

# MASTEROPPGAVE

Emnekode:

PE323L

Navn på kandidater:

Christine Bakkemo & Maria Hernes Stefansdottir

---

*«Min rolle blir rett og slett å oversette det han tenker»*

-  
En kvalitativ studie av afasirammedes partnere  
og deres samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner

---

Dato: 18.05.2016

Totalt antall sider: 100

## Sammendrag

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan partnere til personer med afasi kan opptre i samtaler sammen med den afasirammede og en tredjepart. Afasirammedes kommunikative restriksjoner fører til at de ofte ledsages av en hjelper for å få assistanse når de kommuniserer med andre mennesker (Ferguson & Harper, 2010). Denne hjelperen vil ofte være personens partner. Problemstillingen gikk ut på å undersøke hvilke erfaringer partnere og logopeder har med hvordan partnere kan opptre med sin *samtaleatferd* i slike hverdagslige samtaler. På grunnlag av dette ønsket vi å undersøke hvilke *samtaleroller* partnere kan innta for å bistå den afasirammede, og fremme felles forståelse med tredjeparten. For å belyse problemstillingen på best mulig måte utformet vi fem spesifikke forskningsspørsmål. Med utgangspunkt i disse spørsmålene undersøkte vi informantenes generelle erfaringer med partneres samtaleatferd i slike *flerpartsinteraksjoner*, samt deres spesifikke erfaringer med veiledning vedrørende tematikken.

Studien ble utformet med en kvalitativ fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, hvor vi benyttet individuelt intervju som metode for datainnsamling. Metoden ble valgt med ønske om å få fatt på informantenes rike og nyanserte beskrivelser. Utvalget bestod av tre partnere og tre logopeder, og ble gjort strategisk for å rekruttere informanter med mest mulig erfaring knyttet til studiens tematikk. For å analysere deltakernes erfaringer, og dermed fortolke fenomenet samtaleatferd, benyttet vi Lindseth og Norbergs (2004) fenomenologisk-hermeneutiske analysemetode. Resultatene våre viser at fenomenet samtaleatferd både er omfattende og sentralt.

Våre funn bekrefter tidligere forskning ved å vise at partnere kan innta de tidligere identifiserte samtalerollene “å snakke istedenfor” den afasirammede, “å snakke på vegne av” den afasirammede, samt “støttet samtale” (Kagan, 1998; Ferguson & Harper, 2010). Vår analyse viser videre at partnere også kan opptre med samtaleatferd som ikke kan knyttes til disse tidligere identifiserte rollene. Resultatene har dermed dannet grunnlaget for å utvikle to nye samtaleroller, betegnet som “å snakke over hodet på” den afasirammede og “meklerrolle”.

Avslutningsvis indikerer resultatene et behov for ytterligere logopedveiledning i forhold til partneres samtaleatferd. Partneres sentrale rolle for den afasirammedes kommunikative selvtillit og sosiale deltakelse tilsier at deres samtaleatferd er en tematikk som i større grad bør vektlegges i afasirehabilitering.

## Abstract

The purpose of this study has been to research spouses' contribution to the talk of their aphasic partner, in multiparty interactions with a third party. People with aphasia are frequently accompanied as they participate in their social activities, due to their communication difficulties (Ferguson & Harper, 2010). The person accompanying them is often their spouse. The overarching question which was sought answered in this study, involves examining both spouses' and speech pathologists' experiences with spouses' "*speaking behavior*", in such everyday conversations. Based on this, we wanted to explore which "*participant speaking roles*" spouses can appear in to assist the aphasic speaker, and thereby to promote the flow of conversation. To answer the overarching question of this study, five specific research questions were conducted. Based on these questions, we examined the participants' overall experiences with spouses' speaking behavior in multiparty interactions, as well as their specific experiences with counseling regarding the research topic.

