

Samtalsmatta som kommunikationsstöd i grupp för personer med afasi

Hanna Helttunen
Lisa Svalander

Sammanfattning. Syftet med studien var att undersöka hur samtalsmatta fungerar som kommunikationsstöd i grupp för personer med afasi. Fyra personer med afasi och en gruppleddare deltog i studien. Två samtalstyper jämfördes; med och utan samtalsmatta. Deltagarna använde varsin samtalsmatta. Gruppdiskussionerna videofilmades och analyserades. Två intervjuer genomfördes med deltagarna. Resultaten visade inga statistiskt signifikanta skillnader i total kommunikationseffektivitet mellan de båda samtalstyperna men indikerar ändå att samtalsmatta kan hjälpa individer som har stora kommunikationssvårigheter. I gruppdiskussion med samtalsmatta ägnades signifikant mindre tid åt varje frågeställning samtidigt som deltagarna i större utsträckning upplevde att de fick sagt det de ville säga. Majoriteten av deltagarna upplevde metoden som positiv. Det krävs ytterligare forskning för att kunna generalisera resultaten till populationen med afasi.

Nyckelord: samtalsmatta, afasi, grupp, AKK, EFFC.

Abstract. The purpose of the study was to examine how TalkingMats® can be used to support communication in a group of people with aphasia. Four people with aphasia and their group leader participated. Comparison was made between group discussion with and without Talking Mats. The participants used one Talking Mat each. The group discussions were videotaped and analysed. Two interviews were made with the participants. The results showed no statistically significant differences in total communication effectiveness between the two conversation types but indicate that Talking Mats can be helpful for individuals with severe communication disabilities. Significantly shorter time was spent on each question while using Talking Mats, yet the participants experienced that they were able to say what they wanted to say to a greater extent. The majority of the participants found the method positive. More research is necessary in order to generalize the results to the population with aphasia.

Key words: TalkingMats®, aphasia, group, ACC, EFFC.

Den vanligaste orsaken till afasi är stroke och cirka 12 000 personer drabbas årligen i Sverige (Afasiförbundet, 2009). Traumatiska skador kan också leda till afasi. Beroende på var i hjärnan skadan är lokaliserad ser symptomen olika ut. Den traditionella synen på språkfunktionens position i den vänstra hjärnhalvan är enligt ny forskning inom både lingvistik och neurologi inte tillfredställande (Ahlsén, 2008b). Olika delar av hjärnan, i båda hjärnhalvorna, är aktiva och samarbetar vid komplexa språkliga uppgifter.

Vanligt förekommande symtom vid afasi är svårigheter med att producera tal, att förstå tal och att tolka sin omvärld. Fonologi, grammatik samt lexikal och semantisk förmåga kan påverkas. När fonologin drabbas kan den auditiva analysen bli påverkad vilket leder till nedsatt språkförståelse och svårförståeligt tal med omkastningar,

utelämnanden och tillägg. Grammatiska symptom visar sig i svårigheter med att förstå längre satser och talet blir telegramstilsartat med korta, enkla yttranden. Påverkan på de semantiska och lexikala områdena manifesterar sig ofta i anomi vilket är ett känt symptom som drabbar i princip alla med den här typen av hjärnskador. Även den pragmatiska förmågan kan påverkas vilket gör det svårt att tolka och producera yttranden utifrån situation och kontext (Ahlsén, 2006). Nämnda symptom förekommer i olika utsträckning beroende på afasityp. Efferent motorisk afasi, semantisk afasi, blandad afasi med drag av efferent motorisk afasi är aktuella i föreliggande studie.

Efferent motorisk afasi kännetecknas av patologisk tröghet i motoriken samt perseverationer. Detta innebär att det går att hitta enstaka artikulationsställen, svårigheten ligger i att växla mellan flera olika (Ahlsén, 2008a). Därför förekommer förenklingar av ord samt utelämnande av ljud. Även den grammatiska förmågan drabbas i form av att satserna blir korta med främst innehållsord i oböjd form. Luria menar att det här beror på att den inre grammatiska strukturen förloras i och med skadan (Basso, 2003). I svåra fall kan personen endast säga ja, nej och stereotypa fraser. Vad gäller läsförmågan är den varierande och vid skrift kan det uppstå problem med att växla mellan grafem. Vid semantisk afasi ligger den huvudsakliga svårigheten i att hitta ord. Förståelsen är relativt god och talet är flytande men med avbrott på grund av anomin. Verbalparafasier och cirkumlökatoriska beskrivningar är vanligt förekommande. Vid denna typ av afasi är också den spatials förmågan drabbad vilket innebär att det är svårt med både förståelse och produktion av bland annat passivkonstruktion, genitiv, komparation samt prepositioner (Kagan & Saling, 1992). Det förekommer också blandad afasi där symptomen inte går att härleda till en särskild typ av afasi enligt klassifikationssystemen.

En stor del av Sveriges befolkning är idag flerspråkiga i bemärkelsen att de använder flera språk i det dagliga livet. Många av de personer som varje år drabbas av afasi tillhör denna grupp (Bergström, 2008). Det saknas stora studier på området afasi och flerspråkighet, men de sammanställningar av fallbeskrivningar som gjorts pekar mot att det vanligast förekommande är en parallell inverkan på de språk personen behärskar. Vad gäller behandling så föreslås att den sker på det språk som är viktigast för patienten om så är möjligt. Många frågor är ännu obesvarade och det behövs mer forskning på detta område.

Gemensamt för alla personer som drabbas av afasi är svårigheter att kommunicera sina tankar och behov. Detta kan leda till mycket frustration för både den insjuknade och omgivningen. Delaktigheten i familjeliv och samhällsliv inskränks när kommunikationen brister. När språkförmågan är påverkad och talet inte flyter blir andra sätt att förmedla sig viktiga. Ofta anses personer med afasi trots allt vara relativt goda kommunikatörer på grund av sin förmåga att spontant använda kompensatorisk multimodal kommunikation, det vill säga användning av kroppsspråk, gester och bilder (Bergström, 2007). För att förbättra en persons kommunikation kan alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) vara aktuellt (Ferm & Thunberg, 2008). AKK innefattar både hjälpmedel och olika metoder, exempelvis tecken, bilder, datorer, pratapparater och strategier för att öka en persons förmåga och möjligheter till kommunikation.

Lasker, Garrett och Fox (2007) menar att kommunikationen hos personer med afasi kan delas in i två kategorier; partnerberoende eller självständig kommunikation. De flesta personer med grav afasi ingår i kategorin partnerberoende kommunikatör och deras svårigheter är att själva initiera kommunikation, välja strategier och påkalla

uppmärksamhet. Självständiga kommunikatörer kan förmedla information samt välja kommunikationsstrategier även om dessa kan ha brister. För de partnerberoende kommunikatörerna får samtalspartnern en viktig roll för delaktigheten och för hur framgångsrik kommunikationen blir. Därför påtalas att samtalspartners behöver instruktioner om hur AKK-strategier kan nyttjas för att främja kommunikationen. Enligt Lasker et al. kan AKK förbättra kommunikationen för både den partnerberoende och den självständiga kommunikatören.

Logopedisk intervention vid afasi ges både individuellt och i grupp (Ahlsén, 2008b). Enskild logopedbehandling rekommenderas i ett tidigt stadium då den kan fokuseras på individens specifika svårigheter, individuella strategier och råd och stöd till närstående. Personen med afasi kan ha känslor, tankar och frågor som han eller hon inte vill dela med en grupp. Längre fram i behandlingen har man sett fördelar med gruppträning, som kan ske mindre intensivt, för att träna den pragmatiska förmågan och det sociala samspelet. Det finns mycket som talar för gruppträningens positiva effekter för personer med afasi, både språkligt och psykiskt. Eales och Pring (1998) undersökte hur ordfinnandeförmågan hos personer med afasi påverkades av individuell behandling i kombination med gruppträning. Fyra deltagare fick inledningsvis individuell träning vilket följdes av intervention i grupp. I den individuella träningen användes olika typer av uppgifter såsom att matcha bild och ord och benämna bilder med hjälp av semantiska och fonologiska ledtrådar. I gruppträningen låg fokus på samtalet. Deltagarna uppmuntrades att använda de ord som tränats individuellt men situationen var mer informell. Resultaten visade att den individuella träningen bidrog till högre ordfinnandeförmåga för de ord som tränats. Gruppbehandlingen förbättrade deltagarnas ordfinnandeförmåga för ord som de stött på i konversationen men som inte tränats individuellt. Brumfitt och Sheeran (1997) studerade hur gruppträning påverkade den kommunikativa kompetensen och självförtroendet hos personer med afasi. Mätningar gjordes med bland annat Functional Communication Profile (FCP) (Sarno, 1975) vilket visade statistiskt signifikanta skillnader efter genomgången gruppbehandling. Studiens resultat indikerade att deltagarnas välmående ökade efter gruppträningen. Den före studien starka korrelationen mellan kommunikativt beteende och självförtroende hade efter gruppträningen förändrats så att det inte längre fanns en korrelation mellan de två faktorerna. Slutsatsen blev att träning i grupp kan bidra till att personen mår bättre oavsett om kommunikativa förändringar sker eller inte. Ellman och Bernstein-Ellis (1999) studerade 24 personer med afasi och huruvida gruppträning påverkade den språkliga förmågan samt kommunikationen i deras vardagliga miljö. Hälften av deltagarna fick genomgå gruppträning och hälften fungerade som kontrollgrupp. Interventionen bestod av träffar i mindre grupper två gånger i veckan under fyra månader. Den innehöll framför allt diskussion av för deltagarna aktuella ämnen. Till hjälp användes bland annat rollspel, gester och bilder. Testning av den språkliga och kommunikativa förmågan i det vardagliga livet gjordes före studien, under studiens gång, direkt efter studien och 4-6 veckor efter avslutad behandling. Resultaten visade att de individer som genomgått gruppbehandling fick signifikant högre poäng på testen jämfört med kontrollgruppen. Resultatet kvarstod vid uppföljningen. Anhöriga till deltagarna rapporterade positiva sociala effekter av behandlingen. Fördelar med gruppterapi för personer med afasi jämfört med individuell behandling är att den kommunikativa förbättringen lättare generaliseras till personens vardagsmiljö (Ellman & Bernstein-Ellis, 1999). I gruppen tränas pragmatiska färdigheter såsom turtagning och initiativ på ett naturligt sätt och deltagarna får ta del av varandras kommunikativa

strategier. Den psykosociala hälsan och förmågan att delta i sociala sammanhang förbättras när det finns en stödjande omgivning. Dessutom är gruppbehandling kostnadseffektivt vilket är allt viktigare i dagens sjukvård.

