjorde sig tydlig för patienten (Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002; Nordehn, Meredith & Bye 2006). I ett flertal studier beskrev författarna betydelsen av att sjuksköterskan skulle ha förmågan till att aktivt lyssna och vara öppen för information oberoende av vad patienten lyfte fram i mötet (Erikson & Nilsson 2007; Berg & Danielsson 2007).

Verbal och icke-verbal kommunikation

I resultatet av föreliggande studie framkom tydligt att patienter med kognitiv nedsättning hade svårt att kommunicera och uttrycka sina behov och önskningar (Sundin, Jansson & Norberg 2001, 2000). Annat som framkom tydligt i resultatet och som hade en väsentlig betydelse i omvårdnadssammanhang var att när patienten förlorade sin kommunikationsförmåga upplevde denne sig vara i en utsatt och maktlös situation. I samma studie belyste författarna även att detta stärkte känslan av patientens förlust av självständighet och lidande kunde upplevas (Sundin, Jansson & Norberg 2001). Det var viktigt att beakta detta och Travelbee betonade tydligt i sin teori att, ju större betydelse det förlorade har desto starkare upplevde patienten känslan av lidande (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). Travelbee menade att något som inte får glömmas bort var att en patients upplevelse var individuell och borde inte jämföras mellan patienter. Travelbee uppmärksammade betydelsen av detta när hon i sin teori belyste att sjuksköterskan kunde förstå patienten bättre om han/hon satte sig själv in i patientens situation. Travelbee menade dessutom att ett tillstånd med svårt lidande kunde utvecklas oberoende av det medicinska tillståndet även om den medicinska diagnosen inte var speciellt allvarlig eller om prognosen objektivt sett kunde vara god (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006).

Travelbee beskrev lidande som den enskilda människans reaktion i mötet med sin sjukdom och förlust, dock kunde lidandet lindras, vilket framkom i resultatet av Andersson och Frilund (2002). I ett flertal studier beskrev författarna att sjuksköterskan borde i omvårdnaden hjälpa patienten att lindra sitt lidande genom att exempelvis vara lyhörd och stanna hos patienten för att trösta. Vidare beskrev de att sjuksköterskan skulle sträva efter att hjälpa patienten att uppfylla dennes behov och önskningar (Sundin, Jansson & Norberg 2001, 2000). Något som kunde vara av stor betydelse i omvårdnadssammanhang var enligt

Travelbee när sjuksköterskan använde sig själv terapeutiskt. I enlighet med Travelbees mening kunde detta främja en önskad förändring hos patienten, vilket kunde leda till att minska patientens lidande (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006).

Travelbee menade att kommunikation borde tillämpas i omvårdnadssammanhang som ett redskap och användas i syfte till att förstå, möta och hjälpa patienten att klara sin sjukdom, sitt lidande och sin ensamhet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). Något som framhövdes tydligt i resultatet av Gordon, Ellis-Hill och Ashburn (2009) och Tuckett (2005) var att sjuksköterskan med hjälp av icke verbal kommunikation kunde uppnå en framgångsrik och effektiv kommunikation och kunde även resultera i ökad delaktighet hos patienten, vilket troligen minskade känslan av maktlöshet. Något som ytterligare framkom i resultatet och som inte borde uteslutas, var att det kan vara en svår uppgift för sjuksköterskan att öka patientens delaktighet när patienten hade en begränsad förmåga till att tala och förstå (Gordon Ellis-Hill & Ashburn 2009). I en ny studie av Lang (2012) betonade författaren tydligt betydelsen av att uppnå en effektiv kommunikation och att detta betraktades som en bekräftelse för sjuksköterskan att ha kunnat uppfylla patientens behov, vilket kunde ses samstämma med Travelbees teori. Hon beskrev att med hjälp av kommunikation kunde sjuksköterskan säkerställa att de åtgärder som utfördes överensstämde med patientens behov (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006).

Ett flertal studier i resultatet beskrev att sjuksköterskan borde i mötet med patienter med kognitiv nedsättning ta hjälp av icke- verbal kommunikation för att uppnå en god relation (Hemsley, Balandin & Worrall 2012; Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2001). En ny studie av Borthwick (2012) uppmärksammade betydelsen av den icke- verbala kommunikationen och han tillsammans med en annan forskningsstudie av Erikson och Nilsson (2007) styrkte att en god relation kunde lättare uppstå om sjuksköterskan var medveten om hur denne borde använda sig även av den icke- verbala kommunikationen. Detta ansåg Travelbee vara viktigt i omvårdnadssammanhang och kunde enligt Travelbee skapa en känsla av trygghet hos patienten (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). Sundin och Jansson (2003) visade i sitt resultat att då patienten upplevde trygghet ökade patientens hopp och motivation till att sträva framåt i sin rehabilitering. När människan förlorade hoppet kunde denne enligt Travelbee inte se någon möjlighet att förändra och förbättra sin livssituation. Människans grundläggande tillit till omvärlden beskrev Travelbee vara hoppets kärna och upplevelsen av

tillit och hopp kunde bevaras om omgivningen tillgodosåg individens behov av hjälp (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). När sjuksköterskan i sitt yrke strävade efter att uppfylla patientens behov hjälpte detta patienten att sträva framåt (Sundin, Jansson & Norberg 2000).