The study is based on a qualitative phenomenological-hermeneutic approach, where we used individual interviews to collect our data. Our informant selection consisted of three spouses and three speech pathologists. We used a purposive sampling strategy to select participants with the highest amount of experience related to the research topic. To analyze their experiences, and thereby interpret the phenomenon of speaking behavior, we used Lindseth and Norberg's (2004) phenomenological-hermeneutic method for researching lived experience. Our findings show that the phenomenon of speaking behavior is both comprehensive and imperative.

The results of this study confirm previous research by supporting their notion that spouses can appear in the three previously identified participant speaking roles: "*speaking instead of*" the aphasic speaker, "*speaking on behalf of*" the aphasic speaker and "*supported conversation*" (Kagan, 1998; Ferguson & Harper, 2010). Our analysis also imply that spouses can use other types of communication strategies than those associated with the previously described participant speaking roles. Our findings therefore suggest the basis for developing two new participant speaking roles: "*speaking above*" the aphasic speaker and a "*mediator role*". In conclusion, our results indicate a need for additional counseling by speech pathologists, when it comes to spouses' speaking behavior in multiparty interactions. Spouses have a key role in promoting the aphasic speakers' communicative confidence, and their social interaction in general. This implies that spouses' speaking behavior should be a priority in the rehabilitation of aphasia.

## **Førord**

Nå som masterprosjektet endelig er ferdigstilt, er det flere som fortjener en eksplisitt takk. Først og fremst ønsker vi å rette en stor takk til studiens informanter. Dere har hjulpet oss med å belyse det vi anser for å være en svært viktig tematikk, ved å dele av deres personlige og interessante erfaringer. Uten dere hadde det ikke vært mulig for oss å gjennomføre dette prosjektet. I denne sammenhengen ønsker vi også å takke Afasiforbundet, som har gitt oss uvurderlig hjelp med å rekruttere de unike informantene.

Videre er det viktig for oss å takke våre medstudenter som har bidratt med både støtte, faglig påfyll og spennende refleksjoner gjennom hele studieforløpet. En stor takk rettes også til Karin Paulke, for verdifull hjelp med korrekturlesing og generelle tilbakemeldinger på vårt prosjekt. Vi setter stor pris på at du har tatt deg tid til å hjelpe oss!

Sist, men på ingen måte minst, ønsker vi å rette en stor takk til førsteamanuensis Bjørg Mari Hannås, for å ha hjulpet oss med å få forskningsprosjektet i havn. Tusen takk for nyttig veiledning, inspirasjon og oppmuntring gjennom hele prosessen.

Til slutt anser vi det som på sin plass med noen personlige ord fra hver av oss:

*En krevende, men spennende periode er nå over. At dette prosjektet har latt seg gjennomføre er mye takket være de unike menneskene jeg har rundt meg. Først og fremst vil jeg rette en hjertelig takk til min driftige og reflekterte medforfatter av denne oppgaven, samarbeidspartner gjennom hele studiet, samt gode venninne, Maria Hernes Stefansdottir. Du er så fantastisk god å ha! Uten det unike teamet vi utgjør ville ikke dette prosjektet eksistert. En spennende reise som logopedstudenter er nå over, og vårt fremtidige arbeid som logopeder står for tur. Sammen følger vi veien videre med privat praksis.*

*Videre vil jeg takke min livspartner og ektefelle, Andreas, som er en uvurderlig støttespiller for meg. Det er du som har gjort det mulig for meg å gjennomføre dette prosjektet på tilmålt tid, da du alltid er der for meg. En stor takk rettes også til min nå 4 år gamle sønn, Marcelius. Takk for din unike tålmodighet når mamma jobber, samt at du med ditt fantastiske vesen ikke har gjort masterprosjektet altopplukkende. Det ville ikke vært mulig for meg å gjennomføre masterprosjektet uten deres støtte. Videre har min nærmeste familie bidratt med verdifull støtte, motivasjon og interessante refleksjoner. Takk for at dere alltid har tro på meg!*