För att röra sig från ett intuitivt till ett mer analytiskt sätt att bedöma kommunikation utvecklades Effectiveness framework of functional communication (EFFC) (Cameron, Murphy & Cuhusac, 2008). Det är ett protokoll framtaget för bedömning av kommunikationseffektivitet. Genom att testa och anpassa flera faktorer som är viktiga för kommunikation har EFFC utvecklats och använts för att bedöma kommunikation hos bland annat personer med intellektuell funktionsnedsättning (Murphy & Cameron, 2008). Hänsyn har tagits till att båda parter i ett samtal är viktiga för och påverkar hur framgångsrik kommunikationen är. Ursprungligen bestod EFFC av fem faktorer viktiga för kommunikation: deltagarens förståelse för diskussionen, deltagarens engagemang gentemot samtalspartnern, deltagarens självförtroende, samtalspartnerns förståelse för deltagarens åsikter och deltagarens belåtenhet med slutresultatet. Cameron et al. visade att EFFC har hög reliabilitet och validitet oavsett vilket område logopeden har erfarenhet inom. För att bättre fånga kommunikationen hos personer med demens justerades EFFC vilket resulterade i fyra faktorer viktiga för bedömning av kommunikation hos patientgruppen (Murphy, Gray & Cox, 2007). Dessa var deltagarens förståelse för samtalsämnet, deltagarens engagemang gentemot samtalspartnern, deltagarens förmåga att hålla sig till ämnet och samtalspartnerns förståelse av deltagarens åsikter.

Samtalsmatta (Talking Mats®) är ett lågteknologiskt kommunikationsstöd för att kunna uttrycka en åsikt eller värdering (Bornman & Murphy, 2006). Metoden är avsedd att användas som ett komplement till personliga kommunikationshjälpmedel (Murphy & Cameron, 2006). Samtalsmatta består av en textilmatta där man fäster tre uppsättningar bilder: samtalsämne, frågeställningar samt en visuell värderingsskala med två eller fler skalsteg. Skalstegen kan symbolisera begrepp och värderingar som till exempel bra, tveksamt, dåligt. Vid användning av samtalsmatta ställer samtalsledaren öppna frågor kring ett ämne. Varje frågeställning representeras av en bild som personen med kommunikationssvårigheter får placera på mattan under det skalsteg på värderingsskalan som bäst överensstämmer med hans eller hennes åsikt. På detta sätt finns möjlighet att uttrycka en åsikt på ett konkret och tydligt sätt. Utöver de förberedda frågeställningarna ska det också finnas tomma bilder så att det finns möjlighet att diskutera fler frågor om så önskas. Dessutom kan man spara eller fotografera mattan för att senare kunna omvärdera samma frågor eller fortsätta diskussionen. Metoden samtalsmatta förenklar förståelse och ger möjlighet till ett aktivt deltagande i till exempel beslutsfattande (Murphy, 2000). Bilder konkretiserar abstrakta begrepp så att deltagarnas förståelse och uttrycksförmåga ökar. Samtalsmatta har använts av personer med olika problematik som exempelvis cerebral pares (Murphy, 1998), afasi (Murphy, 2000) och Huntingtons sjukdom (Ferm, Sahlin, Sundin, & Hartelius, 2009). Murphy (2000) undersökte hur personer med afasi kan diskutera livskvalitet med hjälp av samtalsmatta. Resultatet var positivt då individerna kände att de lättare kunde uttrycka sina åsikter samt hålla tråden i samtalet. Studien pekade på att samtalsmatta kan göra patienter mer delaktiga i beslut rörande den egna rehabiliteringen. Personer med intellektuell funktionsnedsättning intervjuades om livsplanering med och utan samtalsmatta (Murphy & Cameron, 2008). Frågeställningarna var relevanta för deltagarna som upplevde det som positivt att få tillfälle att uttrycka sina åsikter. I samtal med samtalsmatta ställdes och diskuterades signifikant fler frågor än i samtal utan

samtalsmatta. Som förklaring till det ökade antalet frågor anges samtalsmattans struktur där frågeställningar presenteras med visuellt stöd. Till skillnad från i intervjuerna utan samtalsmatta där samtalsledaren hade det största ansvaret för kommunikationen förändrades balansen när samtalsmatta användes så att ansvaret mellan samtalsledaren och den intervjuade blev mer jämnt fördelat.

Eftersom personer med afasi kan ha mycket varierande symptom är det troligt att de har stöd av samtalsmatta på olika sätt efter sina behov. Det är också viktigt att ta hänsyn till att individer med den här typen av förvärvade hjärnskador kan ha relaterade störningar i form av agnosi, hemianopsi och hemiplegi vilket skulle kunna hindra en effektiv användning av samtalsmatta. Med utgångspunkt i tidigare nämnd forskning är det tänkbart att kommunikationen blir mer effektiv när samtalsmatta används i gruppdiskussion jämfört med utan samtalsmatta samt att gruppdiskussionerna upplevs positivt av deltagarna oavsett resultatet. Få studier har undersökt hur samtalsmatta kan användas i grupp. I de studier som utförts har en samtalsmatta använts för hela gruppen och frågeställningen justerats mellan alternativen på värdeskalen utifrån gruppdeltagarnas åsikter. I en gruppstudie av Watson, Cameron och Murphy (2003) fann man att de ämnen som diskuterades var olika viktiga för deltagarna och att samtalspartnern med stöd av samtalsmattan lättare kunde få förstahandsinformation från deltagarna. Det var värdefullt för deltagarna att ta del av varandras åsikter för att sedan komma överens om en gemensam ståndpunkt. I föreliggande studie undersöktes hur samtalsmatta fungerade i grupp för personer med afasi om alla deltagare istället använder varsin matta vilket är nytt för gruppen och i forskningssammanhang. Detta kan leda till diskussioner av en annan typ än tidigare. Istället för att försöka samsas och fatta gemensamma beslut kan gruppdeltagare jämföra åsikter med varandra och diskutera kring dessa. Då metoden samtalsmatta redan användes i verksamheten där studien genomfördes är föreliggande studie kliniskt relevant och resultaten kommer att förankras i verksamheten.

Syftet med studien var att undersöka hur samtalsmatta fungerar som kommunikationsstöd i grupp för personer med afasi. De frågor som låg till grund för studien var (a) om varsin samtalsmatta förändrar kommunikationseffektiviteten hos den enskilde deltagaren i gruppen, (b) om tid per frågeställning skiljer sig mellan samtalsformerna, (c) om gruppleddaren ökar eller minskar antalet frågor och följdfrågor beroende på samtalsform, (d) hur deltagarna och gruppleddaren upplever gruppdiskussion med och utan samtalsmatta.

Metod

Studien är en deskriptiv interventionsstudie med både kvantitativ och kvalitativ analys.

Deltagare

Studien genomfördes på ett rehabiliterings- och kunskapscenter för personer med funktionsnedsättningar och då framför allt vuxna med förvärvade hjärnskador. På centrat där studien genomfördes har man gruppverksamhet för personer med afasi och för tillfället pågår ett projekt där afasigruppen träffas mer intensivt än tidigare, det vill säga fyra dagar i veckan. Detta projekt hade då studien genomfördes pågått ett halvår.

Fyra personer med afasi i åldrarna 35-63 år (tabell 1) samt en gruppleddare deltog i studien. Samtliga deltagare kontaktades via resurscentrat där de är aktiva i gruppverksamhet för personer med afasi. Sex personer i en befintlig grupp och deras gruppleddare informerades om studien samt tillfrågades om deltagande. Fem gruppdeltagare tackade ja till att delta, men en person kunde av praktiska skäl endast medverka en gång och uteslöts därför ur studien. Samtalsmatta används i verksamheten sedan tidigare för individuell utvärdering terminsvis, men också i grupp då diskussioner förs kring olika ämnen. En samtalsmatta har då utgjort basen för diskussionen och bilderna har anpassats efter hela gruppens åsikter, som en barometer, på samma sätt som i studien av Watson et al. (2003). Alla deltagare hade erfarenhet av gruppdiskussioner med andra personer som har afasi.

Gruppleddaren hade lång erfarenhet av arbete med patientgruppen och var sedan ett och ett halvt år utbildad i metoden samtalsmatta. Hon hade använt den i grupp både med personer som har afasi och Huntingtons sjukdom samt för utvärdering av terminsaktiviteter individuellt med deltagarna.

Tabell 1

Data om deltagarna. År - tid sedan insjuknande i antal år.

Deltagare	Kön	Ålder	År	Afasidiagnos
K1	Kvinna	35	5	Blandad med drag av efferent motorisk
K2	Kvinna	60	1	Semantisk
K3	Kvinna	63	34	-
M1	Man	54	5	Efferent motorisk

Följande beskrivning av deltagarna bygger på observationer av filmad kommunikation samt intervjuer med deltagare och gruppleddare.

K1 är en 36-årig kvinna med skada efter en olycka. Hon har blandad afasi med drag av efferent motorisk afasi. K1 är flerspråkig med annat modersmål än svenska. Hon har en kommunikationsbok med text och bilder som hon använder vid behov. K1 har inget flytande tal och använder endast enstaka ord vilket leder till telegramsstilsartat tal. Hon har en högersidig hemipares. K1 tycker själv att det går sådär att både prata och förstå. K1 har tidigare använt samtalsmatta flera gånger både individuellt och i grupp.

K2 är en 60-årig kvinna med skada efter stroke. Hon har semantisk afasi vilket innebär flytande tal med anomi som hindrar. Enstaka gånger förefaller förståelsen vara nedsatt. Hon är mycket kommunikativ med ofta förekommande inslag av humor. Tycker själv att det går bra att prata och mycket bra att förstå. Hon har tidigare använt samtalsmatta i grupp vid ett tillfälle.

K3 är en 63-årig kvinna med skada efter stroke. Det finns ingen afasidiagnos tillgänglig. Hon har en högersidig hemipares och är rullstolsburen. K3 har ett långsamt taltempo med svars-latens. Hon använder ofta ord och uttryck som förekommit tidigare i diskussionen. Ofta ler hon och förefaller förstå diskussionen, men för en utomstående är det svårt att tyda hennes ansiktsuttryck. Anser själv om kommunikation i allmänhet att det går bra/mycket bra att tala men sådär att förstå. Hon har enligt gruppleddaren använt samtalsmatta i grupp, men minns själv inte detta.

M1 är en 54-årig man med skada efter stroke. Han har efferent motorisk afasi och därmed inget flytande tal men kan med möda artikulera enstaka ord. Ofta blir det

stereotypier som produceras. Han använder sig av skrift för att kommunicera bättre. Tycker själv att det går dåligt att prata men att han förstår bra. M1 är mycket kommunikativ med gester, kroppsspråk och humor. Han har använt samtalsmatta i grupp vid två tillfällen.