Grunden för att uppleva trygghet menade Travelbee var känslan av tillit och förtroende (Kristoffersen Nortvedt & Skaug 2006). I ett flertal studier som var beskrivna i resultatet betonade författarna tydligt hur en lugn, ödmjuk, tillmötesgående och trygg sjuksköterska gav ett ökat förtroende i relationen (Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2000; Nyström 2009; Hemsley, Balandin & Worrall 2012). Nyare studier av Dinc och Gastman (2013, 2012) uppmärksammade att upplevelsen av tillit och förtroende resulterade i att patienten upplevde sig bra bemött av sjuksköterskan, vilket kunde igenkännas i Travelbees omvårdnadsteori. Travelbee beskrev vidare att sjuksköterskan kunde genom sina handlingar visa patienten att han/hon var en person som patienten kunde lita på (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006).

Faktorer som underlättar och försvårar kommunikationen

I resultatet framkom i flertalet studier att sjuksköterskan upplevde stress och tidsbrist som ett hinder i kommunikationen och ledde till en bristande förståelse (Sundin, Jansson & Norberg 2001, 2000; Rose et al. 2009). Detta överensstämde även med andra nya studier av Lang (2012) och Erikson och Nilsson (2007), där resultatet visade att stress och tung arbetsbelastning påverkade sjuksköterskans möjlighet att spendera tid med patienten. Även Berg och Danielsson (2007) nämnde i sin studie att när mötet mellan sjuksköterskan och patienten var kort försämrades sjuksköterskans förutsättningar till att skapa en bra relation med patienten.

Något som patienter upplevde vara uppskattat i studien av Erikson och Nilsson (2007) var att patienten kunde uppleva att kommunikationen var givande om de kände sig välkomnade av sjuksköterskan. Likheter framkom i Travelbees teori, där det beskrevs att sjuksköterskan borde i mötet använda sig själv på ett medvetet och genomtänkt sätt i sina relationer till andra människor. Travelbee ansåg detta vara viktigt för att kunna uppnå en önskad förändring hos patienten (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). Patienter uppskattade när sjuksköterskan i kommunikationen ansträngde sig, visade omtänksamhet och ett leende trots att situationen de befann sig i upplevdes som stressig (Berg & Danielsson 2007). Något som

ytterligare framkom i resultatet var att patienten uppmärksammade om sjuksköterskan var oengagerad och detta resulterade i dåliga erfarenheter för patienten (Sundin, Jansson & Norberg 2002). Thompson och Mckeever (2012) framhävde likheter, där författarna ansåg att vänlighet och omtänksamhet från sjuksköterskan ansågs vara viktigare än den verbala kommunikationen.

Det framkom att patienter med kognitiv nedsättning behövde mycket tid för att kommunicera och uttrycka sig, därför skulle sjuksköterskan enligt Travelbee ha de kunskaper och färdigheter som behövdes för att uppfylla detta (Sundin, Jansson & Norberg 2001, 2000; Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). En känsla av frustration hos patienten kunde upplevas, då sjuksköterskan inte förstod vad patienten ville förmedla (Kumlien & Axelsson 2000) och Travelbee menade att sjuksköterskan kunde undvika sådana situationer om sjuksköterskan utöver viljan till att anstränga sig i kommunikationen dessutom hade kompetensen (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). I studien av Erikson och Nilsson (2007) ansåg författarna att när sjuksköterskan ignorerade patienten minskade sjuksköterskans möjligheter till att kunna möta patienten på samma vårdnivå. Att möta patienten på samma nivå ansåg Travelbee kunde uppnås lättare om sjuksköterskan kände till patientens upplevelse av sin situation och förstod den mening som patienten lade in i situationen (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006).

Enligt Travelbee kännetecknades det första mötet mellan sjuksköterskan och patienten av att de fick ett första intryck av varandra som personer. I första mötet baserades det första intrycket av observation av den andres uppträdande, handlingar och språkbruk (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). Det framkom tydligt i resultatet att i mötet med patienten var det viktigt att patienten inte kände att sjuksköterskan var irriterad och stressad (Sundin, Jansson & Norberg 2000; Nyström 2009). Erikson och Nilsson (2007) ansåg att när situationen upplevdes som exempelvis stressig skulle sjuksköterskan ha förmågan att bemästra sina reaktioner. Detta ansåg författarna vara viktigt för att det inte skulle ske en överföring av liknande känslor till patienten och sjuksköterskan skulle vara medveten om hur sin egen sinnesstämning och sina reaktioner kunde påverka patienten, vilket kunde medföra att en oönskad relation inte uppstod (Erikson & Nilsson 2007). Travelbee beskrev vidare att det var viktigt att sjuksköterskan intresserade sig av patienten som person och bröt sig loss från sina förutfattade meningar. I de fall där sjuksköterskan saknade denna förmåga

blev omsorgen mekanisk, ytlig och opersonlig och sjuksköterskan bemötte den sjuke som en patient och inte som en unik individ (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006).

Det framkom i resultatet att patienten upplevde en ökad känsla av tillit och förtroende när sjuksköterskan visade att denne ansträngde sig för att förstå patienten och göra sig förstådd (Hemsley, Balandin och Worrall 2012). I en ny forskningsstudie av Thompson & Mckeever (2012) beskrev författarna att när sjuksköterskan hade en empatisk förmåga och ansträngde sig i kommunikationen förbättrades relationen genom att patienten upplevde ett större förtroende och välbefinnande. Empatisk förmåga kunde enligt Travelbee ge viktig information i omvårdnadssammanhang, när det gällde att förstå den andra personens inre upplevelse och yttre beteende. Travelbee beskrev vidare att empati är en förmåga att tränga in, delta i eller förstå det psykologiska tillstånd som en annan individ befann sig i (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006).

Flera studier belyste en viktig del i kommunikationen när sjuksköterskan pratade över huvudet på patienten, vilket betydde att patientens närvaro inte hade någon betydelse (Nyström 2009; Thompson & Mckeever 2012). Travelbee menade i sin teori att detta borde undvikas, då känslan av att betyda något stärkte patientens upplevelse av meningsfullhet i sin nya livssituation och för att kunna utveckla och upprätthålla en sådan upplevelse av mening för patienten behövde människan kontinuerligt få stöd och hjälp av både anhöriga och professionella hjälpare (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). Thompson och Mckeever (2012) menade att när sjuksköterskan tog kontroll över kommunikationen fick patienten för lite inflytande och patienten förlorade sin rätt att delta i sin egen vård. Travelbee betonade att sjuksköterskan borde ha förmågan till att kunna skilja mellan sina egna och patientens behov, så att denne inte överförde sina behov genom kommunikationen på patienten (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006).

Metodologisk aspekt

Det framkom i litteraturstudiens resultat att sex kvalitativa artiklar beskrev sina datainsamlingsmetoder om var och i vilken miljö intervjuerna utförts (Andersson & Frilund 2002; Hemsley, Balandin & Worrall 2012; Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2001, 2000). Forsberg och Wengström (2013) påpekade att intervjuerna borde genomföras i en ostörd miljö för att kunna minimera eventuella felkällor som kan

förekomma vid intervjuer. I en artikel framkom det att alla deltagarna genomförde sina intervjuer i hemmiljö förutom en deltagare, där intervjun ägde rum på ett tyst rum på sjukhuset (Andersson & Frilund 2002). Genom att författarna utförde intervjuer i deltagarnas hem kunde detta vara till en fördel då deltagarna kunde känna sig mer bekväma och vågade besvara frågeställningarna (Forsberg & Wengström 2013; Polit & Beck 2012). Resterande fem artiklar utförde sina intervjuer på arbetsplatser (Hemsley, Balandin & Worrall 2012; Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2001, 2000). Författarna till föreliggande studie ansåg att när deltagarna befann sig i en stressande miljö exempelvis på sin egen arbetsplats kunde det påverka resultatet då deltagarna kände sig obekväma till att svara ärligt. Forsberg och Wengström (2013) menade att störande moment som exempelvis att bli avbruten av telefonsamtal eller andra personer borde undvikas vid intervjuer. En artikel av Nyström (2009) saknade en tydlig beskrivning om vilken miljö författaren utfört sina intervjuer. Forsberg och Wengström (2013) tillsammans med Polit och Beck (2012) beskrev att för att öka svarens giltighet har platsen för intervjun en stor betydelse för studiens trovärdighet och de menade att en studies trovärdighet stärktes om platsen angavs.

Det framkom i sju artiklar att författarna använde sig av ostrukturerade intervjuer (Andersson & Frilund 2002; Hemsley, Balandin & Worrall 2012; Nyström 2009; Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2001, 2000). Styrkan med ostrukturerade intervjuer ansåg Forsberg och Wengström (2013) ligga i att intervjun byggde på och förtydligade de observationer forskaren gjorde. En annan fördel var att frågorna som författarna använde sig av var öppna frågor, vilket ökade informantens möjlighet till att fritt berätta om ett eller flera teman. Olsson och Sörensen (2011) menade att detta sätt resulterade i sin tur till ökad och djupare förståelse för det fenomen som författarna studerade. Svagheten med denna typ av intervju var att det kunde påverka deltagaren om vissa frågor inte uppkom naturligt under intervjun (Forsberg & Wengström 2013).

Det framkom i fem artiklar hur lång tid intervjuerna varade (Hemsley, Balandin & Worrall 2012; Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2001, 2000). I en artikel angav inte författaren hur lång tid intervjuerna varade (Nyström 2009). Författarna beskrev att tidsaspekten var viktig för studiens resultat, då intervjuerna var tidskrävande (Olsson & Sörensen 2011). Polit och Beck (2012) påpekade att för att öka svarens giltighet var det

viktigt att forskaren tog sig tid i början av intervjun för att deltagaren skulle känna sig bekväm under intervjun.

Det framkom i fem artiklar att författarna utfört videoinspelningar för att samla in data (Gordon, Ellis-Hill & Ashburn 2009; Mol et al. 2011; Nordehn, Meredith & Bye 2006; Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002). I två av dessa fem artiklar genomförde författarna ytterligare en ljudinspelad intervju med varje sjuksköterska efter videoinspelningarna. Sjuksköterskorna uppmanades av författaren att berätta om sina upplevelser och erfarenheter från videoinspelningarna (Sundin & Jansson 2003; Sundin, Jansson & Norberg 2002). Forsberg och Wengström (2013) menade att det var viktigt att intervjuaren uppmanade deltagaren att ge uttryck för sina uppfattningar, upplevelser och värderingar. Olsson och Sörensen (2011) menade även att utifrån informantens perspektiv var upplevelser och erfarenheter en förutsättning för att forskaren skulle kunna tolka den information som denne fått.