Etiska hänsynstaganden

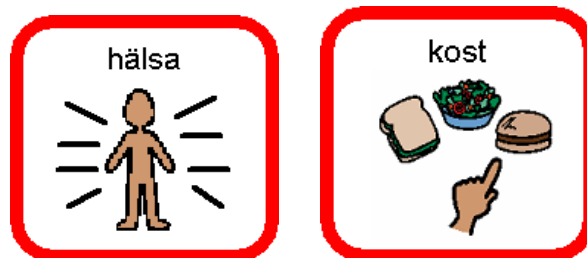
Det förväntas att studien ger ökad kunskap om samtalsmatta och hur metoden kan användas i grupp. Den baseras på litteratur som är aktuell och relevant.Handledning och utförande av studien skedde av personer med utbildning, erfarenhet och kompetens som var passande för denna typ av forskning. Rekrytering av deltagare skedde helt utan tvång och påverkan som kunde inkräkta på det frivilliga deltagandet. Deltagarna blev muntligen och skriftligen informerade om studien samt tillfrågade om deltagande. De informerades också om att de var anonyma i studien samt att de måste skriva på ett informerat samtycke om de önskade medverka. Deltagarna kunde när som helst avbryta sitt deltagande i studien. Forskningsdata är endast tillgänglig för behöriga och förvaras på ett sätt som värnar om deltagarnas integritet och anonymitet.

Material

I studien användes textilmattor i storleken 30 x 45 cm. Tre uppsättningar bilder användes: bilder som representerar den visuella värdeskalen (figur 1), bilder för samtalsämnen (figur 2) samt bilder som symboliserar frågeställningarna. Det fanns 19 frågeställningar för respektive samtalsämne, kost och hälsa (bilaga 1). Bilderna var kodade med färgade kanter: gul för värdeskala, röd för samtalsämnen och blå för frågeställningar. Bilderna var av typen PCS (Picture Communication Symbols) vilka hämtades i programmet Boardmaker (Mayer-JohnsonTM, 1981-2009) i storleken 4 x 4 cm. Texten på bilderna skrevs i teckensnittet Arial med storlek 14 pt. En uppsättning kort med endast text (16 pt) användes också i studien. En bit kardborreband klistrades fast på baksidan av bilderna så att de enkelt kunde fästas på samtalsmattorna.



Figur 1. Värdeskalen som användes på samtalsmatta samt intervjuformulär.



Figur 2. Bilder för samtalsämnen hälsa och kost.

För att ha möjlighet att i efterhand analysera gruppsamtalen filmades dessa med videokamera. Två videokameror, Sony Handycam och Panasonic NV-GS90, användes.

Vid analysen valdes film från den videokamera som gav bäst bild på respektive deltagare. Samtalsmattorna fotograferades med digitalkamera, Sony cyber-shot.

För att undersöka deltagarnas åsikter om gruppdiskussionerna utformades intervjuformulär av författarna samt studentkollegor. Svartalternativen var i både bild- och textform för att underlätta förståelse. Bilderna var identiska med värdeskalan på samtalsmattan och betydelsen varierade beroende på frågetyp: 4 – alltid/mycket bra, 3 – ofta/bra, 2 – ibland/sådär, 1 – sällan/dåligt, 0 – aldrig/mycket dåligt. Intervjuformulären bestod av sex respektive nio frågor om deltagarnas erfarenheter av gruppsamtal med och utan samtalsmatta (bilaga 2). Frågorna handlade bland annat om hur det kändes att kommunicera i grupp, om deltagarna upplevde att de fick utrymme i samtalen och vilken samtalsstyp de föredrog. Samma intervjuformulär användes vid intervju av gruppledare. Frågorna omformulerades och ställdes muntligt för att fånga hennes åsikter om kommunikationen med och utan matta. Vid det första tillfället för individuella intervjuer samlades också information om ålder, kön, utbildning och kommunikation (fråga 1-10, bilaga 2).

Bedömningsprotokollet EFFC (Murphy & Cameron, 2008) användes för att analysera kommunikationseffektivitet. Författarna samt logopedstudentkollegor anpassade protokollet som utformats för personer med demens till kommunikation i grupp med en samtalsledare. Formuleringar ändrades för att passa i gruppsituation och kriterier för höga respektive låga poäng utarbetades.

Tillvägagångssätt

För att besvara frågeställningarna videofilmades fyra gruppsamtal kring två samtalsämnen: kost och hälsa. Samtalsmattorna fotograferades efter gruppdiskussionerna. Varje samtalsämne behandlades två gånger; en gång med samtalsmatta och en gång utan samtalsmatta. Varje gruppdiskussion pågick i 60 minuter. Vid analystillfället valde författarna att sätta stopptiden efter avslutad frågeställning närmast 60 minuter. Mellan de två olika typerna av samtal kring samma ämne gick det ungefär en vecka. Samtalsordningen som ses i tabell 2 beslutades av författarna. Datainsamlingen pågick under två veckors tid.

Tabell 2

Samtalsordning. UtanSM – utan samtalsmatta. MedSM – med samtalsmatta.

		Samtalsämne	Samtalsstyp	
Vecka 1	Dag 1	Kost	MedSM	
	Dag 2	Hälsa	UtanSM	
Vecka 2	Dag 1	Kost	UtanSM	Intervju med formulär
	Dag 2	Hälsa	MedSM	Intervju med formulär

Inför gruppdiskussionerna fick gruppledaren instruktioner om hur samtalen skulle gå till samt en lista över samtalsämnen, frågeställningar och möjliga följdfrågor (bilaga 1). Då syftet var att fånga så naturliga diskussioner som möjligt fick gruppledaren relativt fria händer. I anvisningarna stod att alla frågor skulle ställas i nämnd ordning. Det fanns inget krav på hur många frågor som skulle diskuteras vid varje tillfälle. Samtliga

deltagare skulle delta i diskussionen men behövde inte svara på alla frågor. Följdfrågorna skulle bygga på den respons gruppleddaren fick från deltagarna och de följdfrågor som bifogats var tänkta som förslag. Vid gruppdiskussionerna med samtalsmatta hade gruppleddaren en uppsättning bilder vilka hon visade upp, men inte placerade ut, i samband med frågeställningarna. Deltagarna hade en likadan uppsättning bilder vilka de placerade ut på mattan efter egen åsikt. De kunde också välja bort bilden om den inte kändes relevant. Parallellt med placering av bilder diskuterades frågeställningarna. I båda samtalstyperna kunde deltagarna välja att ta ordet eller vänta på att bli tillfrågade av gruppleddaren för att uttrycka sin åsikt. Instruktioner för samtal, samtalsämnen och frågeställningar utarbetades i samarbete med studenter som genomförde en likadan gruppstudie av personer med Huntingtons sjukdom. Även gruppleddarna för afasi- och Huntingtongruppen deltog i detta arbete och bidrog med sina åsikter om vad som är en naturlig grupsituation och diskussion samt vilka ämnen som var relevanta för de båda grupperna.

För att efterlikna den naturliga kommunikationen uppmuntrades deltagarna att använda sina ordinarie kommunikationssätt och hjälpmedel under såväl gruppdiskussioner som intervjuer.

Efter sista gruppsamtalet utan respektive med samtalsmatta gjordes en kort individuell intervju med varje deltagare. Syftet var att ta reda på deltagarnas egna åsikter och upplevelser av de olika samtalsformerna. Intervjun utfördes av författarna gemensamt. För att underlätta för både författare och deltagare medverkade gruppleddaren vid första intervjun då personuppgifter samlades in. Hon var inte med då deltagarna tillfrågades om sina erfarenheter av gruppsamtalen. Deltagarna fick själva läsa frågorna i den mån de kunde och ville samt peka och/eller ringa in svarsalternativen. Författarna läste också frågorna för att säkerställa förståelse. Vid båda intervjutillfällena ställdes frågan om vilket samtal som fungerade bäst, med eller utan samtalsmatta. Även gruppleddaren intervjuades om sina upplevelser om gruppdiskussioner med och utan samtalsmatta.

Efter studien informerades gruppdeltagarna muntligen om resultaten.

Analys

För analys av kommunikationseffektivitet med EFFC utarbetades följande riktlinjer:

Deltagarens förståelse för frågeställningen samt diskussionen. Deltagarens förståelse för frågeställningen samt gruppdiskussionen baserades på både verbala och icke-verbala svar. För att få en hög poäng krävdes att deltagaren gav ett svar vilket tydligt visade att han eller hon förstått frågan. Om svar uteblev eller deltagaren inte på ett adekvat sätt svarade på frågan gavs låga poäng. Om frågan vid upprepade tillfällen misstolkades gavs också en lägre poäng. Vid diskussion med samtalsmatta gav det höga poäng om det som uttrycktes av deltagaren, muntligt eller med kroppskommunikation, stämde väl överens med frågeställningens placering på mattan. Adekvata svar och passande feedback som indikerade förståelse för övriga gruppdeltagare under samtalet gav också höga poäng.

Deltagarens engagemang gentemot gruppleddare och övriga deltagare. Denna punkt avsåg den sociala närhet som visas i interaktion vilket kunde innebära olika tecken på

bekräftelse samt delad uppmärksamhet. Här observerades kroppsspråk, mimik och typ av bekräftelse som personen gav, både med ord och gester. För att få höga poäng krävdes att deltagaren aktivt visade sitt intresse genom ögonkontakt, feedback, kroppsspråk, humor mm. Här valde författarna liksom Ferm et al. (2009) att ge högre poäng om deltagarna visat intresse för frågeställningen genom att till exempel utveckla sitt svar. För att få högsta poäng krävdes både ett utvecklat svar samt engagemang gentemot övriga gruppdeltagare genom exempelvis feedback och frågor. Om en deltagare inte alls svarade på en frågeställning sattes lägre poäng.

Deltagarens förmåga att hålla sig till frågeställningen som diskuteras. Deltagarens förmåga att hålla sig till frågeställning och följdfrågor som diskuterades bedömdes utifrån om deltagaren lyckades hålla en röd tråd i sina yttranden och hur väl detta gjordes. Om deltagaren plötsligt bytte samtalsämne sattes en lägre poäng på denna punkt. Lägre poäng gavs också om det av svaren var svårt att avgöra om deltagaren höll sig till ämnet eller inte. För höga poäng krävdes att deltagarna följde med i gruppdiskussionen och att eventuella kommentarer var adekvata.