I en kvantitativ artikel av Darrigrand et al. (2011) framkom det att författarna använde sig av ett frågeformulär för att samla in data. Det saknades en beskrivning om validiteten och reliabiliteten i studien. Olsson och Sörensen (2011) menade att formuläret måste testas från validitets- och reliabilitetssynpunkt för att kunna öka studiens trovärdighet. Detta var en förutsättning som påverkade slutresultatet, för att resultatet skulle kunna generaliseras måste mätmetoden ha god reliabilitet och validitet. En annan artikel som inkluderades var en kombination av både en kvalitativ och kvantitativ ansats, där författarna använt sig av enkäter och intervjuer med deltagarna (Rose et al. 2009). Forsberg och Wengström (2013) beskrev att fördelen med dessa mixade metoder var att det specifika fenomenet kunde belysas utifrån olika perspektiv. Författarna menade även att intervjuer var en grund för att man skulle kunna utveckla en hypotes och därefter kunna undersöka en större grupp med fler deltagare.

Metoddiskussion

Författarna till föreliggande studie valde att granska vetenskapliga artiklar som inte var äldre än 15 år. Alla 14 vetenskapliga artiklar som författarna använde i studiens resultat var från år 2000-2012, vilket gav en aktuell bild av det valda omvårdnadsämnet dock var nio artiklar äldre än 5 år och resterande yngre än 5 år. Detta ansåg författarna till litteraturstudien vara

en styrka, då resultatet kombinerades med äldre och nyare forskning. Författarna valde att granska både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar för att få en större inblick inom det valda omvårdnadsämnet.

Fördelar med kvalitativa studier var att de innefattade intervjuer med enskilda individer, vilket kunde ge ett större perspektiv och djupare förståelse. Kvantitativa studier kunde ge ett större urval med fler deltagare och forskaren hade inte möjligheten till att personligen kunna möta alla deltagare i studien (Olsson & Sörensen 2011; Forsberg & Wengström 2013). Detta ansåg författarna till föreliggande studien vara både en styrka och en svaghet. Att inte möta deltagarna betraktades av uppsatsförfattarna vara en fördel, då forskaren inte kunde påverka deltagarnas möjlighet till att svara ärligt. En svaghet kunde vara möjligheten att försäkra sig att deltagaren gjorde sig förstådd med enkätens innehåll inte fanns. Styrkor att inkludera artiklar med både kvalitativa och kvantitativa ansatser ökade trovärdigheten genom att de belyste problemet från olika perspektiv (Olsson & Sörensen 2011)

En svaghet med denna litteraturstudie kan vara att alla vetenskapliga artiklarna var skrivna på engelska, där eventuella brister i översättningen och språkkunskaper öppnade upp för misstolkningar. För att minska risken för dessa misstolkningar har författarna tillsammans diskuterat artiklarnas innehåll. Ytterligare en svaghet var att uppsatsförfattarna inte använde sig av svenska MeSH termer vid artikelsökningen. Anledningen till varför författarna till föreliggande studie endast använde fria sökord var för att de gav en relevant sökning till det valda omvårdnadsämnet.

Allmän diskussion

I denna studie framkom att sjuksköterskans bemötande påverkade hur patienten upplevde vården och när sjuksköterskan lärde känna patienten uppstod möjligheten att kunna individanpassa kommunikationen med patienten (Hemsley, Balandin & Worrall 2012). Det framkom att det krävdes att sjuksköterskan hade tillräcklig förståelse och kompetens för att kunna observera och tolka olika händelser, uttryck och känslor. När patienter upplevde att sjuksköterskan hade förståelse över hur han/hon upplevde situationen och gav tillräckligt med stöd blev situationen hanterbar. Om patienten upplevde sin situation som trygg kunde patienten få ökat förtroende för vården (Sundin, Jansson & Norberg 2002, 2000; Nyström 2009; Hemsley, Balandin & Worrall 2012).

Genom denna litteraturstudie har författarna förhoppningar om att resultatet ger ökad kunskap angående hur sjuksköterskan bör kommunicera med patienter som lider av en kognitiv nedsättning. I sjuksköterskans dagliga arbete i vården kommer denne alltid att möta patienter i utsatta situationer. Ett gott bemötande och rätt känsla hade väsentlig betydelse i mötet med patienten. När sjuksköterskan möter patienter med nedsatt eller utebliven kommunikationsförmåga, kan det vara väl behövligt för sjuksköterskan att kunna observera och tolka de kroppsspråk som patienten använder i kommunikationen.

En brist i kommunikationen ökar lidandet hos patienten när denne inte kan kommunicera eller delta i sin egenvård. Det uppstod brist i kommunikationen på grund av ständig personalomsättning, patienters korta vistelse på avdelningen och den begränsade tiden för patienterna (Rose et al. 2009). Författarna till föreliggande studie ansåg att bristen på personalresurser inte var något som sjuksköterskan kunde påverka, men denna faktor förhindrade sjuksköterskans möjlighet till att kunna bemöta och kommunicera med patienten på ett professionellt sätt. När sjuksköterskan i den kliniska verksamheten upplevde tidsbrist försämrades sjuksköterskans förutsättningar till att kunna utföra en god omvårdnad.

Slutsats

Det krävs professionell kompetens för att sjuksköterskan skall kunna bemöta och kommunicera med patienter med kognitiv nedsättning, då detta har en direkt påverkan på hur patienten upplever sin vård. Brist på kompetens, personalresurser och tid var faktorer som påverkade kommunikationen negativt. De faktorer som visade sig underlätta kommunikationen var användning av verbal och icke- verbal kommunikation, en bra vårdmiljö, en trygg, lugn och ödmjuk sjuksköterska. Sjuksköterskan behöver ha självinsikt och förståelse om mänskligt beteende i mötet med patienter som har en kognitiv nedsättning. Sjuksköterskan bör även känna till sina egna värderingar och förhållningssätt i mötet med patienter och kunna ha förmågan att förutse både sitt eget och patientens beteende.

Förslag på vidare forskning

Att patienter med kognitiv nedsättning kan kommunicera och uttrycka sig är av stor betydelse för patientens välbefinnande. Det krävs vidare forskning om metoder och strategier för hur sjuksköterskan skall bemöta och kommunicera med patienten för att kunna uppnå en bättre vårdkvalité. Trots att kunskap i ämnet finns förekommer svårigheter hos sjuksköterskan i bemötande och kommunikation. Kontinuerlig forskning behövs för att

synliggöra patientens upplevelse av vården och därmed förbättra sjuksköterskans förmåga att bemöta och kommunicera med patienter som lider av en kognitiv nedsättning orsakad av stroke.

Referenser

Alla artiklar presenterade i resultatet är markerade med *

*Andersson, S. & Frilund, B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3) ss. 285–292.

Ahlberg, A-W., Lundqvist, N. & Sörbom, G. (2001). Norstedts latinska-svenska ordbok. 2. uppl., Stockholm: Norstedts ordbok.

Berg, L. & Danielson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), ss. 500-506.

Bocart, V., Fox, M., McGilton, K S., Rochon, E., Sidani, S. & Sorin-Peters, R. (2012). Patient-centered communication intervention study to evaluate nurse-patient interactions in complex continuing care. *BioMed Central*, 12(61), ss. 1-9.

Borthwick, S. (2012). Communication impairment in patients following stroke. *Nursing Standard*, 26(19), ss. 35-41.

*Darrigrand, B., Dutheil, S., Michelet, V., Rere, S., Rousseaux, M. & Mazaux, J. (2011). Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 33(13-14), ss. 1169-1178.

Dinc, L. & Gastmans, C. (2012). Trust and trustworthiness in nursing: an argument-based literature review. *Nursing Inquiry*, 19(3), ss. 223-237.

Dinc, L. & Gastmans, C. (2013). Trust in Nurse-Patient Relationships: A Literature Review. *Nursing Ethics*, 20(5) ss. 1-16.

Edberg, A- K. & Wijk, H. (red.) (2009). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. 1. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Eide, H. & Eide T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation, relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E. & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar, specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. 2. uppl., Studentlitteratur.

Erikson, I. & Nilsson K. (2007). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counseling – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(17), ss. 2352-2359.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier, värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Fossum, B, (red.) (2007). *Kommunikation samtal och bemötande i vården*. 1. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. & Öhlén, J. (2009). *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. 1. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Gedda, K M. & Snellman I. (2012). The value ground of nursing. *Nursing Ethics*, 19(6), ss. 114-126.

*Gordon, C., Ellis-Hill, C. & Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication ability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), ss. 544-553.

Haghgoo, H A., Hosseini, A S., Pazuki, E S. & Rassafiani, M. (2013). Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of Neurological Sciences*, 328(1-2), ss. 87-91.

*Hedberg, B., Cederborg, A-C. & Johanson, M. (2007). Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *Journal of Nursing Management*, 15(2), ss. 214-221.

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

Kristoffersen Jahren, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.) (2006). Grundläggande omvårdnad. 4. 1.uppl., Stockholm: Liber.

Kumlien, S. & Axelsson, K. (2000). The nursing care of stroke patients in nursing homes. Nurses' descriptions and experiences relating to cognition and mood. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), ss. 489-497.

Lang, E-V. (2012). A better patient experience through better communication. *Journal of Radiology Nursing*, 31(4), ss. 114-119.

Larsson, I., Rahne Hasselbalch, L. & Palm, L. (2008). Patientkommunikation i praktiken: information, dialog, delaktighet. Studentlitteratur.

*Mol, L., Kraemer, E. & Sandt-Koenderman, M. (2011). Gesturing by speakers with aphasia: How does it compare? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56(4), ss. 1224-1236.

*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. *Top Stroke Rehabil*, 13(1), ss. 68-77.

*Nyström, M. (2009) Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues. *Journal of Clinical Nursing*, 18(17), ss. 2503-2510.

Olsson, H. & Sörensen S. (2011). Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv. 3. uppl., Stockholm: Liber AB.

Patientnämnden (2012). Kvalitets- och Patientsäkerhetsberättelse.

http://www.lg.se/Global/Jobba_med_oss/vardgivarportalen/Patientsakerhet/Patientsakerhetsberattelse_2012.pdf [2013-10-14].

Polit, D F. & Beck C T. (2012). Nursing research, generating and assessing evidence for nursing research. Lippincott Williams & Wilkins.

Raadu, G. (2011). Författningshandbok 2011 För personal inom hälso- & sjukvård. Stockholm: Liber.

*Rose, T A., Worrall, L-E., Mckenna, K-T, Hickson, L-M. & Hoffman, T-C. (2009). Do people with aphasia receive written stroke and aphasia information. *Aphasiology*, 23(3), ss. 364-392.

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1> [2013-04-08].