Gruppledarens förståelse av deltagarens åsikter. Gruppledarens förståelse bedömdes genom observation av gruppledarens reaktion på deltagarnas svar. Feedback, både verbal och icke-verbal, från gruppledaren poängsattes. För höga poäng krävdes att gruppledaren visade förståelse för deltagarens åsikt genom att hennes feedback bestod av mer än ”ja” eller ”m”. Då hon upprepade eller ställde en förtydligande fråga sattes alltså högre poäng.

De fyra kommunikationsfaktorerna bedömdes och poängsattes med utgångspunkt i en femgradig skala (0-4). Poängen stod för hur väl deltagaren uppnådde kriterierna som satts upp för varje faktor; 0 poäng - aldrig, 1 poäng - sällan, 2 poäng - ibland, 3 poäng - ofta, 4 poäng - alltid. Efter bedömning med EFFC kunde den totala poängen variera mellan 0-16. Murphy et al. (2007) fastställde att gränsen för effektiv kommunikation är tolv poäng. Detta motsvarar det man får om poäng sätts till tre eller fyra, det vill säga ofta eller alltid, på de fyra faktorerna. Deltagarna i studien medverkade i fyra gruppsamtal, två med samtalsmatta och två utan. Två samtalsämnen diskuterades, en gång i varje samtaltyp. Av 76 möjliga frågeställningar avhandlades i de fyra samtalen totalt 47, 31 med samtalsmatta och 16 utan, vilka enskilt bedömdes och poängsattes med EFFC för varje deltagare. För varje deltagare gjordes 31 EFFC-bedömningar för gruppdiskussion med samtalsmatta och 16 utan. Vid den statistiska analysen uteslöts en frågeställning (mage, samtalsämne hälsa) då denna i båda samtaltyperna varade så kort tid att EFFC-bedömningen inte ansågs tillförlitlig. Ett medelvärde för kommunikationseffektiviteten i respektive samtaltyp togs fram för varje deltagare och för gruppen. Medelvärdet för varje faktor med och utan samtalsmatta räknades ut, även här både för gruppen och för de enskilda deltagarna.

Författarna samtränade med två studentkollegor på att använda bedömningsprotokollet EFFC före analysen av videomaterialet. Träningsmaterialet var videofilmer av enskilda samtal med personer som har Huntingtons sjukdom samt gruppsamtal med afasipatienter. Under analysen av videomaterialet tittade författarna tillsammans, gjorde enskilda bedömningar, diskuterade sin poängsättning och nådde konsensus. Detta förfarande skilde sig från Cameron et al. (2008) där de satte varsin poäng även efter diskussion och inte nödvändigtvis behövde komma till konsensus. Författarna till

föreliggande studie ansåg att de fick mycket utbyte av varandras åsikter i den gemensamma poängsättningen.

Författarna analyserade först gruppdiskussionen om ämnet kost med samtalsmatta, sedan utan samtalsmatta. Det andra samtalsämnet, hälsa, analyserades i omvänd ordning. Varje deltagare analyserades enskilt och bedömdes frågeställning för frågeställning. När alla frågeställningar i ett samtal bedömts för en deltagare bedömdes nästa person enligt samma procedur. När alla deltagare bedömts i ett samtal började analysen av nästa filmade samtal. Författarna tittade även på om det fanns andra betingelser förutom med respektive utan samtalsmatta som var annorlunda, exempelvis om kommunikationshjälpmedel användes eller inte.

Total samtals tid och den tid som ägnats åt varje frågeställning i samtalen med och utan samtalsmatta mättes för att se om det fanns några skillnader mellan samtalsformerna.

För att besvara frågeställningen om antalet frågor och följdfrågor förändrades beroende på samtalsform undersöktes gruppleddarens kommunikativa beteende. Författarna tittade på hur hon följde de givna instruktionerna, vilka frågor hon ställde, hur de formulerades samt vilka följdfrågor som förekom. Definitionen av frågor och följdfrågor fastställdes till när gruppleddaren ställde frågor eller upprepade yttranden på ett sådant sätt att det tydligt framgick att hon inväntade svar eller ville klargöra någonting som diskuterades. Vidare undersöktes antal följdfrågor, vem de riktades till, enskilda deltagare eller hela gruppen, samt om det fanns en balans mellan deltagarna vad gäller hur ofta de blev tillfrågade.

Deltagarnas användning av samtalsmatta observerades för att se hur väl de förstod och kunde använda metoden. Författarna tittade på hur frågeställningarna placerades ut och under vilka skalsteg samt om deltagarna tittade på varandras samtalsmattor och kommenterade.

Intervjuformulären analyserades och sammanställdes för varje deltagare.

Inter- och intrabedömarreliabilitet

Två logopedstudentkollegor som gjorde en liknande studie och var insatta i EFFC engagerades för att analysera 20 procent slumpmässigt utvalda delar av videomaterialet. De var samtränade med och gjorde bedömningen efter samma förfarande som författarna. Efter tre veckor gjorde författarna själva en andra bedömning på 20 procent slumpmässigt utvalda delar av videomaterialet för att kunna mäta intrabedömarreliabilitet. Interbedömarreliabilitet mättes mellan författarna med intra-class korrelation (ICC) till ett värde på 0,77. Intrabedömarreliabilitet mellan författarnas första och andra konsensuspoäng uppmättes till 0,72 med ICC. Interbedömarreliabilitet mellan författarna och de externa bedömarna mättes på respektive konsensuspoäng och resulterade i värdet 0,58.

Statistisk analys

Statistiska analyser utfördes med hjälp av programmet Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) version 16.0 för Windows. För att undersöka om det fanns några skillnader i poäng på EFFC med och utan samtalsmatta användes ett icke-parametriskt test för beroende parvisa data (Wilcoxon rangsummetest). Denna analys gjordes också

för att mäta skillnad i tid per frågeställning i de två samtalstyperna. Signifikansnivån bestämdes till $p < ,05$.

Resultat

Genomförande av gruppdiskussioner

I tabell 3 visas en sammanfattning av gruppdiskussionerna, antal frågeställningar som diskuterades samt användning av hjälpmedel.

Tabell 3

Total samtalstid, antal frågeställningar som diskuterades samt hjälpmedel som användes under samtalet.

	Tid	Frågeställningar	Personliga hjälpmedel
Kost utan samtalsmatta	58:00 min	8	Papper, penna, komm.bok
Kost med samtalsmatta	60:28 min	19	Papper, penna, komm.bok
Hälsa utan samtalsmatta	55:50 min	8	Papper, penna, komm.bok
Hälsa med samtalsmatta	61:30 min	12	Papper, penna.

Varje gruppsamtal pågick i cirka en timma. I samtalen utan samtalsmatta behandlades färre frågeställningar än i samtalen med samtalsmatta. I samtliga gruppdiskussioner användes personliga kommunikationshjälpmedel.

Kommunikationseffektivitet enligt EFFC

Sammanställningen som följer visar deltagarnas individuella värden och resultaten för gruppen som helhet samt för varje enskild faktor i EFFC. I tabell 4 redovisas medelvärdet av gruppens sammanlagda poäng på EFFC utan och med samtalsmatta.

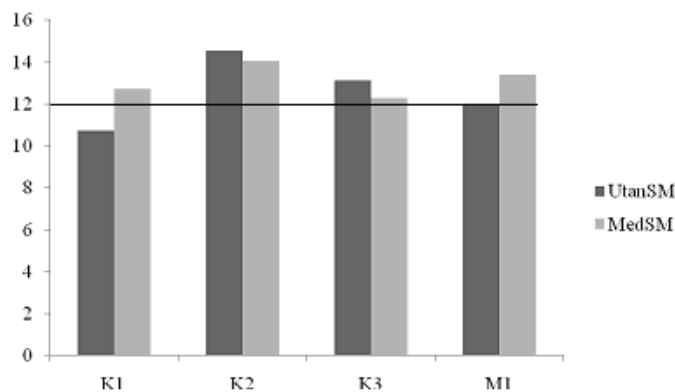
Tabell 4

Total kommunikationseffektivitespoäng för respektive samtalsform för deltagarna som grupp. UtanSM – utan samtalsmatta. MedSM – med samtalsmatta. Variationsvidd (min – max), medelvärde (M), standardavvikelse (S)).

	Min	Max	M	S
UtanSM	10,73	14,53	12,6	1,62
MedSM	12,27	14,03	13,11	0,77

Den statistiska jämförelsen av de två samtalstyperna visade ingen signifikant skillnad, $p = ,47$. Medelvärdet för gruppdiskussion med samtalsmatta är något högre än för gruppdiskussion utan samtalsmatta och spridningen är något större utan samtalsmatta.

I figur 3 redovisas varje deltagares resultat på total EFFC-poäng med och utan samtalsmatta.



Figur 3. Total kommunikationseffektivitet, medelvärden för respektive samtalsform och respektive deltagare. Linjen visar gränsen för effektiv kommunikation (12). Maximal poäng är 16.

Skillnaden mellan samtalsformerna var inte signifikanta för någon av deltagarna. Två av deltagarna, K1 och M1, fick högre poäng i gruppdiskussion med samtalsmatta jämfört med utan samtalsmatta. Poängen översteg i gruppdiskussion med samtalsmatta gränsen för effektiv kommunikation. Två av deltagarna, K2 och K3, fick sammantaget lägre poäng. Resultatet för en av deltagarna, K1, gav $p = ,07$ vilket närmade sig signifikansnivån $p < ,05$. Jämförelsen mellan samtalsformerna gav följande resultat för övriga deltagare: K2 $p = 1,0$, K3 $p = ,11$, M1 $p = ,27$.

Deltagarnas resultat på EFFC redovisas i tabell 5.

Tabell 5

Medelvärde för kommunikationseffektivitet i poäng för varje deltagare och varje faktor i de olika samtalstyperna. Maximal poäng på varje faktor är 4. Utan SM – Gruppdiskussion utan samtalsmatta. MedSM – Gruppdiskussion med samtalsmatta. p -värde redovisas för varje deltagare och faktor. S – standardavvikelse.