*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), ss. 107-116.

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

*Sundin K., Norberg A. & Jansson. (2001). The meaning of Skilled Care Provider's Relationships with Stroke and Aphasia Patients. *Qualitative Health Research*, 11(3), ss. 308-321.

*Sundin, K., Jansson, L. & Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), ss. 481-488.

Thompson, J. & Mckeever, M. (2012). The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: an exploration using the Theory of Human Scale Development. *Journal of Clinical Nursing*, ss. 1-11.

*Tuckett, A G. (2005). The care encounter: pondering caring, honest communication and control. *International Journal of Nursing Practice*, 11(2), ss. 77-84.

Vårdguiden (2010). Kommunicera och förstå.

<http://www.vardguiden.se/Tema/Funktionsnedsattning/Stod-i-vardagen/Kommunicera-och-forsta/> [2013-04-17].

Vårdhandboken (2013). Afasi, dysartri, dysfagi - vård och bemötande.

<http://www.vardhandboken.se/Texter/Afasi-dysartri-dysfagi-vard-och-bemotande/Oversikt/> [2013-09-03].

Bilaga 1

Tabell 1. Artikelsökning via databasen PubMed.

Databas	Sökord	Antal träffar	Granskade artiklar	Använda artiklar
PubMed	Nurs* AND communication AND stroke patients	166	5	1
PubMed	Nurs* AND communication AND aphasia	55	3	1
PubMed	Patient experience AND stroke patients AND communication AND nurs*	18	1	-
PubMed	Encounter AND aphasia	11	1	-
PubMed	Encounter AND nurs* AND aphasia	2	-	-
PubMed	Nurs* AND communication AND stroke patients AND encounter	2	1	1
PubMed	Nurse-patient relationship AND patient experience AND aphasia	2	-	-
Total			11	3

Bilaga 2

Tabell 2. Artikelsökning via databasen Cinahl.

Databas	Sökord	Antal träffar	Granskade artiklar	Använda artiklar
Cinahl	Nurs* AND communication AND stroke patients	107	6	3
Cinahl	Nurs* AND communication AND aphasia	48	17	3
Cinahl	Encounter AND aphasia	11	4	1
Cinahl	Patient experience AND stroke patients AND communication AND nurs*	8	2	2
Cinahl	Encounter AND nurs* AND aphasia	3	1	1
Cinahl	Nurs* AND communication AND stroke patients AND encounter	2	1	1
Cinahl	Nurse-patient relationship AND patient experience AND aphasia	1	1	-
Total			32	11

Bilaga 3

Tabell 3: Översikt av valda källor v.g. författare, publikationsår, titel, design, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

Författare Publ.år	Titel	Design	Unders. grupp	Datainsamlings- metod	Dataanalys- metod
Andersson S. & Frilund B. 2002.	The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design.	12 patienter: 7 män/5 kvinnor. Ålder: 28-92 år. Diagnos: Afasi, stroke.	Individuella intervjuer med 5 öppna frågor. Varje intervju varade 1 timme. Transkriberades.	Grounded theory.
Darrigrand B., Dutheil S., Michelet V., Rere S., Rousseaux M. & Mazaux J. 2011.	Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia.	Kvantitativ ansats. Undersökande design.	164 patienter. Ålder: 18-85 år Diagnos: Afasi efter stroke.	Frågeformulär 24 frågor.	SPSS 9.0, ECVB, Kruskal-Wallis, Mann & Whitney test, χ^2 test , Spearman correlation rank test.
Gordon C., Ellis-Hill C & Ashburn A. 2009.	The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication ability after stroke	Kvalitativ ansats. Undersökande design.	5 patienter: 3 män/2 kvinnor. Ålder: 43-84 år Diagnos: Afasi 14 sjuksköterskor Erfarenhet: 6 mån-20 år.	Videinspelning 1-3 timmar.	Innehålls- analys.
Hedberg B., Cederborg A. & Johanson M. 2007.	Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication.	Kvalitativ ansats. Explorativ beskrivande design.	13 patienter: 3 män/10 kvinnor. Ålder: 64-94 år. Diagnos: Stroke. 39 vårdgivare: 3 män/ 36 kvinnor.	Data samlades in under 13 vårdplaneringar. Bandinspelning. Transkriberades.	Innehålls- analys.

Författare Publ.år	Titel	Design	Unders. grupp	Datainsamlings- metod	Dataanalys- metod
Hemsley B., Balandin S. & Worrall L. 2012.	Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and facilitator to successful communication in hospital.	Kvalitativ ansats. Jämförande design.	Sjuksköterskor Erfarenhet: 1-30 år.	Individuella djupintervjuer med en öppen fråga. Varje intervju varade 20-45 minuter. Bandinspelning. Transkriberades.	Innehålls- analys.
Mol L., Krahmer E. & Sandt- Koenderman M. 2011.	Gesturing by speakers with aphasia: How does it compare?	Kvalitativ ansats. Jämförande design.	25 patienter: 16 män/9 kvinnor. Ålder: 20-85 år Diagnos: Afasi.	Videoinspelning.	Statistisk analys.
Nordehn G., Meredith A & Bye L. 2006.	A preliminary investigation of barriers to achieving patient- centered communicat ion with patients who have stroke related communicat ion disorders.	Kvalitativ ansats. Explorativ design.	7 patienter: 2 män/5 kvinnor. Ålder: 40-75 år. Diagnos: Stroke.	En lista med 10 öppna frågor under en timmes sessioner. Videofilmades.	Innehålls- analys.
Nyström M. 2009.	Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design.	9 patienter: 5 män/ 4 kvinnor. Ålder: 45-72 år Diagnos: Afasi, stroke.	Individuella djupintervjuer. Bandinspelning. Transkriberades.	Innehålls- analys.
Rose T A., Worrall L-E., Mckenna K-T., Hickson L-M. & Hoffman T- C. 2009.	Do people with aphasia receive written stroke and aphasia information?	Kvantitativ och kvalitativ ansats. Undersökande design.	39 patienter: 23män/16 kvinnor Ålder: 32-84 år Diagnos: Afasi, stroke.	Frågeformulär 10 frågor. Intervjuer.	Mann Whitney. Pearson's chi square test.

Författare Publ.år	Titel	Design	Unders. grupp	Datainsamlings- metod	Dataanalys- metod
Sundin K., Norberg A. & Jansson L. 2002.	Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia a phenomenological hermeneutic inquiry.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design.	3 patienter: 3 män. Ålder: 62, 79, 80 år. Diagnos: Stroke. 5 sjuksköterskor Ålder: 27-64 år Erfarenhet: 4-12 år.	15 individuella intervjuer. Varje intervju varade 50-70 minuter. Videospelning. Transkriberades.	Innehålls- analys
Sundin K. & Jansson L. 2003.	Understanding and being understood ' as a creative caring phenomenon - in care of patients with stroke and aphasia.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design.	3 patienter. Ålder: 62,79,80 år. Diagnos: Stroke. 5 sjuksköterskor. Ålder: 27-64 år Erfarenhet: 4-12 år.	Individuella intervjuer. Varje intervju varade 15-25 minuter. Videospelning. Transkriberades.	Innehålls- analys
Sundin K., Norberg A & Jansson L. 2000.	Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design.	10 sjuksköterskor. Ålder: 27-64 år. Erfarenhet: 1-12 år.	Individuella intervjuer. Varje intervju varade 30-60 minuter. Bandinspelning. Transkriberades.	Fenomenolo gisk- hermeneutisk metod.
Sundin K., Norberg A & Jansson L. 2001.	The meaning of Skilled Care Providers' Relationships with Stroke And Aphasia Patients.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design.	5 sjuksköterskor. Ålder: 27-64 år. Erfarenhet: 4-12 år.	Individuella intervjuer. Varje intervju varade 30-60 minuter. Bandinspelning. Transkriberades.	Fenomenolo gisk- hermeneutisk metod.
Tuckett A-G. 2005.	The care encounter: pondering caring, honest communication and control.	Kvalitativ ansats. Beskrivande design.	Patienter med stroke.	Anges ej.	Grounded theory.

Bilaga 4

Tabell 4: Översikt av författare, publikationsår, titel, syfte och resultat.

Författare Publ.år	Titel	Syfte	Resultat
Andersson S. & Frilund B. 2002.	The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis.	Att skapa fram en teoretisk modell utifrån ett omvårdnadsperspektiv huruvida patienter med afasi upplever bemötande med andra människor.	När patienten upplevde ett samtal som olyckligt ledde det till försämrad självkänsla och förtroende för att kommunicera. Sorg, apati och ensamhet var vanliga känslor som ofta uppkom hos patienter med afasi. God kommunikation och stöd från sjuksköterskan ansågs vara värdefullt och stärkte patientens självkänsla och minskade känslan av utanförskap.
Darrigrand B., Dutheil S., Michelet V., Rere S., Rousseaux M. & Mazaux J. 2011.	Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia.	Att undersöka skillnaden i de aktivitetsbegränsningar som uppstår i kommunikationen hos patienter med måttlig respektive svår afasi samt undersöka den verbala och icke verbala kommunikationen.	Patienter med svår afasi och måttlig afasi hade tydliga kommunikationssvårigheter. Patienter med svår afasi upplevdes tystare under vårdtiden och krävde mycket upprepningar i kommunikationen för att förstå.
Gordon C., Ellis-Hill C. & Ashburn A. 2009.	The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke.	Att undersöka hur vårdpersonalen på en stroke avdelning och patienter med afasi och dysartri kommunicerar med varandra.	En effektiv och framgångsrik kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten ansågs vara en avgörande process huruvida patienten kunde vara delaktig i sin rehabiliteringsprocess eller inte. Det behövdes en specialiserad utbildning i huruvida sjuksköterskan borde kommunicera med patienter med kognitiv nedsättning för att kunna förbättra och undvika misstolkningar i kommunikationen.