EFFC-faktor	Samtalstyp	K1	K2	K3	M1	S
Förståelse	UtanSM	2,4	3,73	3,33	2,67	0,61
	MedSM	3,23	3,03	3,07	3,37	0,16
p -värde		< ,05	,21	< ,05	< ,05	
Engagemang	UtanSM	2,8	3,23	2,93	3,47	0,31
	MedSM	2,97	3,43	2,93	3,13	0,23
p -värde		,71	,53	,76	,49	
Röd tråd	UtanSM	2,27	3,53	3,33	2,6	0,6
	MedSM	3	3,67	2,93	3,4	0,34
p -värde		,13	,71	,11	< ,05	
Gruppledarens förståelse	UtanSM	3,27	4	3,53	3,27	0,34
	MedSM	3,53	3,9	3,33	3,5	0,24
p -värde		,26	,16	,08	,59	

Tabell 5 visar att för K1 ökade kommunikationseffektiviteten för alla fyra faktorer i gruppdiskussion med samtalsmatta. Förståelsen var signifikant högre i gruppdiskussion med samtalsmatta. K2:s resultat varierade; hennes och gruppledarens förståelse var högre i gruppdiskussion utan samtalsmatta medan engagemang och förmåga att hålla sig till ämnet fick högre poäng med samtalsmatta. Inga signifikanta skillnader förekom. K3 fick högre poäng i gruppdiskussion utan samtalsmatta för alla faktorer förutom engagemanget som låg på samma nivå i de båda samtalsstyperna. Förståelsen var signifikant högre i gruppdiskussion utan samtalsmatta. M1:s kommunikationseffektivitet ökade med samtalsmatta för faktorerna förståelse, förmåga att hålla sig till ämnet samt gruppledarens förståelse. Signifikanta skillnader förekom på faktorerna förståelse och röd tråd, där poängen var högre med samtalsmatta.

Tid som ägnades åt frågeställningarna med och utan samtalsmatta

Resultaten av tidsmätningen för varje frågeställning redovisas i tabell 6.

Tabell 6

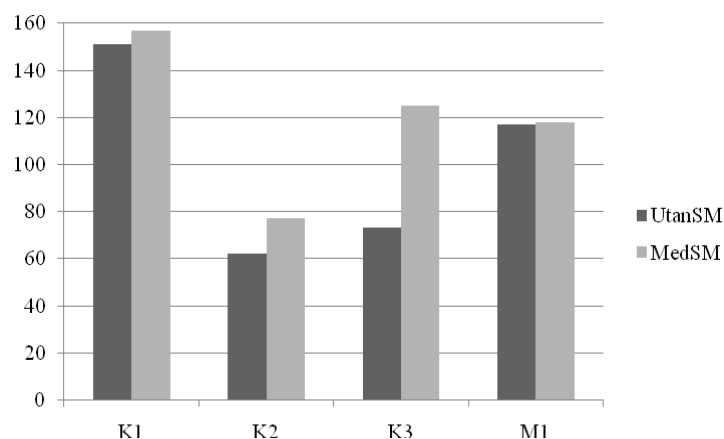
Tid för varje frågeställning vid respektive ämne och samtalsstyp (minut:sekund). Variationsvidd (min – max), medelvärde (M) och standardavvikelse (S). UtanSM – utan samtalsmatta. MedSM – med samtalsmatta. Medelvärde tid/frågeställning för respektive samtalsform beräknades på alla värden och redovisas som Medel UtanSM och Medel MedSM.

	Min	Max	M	S
Kost UtanSM	04:16	12:15	06:56	2,47
Kost MedSM	01:05	06:16	03:02	1,43
Hälsa UtanSM	02:33	11:56	07:38	3,17
Hälsa MedSM	01:49	11:43	05:23	2,88
Medel UtanSM	2:33	12:15	7:19	2,75
Medel MedSM	1:05	11:43	3:58	2,31

Varje frågeställning behandlades i genomsnitt längre tid i gruppdiskussion utan samtalsmatta jämfört med diskussion med samtalsmatta. Skillnaden var statistiskt signifikant ($p < ,05$) för båda samtalsämnen.

Frågor och följdfrågor i gruppdiskussionerna

Gruppledaren gick igenom frågeställningarna i den ordning som var given (bilaga 1). Frågorna var öppet formulerade: ”Hur fungerar det att...?”. I början av gruppdiskussionerna ställde gruppledaren frågorna på det här sättet, men då deltagarna hellre svarade på vad de tyckte om de olika frågeställningarna ändrade hon sedan frågorna till: ”Vad tycker du om...?”. Följdfrågorna var både de förutbestämda samt gruppledarens egna. Antal följdfrågor som gruppledaren ställde redovisas i figur 4.



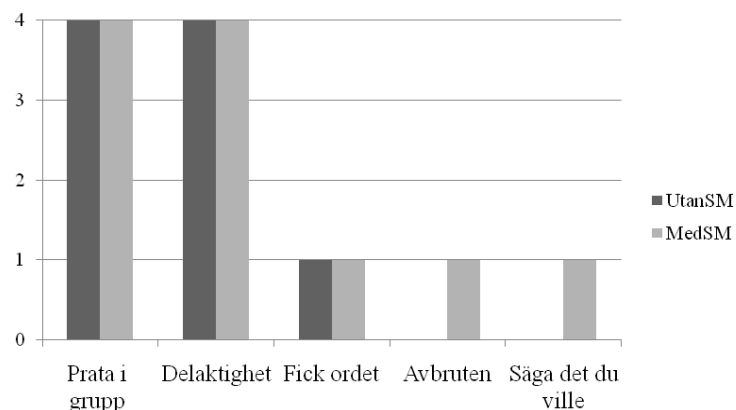
Figur 4. Antal följdfrågor grupplederen ställde till deltagarna i respektive samtalsform. UtanSM – utan samtalsmatta. MedSM – med samtalsmatta.

Analysen av grupplederens frågor och följdfrågor visade att samtliga deltagare totalt fick fler frågor i gruppdiskussion med samtalsmatta. Skillnaderna var relativt små för K1, K2 och M1 medan K3 fick många fler frågor, nästan dubbelt så många i gruppdiskussionerna med samtalsmatta jämfört med utan. K1 och M1 fick sammantaget flest frågor. Följdfrågorna handlade oftast om att grupplederen ville förtydliga eller kontrollera att hon förstått, exempelvis ”Läsa tänkte du på?” eller ”Uddevalle, var det det du sa?”. K2 fick betydligt färre frågor än övriga gruppdeltagare och frågor riktade till henne var ofta för att vidareutveckla svaret. På frågan ”Hur fungerar din sömn?” kunde nästa fråga lyda ”Hur är det när du vaknar?”. K3 fick frågor både för att utveckla sitt svar och för att förtydliga: ”Vad gör ni då tillsammans?” som en utvecklande följdfråga till hur det fungerar att träffa vänner och ”Gick du på onsdagar förut och badade?” som förtydligande följdfråga till hur konditionen fungerar.

Deltagarnas användning av samtalsmatta och upplevelser av gruppdiskussionerna

Beskrivning av hur respektive deltagare använde sig av samtalsmatta i diskussionerna samt en sammanställning av intervjuformulärens redovisas i figur 5 samt 7-9.

K1 använde samtliga skalsteg vid gruppdiskussion med samtalsmatta. Hon valde även att ta bort vissa frågeställningar som inte var relevanta för henne. K1 visade vid några tillfällen vilja att lägga bilder på skalsteg utanför mattan då det var något hon tyckte mycket om, exempelvis godis. Vid båda intervjuerna uttryckte K1 att gruppdiskussion med samtalsmatta fungerade bäst då hon jämförde det med gruppdiskussion utan samtalsmatta (bilaga 2, fråga 16, 25). Bilderna underlättade att få fram det hon ville säga och K1 ville använda samtalsmatta igen.



Figur 5. Resultatet av K1:s svar på intervjuformulären vid de två tillfällena. 4 – alltid/mycket bra, 3 – ofta/bra, 2 – ibland/sådär, 1 – sällan/dåligt, 0 – aldrig/mycket dåligt. UtanSM – utan samtalsmatta. MedSM – med samtalsmatta.

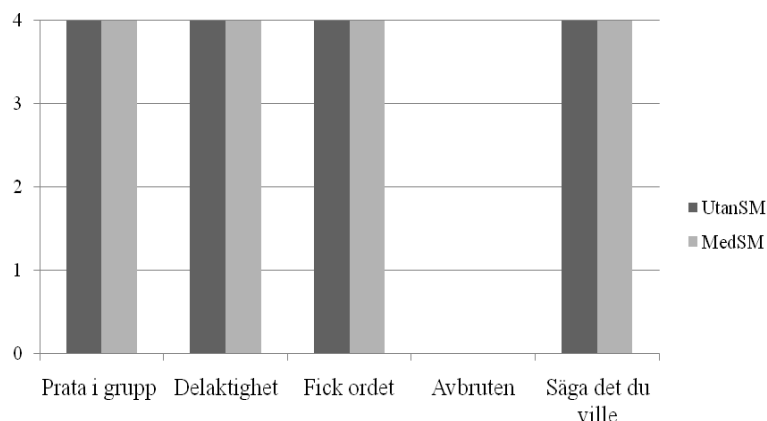
K1 tyckte att det fungerade lika bra i gruppdiskussion med och utan samtalsmatta gällande hur det gick att prata i grupp, delaktighet i samtalet och om hon fick ordet (figur 5). De svar som skilde sig åt var om hon blev avbruten och om hon fick säga det hon ville ha sagt. K1 upplevde att hon i gruppdiskussion med samtalsmatta sällan blev avbruten medan hon i gruppdiskussion utan samtalsmatta aldrig blev avbruten. Utan samtalsmatta upplevde K1 att hon aldrig fick sagt det hon ville säga. Med samtalsmatta fick hon sällan, det vill säga något oftare, sagt det hon ville säga.

K2 använde sig av fyra av de fem skalstegen på samtalsmattan. Hon valde att plocka bort enstaka frågeställningar från sin matta som hon ansåg var ointressanta eller svåra för henne att svara på, till exempel hur det fungerade att äta på resurscentrat. Eftersom hon inte gjort det valde hon bort frågeställningen.



Figur 6. Exempel på en samtalsmatta som K2 lagt.

Vid båda intervjuerna uttryckte hon att gruppdiskussion med samtalsmatta var det bästa alternativet jämfört med gruppdiskussion utan samtalsmatta (bilaga 2, fråga 16, 25). K2 sa att det var bra att det som diskuterades fanns på korten om hon glömde vad det hette. Hon tyckte också att det var positivt att det fanns möjlighet att själv föreslå frågeställningar om man så önskade. K2 var mycket positiv till att använda samtalsmatta igen.

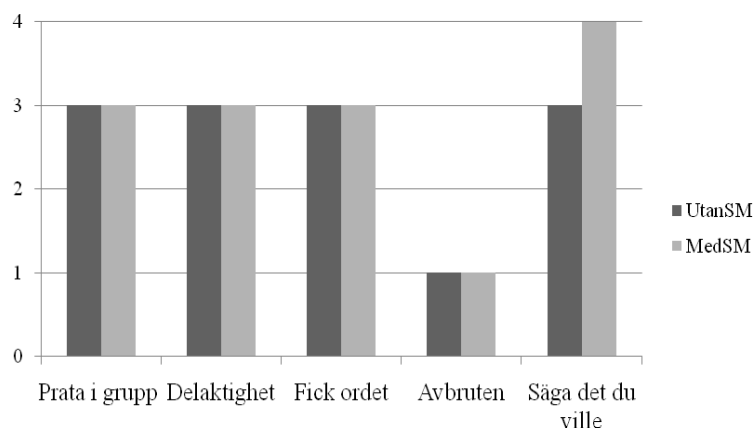


Figur 7. Resultatet av K2:s svar på intervjuformulären vid de två tillfällena. 4 – alltid/mycket bra, 3 – ofta/bra, 2 – ibland/sådär, 1 – sällan/dåligt, 0 – aldrig/mycket dåligt. UtanSM – utan samtalsmatta. MedSM – med samtalsmatta.

K2 uttryckte vid intervjuerna att kommunikationen fungerade lika bra i gruppdiskussion med och utan samtalsmatta (figur 7). Hon tyckte att det gick mycket bra på alla punkter.

När K3 använde samtalsmatta i gruppdiskussion använde hon alla skalsteg vid samtal om hälsa, och endast tre av fem vid diskussion om kost. Vid samtalet om kost med samtalsmatta valde hon att lägga till en frågeställning.

Vid båda intervjuerna, det vill säga efter samtal med respektive utan samtalsmatta, tyckte K3 att gruppdiskussion utan samtalsmatta var bäst för henne (bilaga 2, fråga 16, 25). Hon uttryckte att hon kanske ville använda samtalsmatta igen. Hon ansåg att det var bra att sätta ut bilder själv, det var lätt att se vad de andra tyckte och att samtalsmatta var enkelt att använda.

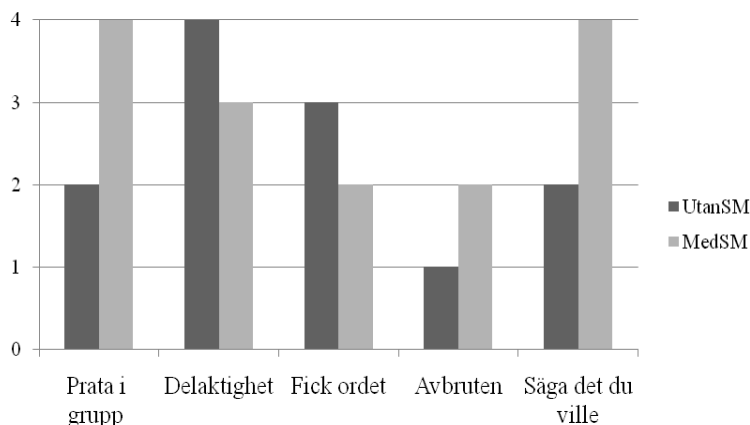


Figur 8. Resultatet av K3:s svar på intervjuformulären vid de två tillfällena. 4 – alltid/mycket bra, 3 – ofta/bra, 2 – ibland/sådär, 1 – sällan/dåligt, 0 – aldrig/mycket dåligt. UtanSM – utan samtalsmatta. MedSM – med samtalsmatta.

K3 uttryckte i intervjun att kommunikationen fungerade lika bra i de båda samtalstyperna förutom vad gällde frågan om hon fick säga det hon ville ha sagt, då uttryckte hon att med samtalsmatta gick det något bättre (figur 8).

M1 använde samtliga skalsteg vid samtal om kost. Då hälsa diskuterades använde han sig främst av det mest positiva skalsteget med några få undantag. Han placerade ut alla

bilder. M1 tyckte vid intervjun efter gruppdiskussion utan samtalsmatta att diskussion med samtalsmatta fungerade bäst (bilaga 2, fråga 16). Efter gruppdiskussion med samtalsmatta tyckte han tvärtom, att diskussion utan samtalsmatta fungerade bäst (bilaga 2, fråga 25). Han uttryckte att det var lättare att få fram vad han tyckte med hjälp av korten. M1 ansåg att endast text på korten var att föredra eftersom han både kan läsa och skriva. Han ville inte använda matta igen.



Figur 9. Resultatet av M1:s svar på intervjufrågorna vid de två tillfällena. 4 – alltid/mycket bra, 3 – ofta/bra, 2 – ibland/sådär, 1 – sällan/dåligt, 0 – aldrig/mycket dåligt. UtanSM – utan samtalsmatta. MedSM – med samtalsmatta.

M1 uttryckte att han var mer delaktig i samtalet, fick ordet när han ville och i mindre utsträckning blev avbruten vid gruppdiskussion utan samtalsmatta (figur 9). Det gick bättre att prata i grupp och att få sagt det han ville säga när han använde samtalsmatta.

Gruppledarens upplevelser av diskussioner med och utan samtalsmatta

Gruppledaren har tidigare använt samtalsmatta både individuellt och i grupp. Hon tyckte överlag att antalet frågor var för stort. Hon hade hellre haft färre frågor och därmed mer tid för att i slutet kunna sammanfatta och jämföra deltagarnas åsikter. Hennes upplevelse var också att deltagarna var intresserade av att berätta vad de tyckte om saker istället för hur det fungerade (bilaga 1). Trots att samma frågeställningar behandlades två gånger upplevde gruppledaren att samtalsämnen engagerade samtliga.

Tabell 7

Sammanfattning av gruppledarens åsikter om samtalsformerna.

Gruppdiskussion utan samtalsmatta	Gruppdiskussion med samtalsmatta
Friare samtal	Hjälper gruppledaren att fördela ordet
Kan utvecklas i flera riktningar	Hjälper minnet
Djupare diskussioner	Deltagarna har överblick
Abstrakt	Lätt att byta ämne
Talföra tar mer samtalsutrymme	Förberedelser tar mycket tid
Olika villkor	Bildens betydelse inte självklar
	Låst samtal

I diskussionerna utan samtalsmatta upplevde gruppledaren att gruppen fördjupade sig mer i varje fråga. Varje frågeställning tog i denna samtalstyp längre tid, därför hann de inte diskutera så många frågor. Gruppledaren tyckte att gruppdiskussionerna utan samtalsmatta gick bättre än väntat. Utan bilder blev samtalet dock ibland abstrakt vilket var olika svårt för deltagarna. Vid fördelningen av ordet försökte gruppledaren fånga upp när någon ville säga något, men ibland förekom parallella diskussioner. Deltagarna avbröt även varandra men inte i så stor utsträckning. De två i gruppen som har ett flytande tal, det vill säga K2 och K3, tog upp mer av samtalsutrymmet i diskussionerna utan samtalsmatta jämfört med övriga deltagare. Det blev svårt att styra upp samtalet då det inte kändes naturligt att gå in och avbryta någons resonemang. Gällande delaktigheten var alla med men inte riktigt på samma villkor. Gruppledaren trodde innan samtalen att de som hade svårt att prata skulle stå tillbaka mer än de gjorde. Det dök upp följd tankar efter frågorna som till exempel upplevelser av och åsikter om verksamheten som inte tagits upp innan. Gruppledaren upplevde det som att deltagarna fick sagt det de ville säga men att många av frågorna var så stora att man hade kunnat diskutera dem längre. Hon blev stressad av att veta att det fanns så många frågeställningar (bilaga 1). Ibland nöjde hon sig med korta svar även om det kanske fanns mer att fråga efter som inte kom fram.

Det gick bra att prata i grupp med samtalsmatta; gruppledaren upplevde att deltagarna var engagerade och att alla hade något att säga. Samtliga var delaktiga i samtalet och fick ordet när de önskade, men ibland avbröt de varandra. Hon trodde att deltagarna fick sagt det de ville säga. För gruppledaren kändes det som att det inte var mycket osagt när de gick vidare. Samtalen blev dock inte lika ingående eftersom alla deltagare såg hur många frågeställningar som fanns att diskutera. Detta kunde vara en stressfaktor men gav samtidigt alla en överblick. De mer talföra i gruppen tog mindre utrymme i denna samtalsform vilket gav större utrymme för de andra deltagarna. Gruppledaren tyckte att det var en utmaning att variera språk och infallsvinkel under hela samtalet. Deltagarna blev trötta mot slutet av gruppdiskussionen. Hon upplevde att det var tillfredsställande för deltagarna att ha varsin matta istället för en gemensam. När det var personliga frågor och åsikter som diskuterades så var detta sätt trevligare och mer intressant eftersom det blev tydligt vad var och en tyckte i varje fråga. En av deltagarna valde att endast ha textkort vilket gjorde det svårare för övriga i gruppen att se vad han tyckte. En positiv aspekt med gruppdiskussionerna var att nya tankar och bekymmer kom fram. Gruppledaren ville använda samtalsmatta i grupp igen och fortsätta diskutera kost och hälsa.

Diskussion

Studien utformades för att undersöka hur det fungerar att använda varsin samtalsmatta som kommunikationsstöd i grupp för personer med afasi. En befintlig afasigrupp och deras gruppledare engagerades för att genomföra gruppdiskussioner med och utan samtalsmatta. Resultaten indikerar att metoden samtalsmatta till viss del kan hjälpa deltagare i en gruppdiskussion men i olika stor utsträckning. Deltagarna med minst flytande tal hade störst hjälp av samtalsmatta i gruppdiskussion. För faktorerna förståelse och förmåga att hålla röd tråd i samtalet förekom signifikanta skillnader där samtalsmatta bidrog till högre poäng för dessa deltagare. Dock påvisades inga statistiskt signifikanta skillnader i total kommunikationseffektivitet mellan samtalsformerna för

någon av deltagarna. Detta kan ses som ett något oväntat resultat då tidigare forskning (Ferm et al., 2009; Murphy & Cameron, 2008) visat att kommunikationseffektiviteten har ökat med samtalsmatta. En orsak till detta kan vara att tidigare studier där kommunikationseffektivitet bedömts med EFFC har gjorts på andra patientgrupper i enskilda samtal vilket gör att resultaten i föreliggande studie inte är helt jämförbara.