Författare Publ.år	Titel	Syfte	Resultat
Hedberg B., Cederborg A. & Johanson M. 2007.	Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication.	Att undersöka och beskriva sjuksköterskans roll som förmedlare i kommunikationen med patienter med stroke under vårdplaneringen.	Sjuksköterskan bad sällan patienten att uttrycka sina åsikter och perspektiv under vårdplaneringen. Sjuksköterskan ansåg att patienten på grund av dennes kognitiva nedsättning inte kunde förmedla sina behov.
Hemsley B., Balandin S. & Worrall L. 2012.	Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and facilitator to successful communication in hospital.	Att utforska sjuksköterskans uppfattning av vilka faktorer som uppstår som hinder, respektive underlättar kommunikationen med patienter som har kognitiv nedsättning.	Sjuksköterskan ansågs kunna uppnå en lyckad kommunikation då denne lärde känna patienten som lider av en kognitiv nedsättning, då sjuksköterskan kunde individanpassa kommunikationen efter patientens behov. Patienter upplevde att det var i mötet med en lugn, tillmötesgående och trygg sjuksköterska som det uppkom ett gott bemötande.
Mol L., Krahmer E. & Sandt- Koenderman M. 2011.	Gesturing by speakers with aphasia: How does it compare?	Att studera självständigheten av tecken- och muntlig språkproduktion.	Resultatet visade att när sjuksköterskan både hörde och såg patienten ökade förutsättningarna till att uppnå en lyckad och betydelsefull kommunikation.
Nordehn G., Meredith. & Bye L. 2006.	A preliminary investigation of barriers to achieving patient- centered communication with patients who have stroke related communication disorders.	Att utreda de hinder som uppkommer i kommunikation med patienter som efter en stroke fått kognitiv nedsättning.	Ett respektlöst bemötande betraktades som ett hinder i kommunikationen, där vårdgivaren inte gav patienten den tid som patienten önskade och sjuksköterskan lyssnade inte på vad patienten hade för behov. Patienter med nedsatt talförmåga ansåg att vårdgivaren skulle visa respekt genom att lyssna noga och vara mer uppmärksam.

Författare Publ.år	Titel	Syfte	Resultat
Nyström M. 2009.	Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues.	Att beskriva och analysera professionell afasivård utifrån patientens perspektiv.	Tyngdpunkten i professionell afasivård var att sjuksköterskan kunde förebygga utanförskap genom att ha förtroende för patientens kompetens.
Rose T-A., Worrall L-E., Mckenna K-T., Hickson L-M. & Hoffman T-C. 2009.	Do people with aphasia receive written stroke and aphasia information?.	Att undersöka om patienter med afasi får muntlig och skriftlig information vid sjukhusbesöket och om dess innehåll berör patientens individuella situation samt var patienten med afasi kan söka information om afasi.	Trettiosex % uppgav att de fick skriftlig information om både stroke och afasi, 49 % fick endast skriftlig information och 67 % av deltagarna fick enbart information om stroke. Faktorer som uppgavs av patienterna vara ett hinder i kommunikationen var en ständig personalomsättning, patienters korta tid på avdelningen och sjuksköterskan begränsade tid för patienterna.
Sundin K., Norberg A. & Jansson L. 2002.	Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia a phenomenological hermeneutic inquiry.	Att belysa förståelsen i kommunikationen mellan en formell vårdgivare och en patient med stroke och afasi och vilka faktorer som underlättar kommunikationen.	Användning av den icke verbala kommunikationen i mötet med patienter med afasi var viktigt när sjuksköterskan skulle visa bekräftelse på att denne förstod det patienten uttryckte i sin kommunikation. När sjuksköterskan i mötet med patienten var lugn och ödmjuk upplevde patienten en större förståelse i kommunikationen.

Författare Publ.år	Titel	Syfte	Resultat
Sundin K. & Jansson L. 2003.	Understanding and being understood ' as a creative caring phenomenon - in care of patients with stroke and aphasia.	Att belysa betydelse av att förstå och göra sig förstådd i den vårdande relationen mellan vårdgivare och patienter som efter en stroke fått afasi.	Kommunikation uppstod vid beröring och betraktades som en tyst dialog. Beröring gav patienten en upplevelse av trygghet och känslan av att sjuksköterskan inte övergav patienten i sin ensamhet. Detta förstärkte patientens förtroende och gav patienten mod att fortsätta kommunicera.
Sundin K., Norberg A. & Jansson L. 2000.	Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words.	Att belysa den icke- verbala kommunikationens betydelse mellan vårdgivare och patienter med stroke och afasi på en stroke rehabiliteringsenhet.	Närhet visade sig vara viktigt för att sjuksköterskan och patienten skulle våga komma varandra nära och dela känslor. Sjuksköterskan kunde med närhet få en djupare förståelse om hur patienten upplevde vården. När det uppstod närhet mellan sjuksköterskan och patienten uppstod en möjlighet att uppleva och dela liknande känslor med patienten.

Författare Publ.år	Titel	Syfte	Resultat
Sundin K., Norberg A. & Jansson L. 2001.	The meaning of Skilled Care Providers' Relationships with Stroke And Aphasia Patients.	Att belysa sjuksköterskans upplevelser av relationen med patienter med stroke och afasi.	Resultatet visade att en fungerande relation mellan sjuksköterskan och patienten utgjorde en grund i omvårdnaden. En väl fungerande verbal och icke- verbal kommunikation behövdes för att bygga upp en bra relation. När relationen och kommunikationen mellan sjuksköterska och patienten fungerade, förbättrade det även omvårdningskvalitén.
Tuckett A-G. 2005.	The care encounter: pondering caring, honest communication and control.	Att belysa betydelsen av hur viktigt det är att grunda relationen med respektfull och ärlig kommunikation i bemötandet.	Med hjälp av kommunikation kunde sjuksköterskan uppnå ett meningsfullt möte med patienten och det var genom kommunikation som vårdtagaren och vårdgivaren kunde mötas upp på samma vårdnivå. Med hjälp av en öppen och ärlig kommunikation förmedlade sjuksköterskan respekt för patienten. Respekt främjar tillit och förbättrar relationen mellan sjuksköterskan och patienten.