Analysen med EFFC visade tendens till att samtalsmatta kan göra kommunikationen mer effektiv för personer som inte har flytande tal. I gruppdiskussion med samtalsmatta höjde två deltagare (K1, M1, figur 3) sin kommunikationseffektivitet över gränsen för vad som anses vara effektiv kommunikation (Murphy et al., 2007). K1 har blandad och efferent motorisk afasi och var den deltagare som låg nära en statistiskt signifikant skillnad mellan samtalsformerna gällande den totala kommunikationseffektiviteten. Samtalsmatta förbättrade hennes kommunikation, framför allt förståelse och förmåga att hålla en röd tråd i gruppdiskussion. Då K1 är tvåspråkig är det möjligt att bildstödet kan ha haft en särskilt stor betydelse för den ökade förståelsen där skillnaden mellan samtalsformerna var statistiskt signifikant. Metoden samtalsmatta ger gruppledaren och den intervjuade möjlighet att förstå varandra trots skadans eventuella inverkan på flera språk. Förståelse och förmåga att hålla en röd tråd förbättrades signifikant även för M1 som liksom K1 har efferent motorisk afasi. För K3 minskade förståelsen med samtalsmatta. Skillnaden var signifikant. Detta resultat bekräftar deltagarens egen uppfattning om att gruppdiskussion utan samtalsmatta är bättre för henne. Trots att samtalsmatta inte gav någon statistiskt signifikant skillnad i total kommunikationseffektivitet uttryckte sig flera av deltagarna positivt om metoden. K2, den deltagare som hade mest flytande tal uttryckte i intervjuerna att hon gärna ville använda samtalsmatta igen även om hennes resultat på EFFC visade att den totala kommunikationseffektiviteten sjönk något med samtalsmatta. Den lägre poängsättningen kan ha berott på att K2 i gruppdiskussion med samtalsmatta tog mindre plats än i samtal utan samtalsmatta. K2 upplevde samtalsmattans bilder som ett bra stöd för minnet. Detta indikerar att upplevelsen av den egna kommunikationen kan vara positiv även då analysen med EFFC inte visar ökad kommunikationseffektivitet. Brumfitt och Sheeran (1997) såg liknande resultat i en studie av personer med afasi där gruppträningen, oavsett om förbättring förekom, stärkte individernas självförtroende.

Kommunikation är en svårbedömd och komplex process. Ofta utgår logopeden från en intuitiv känsla för hur väl det fungerar istället för att använda ett ramverk som är systematiskt och strukturerat upplagt (Cameron et al., 2008). EFFC, det bedömningsinstrument som användes i studien, utgår från fyra faktorer som är viktiga för kommunikation. Uppdelningen förenklar analysen och hjälper bedömaren att fokusera på några viktiga bitar som ger en bild av personens kommunikativa förmåga. Även om författarna tillsammans med studentkollegor definierat vad faktorerna innebär i ett gruppsamtal var det ibland svårt att bedöma kommunikationen. I förfarandet satte författarna först sina egna poäng, diskuterade och kom till konsensus. Anledningen till att konsensusbedömning valdes till skillnad från tidigare studier (Cameron et al., 2008) var att det var en enkel process där författarna upplevde att de hade stort utbyte av varandras bedömningar. I diskussionerna kring de enskilda poängsättningarna gick författarna tillbaka till definitionerna gång på gång. Interbedömarreliabiliteten låg på 0,77 vilket är inom spannet 0,66–0,8 som Murphy och Cameron (2008) fick i sin utvärdering av EFFC som bedömningsverktyg. Aspland och Gardner (2003) konstaterar att det inte finns någon bestämd gräns för vad som är en acceptabel samstämmighet men att 0,7 och däröver ofta anses vara en godtagbar nivå. Mellan författarna och de externa

bedömarna blev interbedömarreliabiliteten 0,58. En del av förklaringen till den något låga siffran kan vara att bedömarna kände materialet olika väl. De externa bedömarna kan också ha påverkats av sitt pågående analysarbete med samma bedömningsinstrument i en annan patientgrupp (Huntingtons sjukdom) där symptombilden skiljer sig från afasigruppens.

Tidsmätningen visade att frågeställningarna behandlades i genomsnitt längre tid i de diskussioner som genomfördes utan samtalsmatta jämfört med gruppdiskussionerna med samtalsmatta. Skillnaden var statistiskt signifikant. Detta skiljer sig från resultaten som Ferm et al. (2009) kom fram till där de fann att samtal med samtalsmatta tog signifikant längre tid att genomföra. Studien gällde då enskilda samtal med personer som har Huntingtons sjukdom. Det visade sig att samtalsmatta fick andra effekter i en gruppdiskussion med personer som har afasi. Konsekvensen av att det tog kortare tid per frågeställning blev att gruppen hann med fler frågor i diskussionerna med samtalsmatta; 19 och tolv frågor jämfört med åtta frågor i båda gruppdiskussionerna utan samtalsmatta. Detta kan bero på att samtalsmattan gav deltagarna ökad överblick av samtalet och hur många frågeställningar det fanns att behandla. Liknande resultat framkom i en studie av Murphy och Cameron (2008) där deltagare med intellektuell funktionsnedsättning intervjuades om livsplanering. Betydligt fler frågeställningar avhandlades i diskussion med samtalsmatta. Överblicken som samtalsmatta ger kan ha både positiva och negativa konsekvenser för samtalet. K2 uttryckte stress över att inte hinna med alla frågeställningar. Gruppledaren påpekade i intervjun att det var lätt att byta frågeställning i denna samtalsform då alla deltagarna på grund av överblicken som samtalsmattan gav var införstådda med fortsättningen på diskussionen. I gruppdiskussionerna utan samtalsmatta behandlades varje frågeställning längre tid och samtalen blev enligt gruppledarens åsikt mer djupgående. Denna upplevelse kan bero på att det i gruppdiskussionerna utan samtalsmatta tog lång tid att komma fram till en åsikt på grund av kommunikationssvårigheterna. Då flera deltagare påtalade bildernas positiva effekt för minnet och värdeskalans stöd för att uttrycka en åsikt kan man tänka sig att det gick fortare att komma fram till ett svar med hjälp av samtalsmatta. Tre av fyra deltagare uttryckte att de i större utsträckning fick säga det de ville ha sagt med hjälp av samtalsmatta. Detta tyder på att deltagarna gav uttömmande svar trots det högre tempot i diskussionerna med samtalsmatta. Murphy och Cameron (2008) kom fram till liknande resultat och lyfte fram samtalsmattans fördelar med struktur och visuellt stöd för både deltagare och samtalsledare. Även Ferm et al. (2009) fann att samtalsmatta var ett stöd också för samtalspartnern.

Frågor och följdfrågor räknades och analyserades. Resultaten visade att det överlag ställdes fler frågor och följdfrågor i gruppdiskussionerna med samtalsmatta. Ökningen går att relatera till det faktum att fler frågeställningar diskuterades i denna samtalsform. Deltagarna M1 och K1 fick totalt sett störst antal frågor förmodligen eftersom deras tal inte är flytande och deras svar främst bestod av ja/nej, stereotypa fraser och enstaka ord. Detta gjorde att det krävdes mycket tolkning av gruppledaren och därmed blev det fler förtydligande frågor. K2:s tal är flytande, hon tog plats i gruppen och kunde ofta uttrycka sin åsikt utan att det krävdes lika mycket tolkning vilket kan förklara att hon fick färre antal frågor och följdfrågor. K3 har också ett relativt flytande tal, men tog inte många initiativ. Därför fick hon både frågor där gruppledaren bad om förtydliganden och frågor där hon ombads utveckla sitt svar. Hon fick dessutom många fler frågor, nästan dubbelt så många i gruppdiskussionerna med samtalsmatta jämfört med utan. Detta kan bero på att gruppledaren uppfattade K3 som mer passiv då hon använde

samtalsmattan och därför ville engagera henne mer. På EFFC fick K3 lika många poäng på engagemang i båda samtalstyperna, därför kan anledningen till det ökade antalet följdfrågor lika gärna bero på att K3 blev mer aktiv vilket gjorde att gruppleddaren ställde fler frågor för att svaren skulle bli helt uttömda. För att kunna dra några slutsatser av detta resultat skulle fler analyser krävas, exempelvis undersökning av antal yttranden från varje deltagare samt hur många förtydligande respektive utvecklande frågor gruppleddaren ställde. Gruppleddaren ansåg att K2 och K3, som båda har relativt flytande tal, tog mer plats än övriga deltagare i samtal utan samtalsmatta och de fick inte lika många följdfrågor som övriga deltagare. Gruppleddaren ville troligtvis ge K1 och M1 mer tid och utrymme att få fram sina åsikter.

Deltagarnas förståelse för metoden samtalsmatta framgick vid observationen av hur de lade sina bilder och resonerade kring frågan samt hur väl dessa två handlingar stämde överens. De använde samtliga skalsteg och valde vid några tillfällen att plocka bort eller lägga till frågeställningar vilket tyder på hög förståelse av hur metoden ska användas. Deltagarna visade även vilja att lägga bilder utanför värdeskalen då något var mycket positivt eller negativt. Flera gånger tittade de på varandras mattor och kommenterade vad de andra hade lagt.

Alla deltagare hade varsin matta och uppsättning bilder vilket var ett nytt sätt att använda metoden samtalsmatta, både för gruppen och i forskningssammanhang. Det nya tillvägagångssättet var uppskattat av tre av fyra deltagare som svarade ja eller kanske till att använda samtalsmatta igen. Även gruppleddaren ville använda samtalsmatta igen. Hon upplevde att det var intressant och positivt för deltagarna att få uttrycka sin åsikt med hjälp av en egen samtalsmatta. Enligt Lasker et al. (2007) är de flesta personer med grav afasi partnerberoende i sin kommunikation. Då kan AKK spela en viktig roll för ökad självständighet. Med samtalsmatta hade samtliga deltagare möjlighet att på egen hand förmedla sin åsikt i viktiga frågor.

I föreliggande studie fick deltagarna diskutera samma frågeställningar vid två tillfällen. Det fanns därmed risk för att det ena tillfället influerat det andra vilket kan leda till inläring eller minskat intresse (Pring, 2005). På grund av det varierades ordningen på samtalsämnen med och utan samtalsmatta. Ingen av deltagarna påtalade att frågeställningarna redan hade diskuterats och det verkar inte ha gjort samtalen mindre intressanta. Gruppleddaren upplevde att det var viktiga ämnen som engagerade samtliga deltagare och att hon gärna ville fortsätta att diskutera i grupp kring dessa ämnen.

Studiens begränsningar var att bedömningarna av kommunikationseffektivitet gjordes på varje frågeställning och därmed på olika långa videoklipp vilket gav skilda förutsättningar att sätta poäng. Alternativet att bedöma efter en viss tid istället för per frågeställning hade troligtvis gjort att bedömningarna skulle skett på frågeställningar där inte alla deltagare hunnit komma till tals. Antalet deltagare i studien var litet och det är därför svårt att generalisera resultaten till populationen personer med afasi. Dessutom hade deltagarna olika typ och grad av afasi samt olika lång tid sedan insjuknande vilket innebar att deras kommunikativa svårigheter varierade kraftigt. Frågeställningarna var formulerade ”Hur fungerar det att...?” men det visade sig att deltagarna hellre ville svara på vad de tyckte om exempelvis gröt och att träffa vänner. Gruppleddaren omformulerade därför frågorna för att stämma överens med det som gruppdeltagarna ville diskutera. Hon ansåg att antalet frågor var för stort och saknade tid för sammanfattning i slutet av gruppdiskussionerna. Vid intervjuerna gav en av deltagarna något tvetydiga svar på frågan vilken samtalstyp som fungerade bäst. Det förblev oklart

för författarna om deltagaren förstått frågan. Trots text, bildstöd och muntligt ställda frågor kan missförstånd uppstå vilket är viktigt att ta hänsyn till i arbete med denna patientgrupp. I intervjuformulären fanns frågan ”Hur delaktig kände du dig i samtalet?”. Denna fråga visade sig vara svår att förstå då den krävde ytterligare förklaring för samtliga deltagare och skulle möjligen kunna uteslutas. Intervjuformuläret fungerade trots ovan nämnda brister väl. En av styrkorna med intervjuformuläret var att deltagarna kunde svara muntligt, med kroppskommunikation eller skriftligt beroende på vad de själva föredrog.

Slutsatser och implikationer

Studien uppfyller ett behov då det saknas publicerad forskning kring gruppdiskussioner där deltagarna använder varsin samtalsmatta och kan komma att bidra till nya användningssätt och insikter kring samtalsmatta i grupsammanhang. Resultaten pekar på att personer med afasi i gruppdiskussion kan ha hjälp av samtalsmatta i olika stor grad beroende på sina svårigheter. Störst skillnad blev det för de deltagare som hade minst flytande tal. Deras kommunikationseffektivitet höjdes i gruppdiskussion med samtalsmatta över gränsen för effektiv kommunikation, 12 poäng. Även om den totala kommunikationseffektiviteten enligt EFFC inte förbättrades signifikant kan samtalsmatta göra gruppdiskussioner mer tidseffektiva då frågeställningarna behandlades kortare tid med samtalsmatta. Det nya sättet att använda varsin samtalsmatta i gruppdiskussion gav deltagarna möjlighet att uttrycka sin personliga åsikt och samtidigt se vad de andra deltagarna tyckte. Tre av de fyra deltagarna samt gruppleddaren i föreliggande studie upplevde metoden samtalsmatta som positiv och kan tänka sig att använda den igen.

En majoritet av tidigare forskning kring samtalsmatta har gjorts på Stirling University där Joan Murphy är aktiv logoped och forskare. Eftersom Murphy själv har tagit fram metoden samtalsmatta (Talking Mats®) är det positivt om mer forskning kommer utifrån. Ytterligare forskning behövs kring metoden samtalsmatta där grupperna som studeras är mer homogena. Detta för att kunna generalisera resultaten och se hur samtalsmatta kan fungera som kommunikationsstöd vid olika typer av afasi. En studie där man jämför balansen vad gäller yttrandemängd mellan gruppleddare och gruppdeltagare i de båda samtalstyperna skulle kunna ge en fördjupad bild av samtalsmattans effekter.

Referenser

- Afasiförbundet (2009). Vad är afasi? Hämtad 21 november 2009, från http://www.afasi.se/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=53
- Ahlsén, E. (2006). *Introduction to Neurolinguistics*. John Benjamins Publishing Company.
- Ahlsén, E. (2008a). Förvärvade språkstörningar hos vuxna vid fokala hjärnskador. I L. Hartelius, U. Nettelblatt, B. Hammarberg (red:er), *Logopedi* (ss. 199 – 206). Lund: Studentlitteratur.
- Ahlsén, E. (2008b). Språkstörningar hos vuxna (förvärvade språkstörningar) – allmän del. I L. Hartelius, U. Nettelblatt, B. Hammarberg (red:er), *Logopedi* (ss. 187 – 198). Lund: Studentlitteratur.
- Aspland, H., & Gardner, F. (2003). Observational measures of parent-child interaction: An introductory review. *Child and Adolescent Mental Health*, 8 (3), 136 – 143.
- Bergström, A. (2007). From words to conversation: evaluation of aphasia therapy. *Gothenburg Monographs in Linguistics* 33. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för Lingvistik.
- Bergström, A. (2008). Afasi och flerspråkighet. I L. Hartelius, U. Nettelblatt, B. Hammarberg (red:er), *Logopedi* (ss. 235-241). Lund: Studentlitteratur.
- Basso, A. (2003). *Aphasia and its therapy*. Oxford University Press (US).
- Bornman, J., & Murphy, J. (2006). Using the ICF in goal setting: Clinical application using Talking Mats®. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1 (3), 145 – 154.
- Brumfitt, S.M., & Sheeran, P. (1997). An evaluation of short-term group therapy for people with aphasia. *Disability and rehabilitation*, 19 (6), 221 – 230.
- Cameron, L., Murphy, J., Cuhusac, P. (2008). *The validation and reliability of the Effectiveness Framework of Functional Communication for Speech and Language Therapists*. (Opublicerad rapport). Stirling: University Stirling.
- Eales, C., & Pring, T. (1998). Using individual and group therapy to remediate word finding difficulties. *Aphasiology*, 12 (10), 913 – 918.
- Ellman, R. J., & Bernstein-Ellis, E. (1999). The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42 (2), 411-419.
- Ferm, U., Sahlin, A., Sundin, L., & Hartelius, L. (2009). Using Talking Mats to support communication in persons with Huntington's Disease. *International Journal of Language and Communication Disorders*. (Epub ahead of print, posted online on 7 Oct 2009).
- Ferm, U., & Thunberg, G. (2008). Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). I L. Hartelius, U. Nettelblatt, B. Hammarberg (red:er), *Logopedi* (ss. 461 – 468) Lund: Studentlitteratur.
- Kagan, A., & Saling, M.M. (1992). *An introduction to Luria's aphasiology. Theory and application*. Witwatersrand University Press.
- Lasker, J. P., Garrett, K. L., & Fox, L. E. (2007). Severe Aphasia. I D. R. Beukelman, K. L. Garrett, & K. M. Yorkston (red:er), *Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions* (ss. 163 – 206). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Mayer-Johnson (1981-2009). *The Picture Communication Symbols*®. (Bildmaterial). All Rights Reserved Worldwide. Pittsburgh, PA: Mayer-Johnson LLC. Boardmaker®

- is a trademark of Mayer-Johnson LLC. DynaVox Mayer-Johnson, 2100 Wharton Street, Suite 400, Pittsburgh, PA 15203. Phone: 800-588-4548. Fax: 866-585-6260. Email: mayer-johnson.usa@dynavoxtech.com. Web site: www.mayer-johnson.com
- Murphy, J. (1998). Helping people with severe communication difficulties to express their views: a low tech tool. *Communication Matters*, 12, 9-11.
- Murphy, J. (2000). Enabling people with aphasia to discuss quality of life. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 7 (11), 454 – 458.
- Murphy, J., & Cameron, L. (2006). *Talking Mats a Resource to Enhance Communication*. Stirling: University of Stirling.
- Murphy, J., Gray, M., & Cox, S. (2007). *Communication and dementia: How Talking Mats can help people with dementia to express themselves*. Stirling: University of Stirling, Joseph Rowntree Foundation.
- Murphy, J., & Cameron, L. (2008). The effectiveness of Talking Mats with people with intellectual disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 36 (4), 232 – 241.
- Pring, T. (2005). *Research methods in communication disorders*. London: Whurr Publisher Ltd.
- Sarno, M. T. (1975). The Functional Communication Profile: Manual of Directions. *Rehabilitation Monographs*. 42, 1-32.
- Watson, J., Cameron, L., & Murphy, J. (2003). Don't just make the font bigger. *Learning disability practice*, 6 (7), 20 – 23.

Samtalsämne Hälsa

Frågeställningar*		Följdfrågor (förslag)
Kroppen	1. Hur mår du	Somna Sova natten igenom Trött på morgonen Dygnsrytm
	2. Sömn	
	3. Träffa vänner	Borsta tänderna Tandtråd Karies Värk/spänningar Yrsel
	4. Vara med familjen	
	5. Tänder/munhygien	
Psyket	6. Nacke/huvud	Behålla vikten Glad/ledsen/nedstämd
	7. Magen	
	8. Ryggen	
	9. Kondition	
	10. Vikten	
Kommunikation	11. Humöret	För hand/på dator Dator Mobiltelefon Skillnad mot tidigare
	12. Mentala välbefinnandet	
	13. Minnet	
	14. Tala	
	15. Skriva	
	16. Förstå när andra pratar	
	17. Tekniska kommunikationshjälpmedel	
	18. Synen	
	19. Hälsan överlag	

Samtalsämne Kost

1. Restaurang/café	5. Frukost	Sätter i halsen Varmt/kallt Kolsyrat
2. Hemma	6. Mellanmål	
3. Hos vänner	7. Lunch	
4. På resurscentrat	8. Middag	
9. Dryck		Tugga Segt/trådigt Svälja Olika fiskrätter
10. Gröt		
11. Kött		
12. Fisk		Segt/hårt godis Chips Kokta Råa
13. Potatis		
14. Pasta		
15. Godis/snacks		Grovt/vitt/knäcke Sätta i halsen Slät/med bitar
16. Frukt/grönt		
17. Bröd		
18. Ris		
19. Soppa		

* Frågeställningarna gruppleddaren fick att utgå från. Öppna frågor ställdes, exempelvis "Hur fungerar...?", "Hur känns det...?".

Intervjuformulär

Tillfälle 1

Personuppgifter:

1. Kön
2. Ålder
3. Utbildning (Grundskola/gymnasium/högskola)
4. Yrke
5. Tid sedan insjuknande
6. Afasidiagnos

7. Tidigare erfarenhet av samtalsmatta
8. Tidigare erfarenhet av diskussion i grupp tillsammans med andra personer som har afasi
9. Hur går det att prata
10. Hur går det att förstå när andra pratar

Formulär för gruppdiskussion utan samtalsmatta

11. Hur gick det att prata i grupp
12. Hur delaktig kände du dig i samtalet
13. Fick du ordet när du önskade
14. Blev du avbruten
15. Fick du sagt det du ville säga
16. Vilket samtal fungerade bäst

Tillfälle 2

Formulär för gruppdiskussion med samtalsmatta

17. Hur gick det att prata i grupp med samtalsmatta
18. Hur delaktig kände du dig i samtalet
19. Fick du ordet när du önskade
20. Blev du avbruten
21. Fick du sagt det du ville säga
22. Vad är bra med att använda samtalsmatta
23. Vad är dåligt med att använda samtalsmatta
24. Vill du använda samtalsmatta i grupp igen
25. Vilket samtal fungerade bäst