- Christine Bakkemo

*Nå når siste punktum for masteroppgaven endelig er satt, er det vanskelig å se tilbake på de siste seks månedene og se noe annet enn de positive erfaringene. Samtidig har det vært en intens periode, som også har medført noen tøffe tak. Det er derfor i stor grad takket være mine nærmeste, at dette prosjektet nå er fullført. Først og fremst vil jeg takke min gode venninne og dyktige medforfatter av denne oppgaven, Christine Bakkemo. Jeg er så takknemlig for deg og vårt gode samarbeid, både gjennom denne prosessen og hele studiet. Du er virkelig unik! Tusen takk for at du har gått veien sammen med meg, gjennom håpløshet og frustrasjon, latter og mestring. Heldigvis fortsetter vi det gode samarbeidet som logopedkollegaer.*

*Jeg vil også takke min nærmeste familie, spesielt mamma og pappa. Dere er uvurderlige, og stiller alltid opp for meg i enhver sammenheng. Tusen takk for alle oppmuntrende ord, refleksjoner og gode råd. Til slutt vil jeg takke min kjære mann, som er min viktigste støttespiller, motivator og livspartner. Tusen takk, Jens, for at du har gjort det mulig for meg å gjennomføre dette prosjektet, og ikke minst fem lange år med studier. Du er min klippe, og uten deg og din tro på meg hadde ikke dette vært mulig!*

- Maria Hernes Stefansdottir

## **Innholdsfortegnelse**

<b>Sammendrag</b> .....	<b>i</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Forord</b> .....	<b>iii</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>v</b>
<b>Sitat</b> .....	<b>viii</b>
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for studien .....	1
1.1.1 Afasi .....	2
1.2 Presentasjon av studiens tema og formål .....	4
1.2.1 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	6
<b>2.0 Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>6</b>
2.1 Afasisyndromer .....	7
2.1.1 Årsaker .....	7
2.1.2 Afasi: En krisetilstand .....	8
2.2 Kommunikasjon .....	9
2.2.1 Kommunikasjonsmodeller: Den kommunikative prosessen.....	9
2.2.2 Kommunikasjonsvansker .....	10
2.3 Samtale .....	11
2.3.1 Flerpartsinteraksjoner .....	12
2.3.2 Samtale og afasi .....	14
2.3.3 Samtaleatferd: Kommunikasjonsstrategier i samtalen .....	14
2.3.4 Samtaleroller .....	16
2.4 Logopedveiledning av afasirammedes partnere .....	19
2.4.1 Veiledning av partnere på deres samtaleatferd .....	20
<b>3.0 Metodologisk tilnærming</b> .....	<b>22</b>
3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming .....	22
3.1.1 Kvalitativ forskning .....	22
3.1.2 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming .....	23
3.2 Metodisk tilnærming .....	24
3.2.1 Transparens: Forforståelse, validitet og reliabilitet .....	24

3.2.2	Forskningsdesign .....	25
3.2.3	Datainnsamling: Kvalitativt intervju som metode .....	26
	I: Utvalg og inklusjonskriterier .....	27
	II: Intervjuguide .....	27
	III: Intervjusituasjonen .....	28
3.3	Etiske betraktninger .....	30
3.4	Fenomenologisk-hermeneutisk analyse .....	30
	3.4.1 Naiv lesing og beskrivelse .....	31
	3.4.2 Tematisk analyse .....	31
	3.4.3 Overordnet forståelse av helhetlig fortolkning .....	32
<b>4.0</b>	<b>Presentasjon og analyse av resultater .....</b>	<b>33</b>
4.1	Partneres samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner .....	34
	4.1.1 Flerpartsinteraksjoner .....	34
	4.1.2 Samtaleroller .....	36
	I: “Å snakke istedenfor” den afasirammede .....	36
	II: “Å snakke på vegne av” den afasirammede .....	39
	III: “Støttet samtale” .....	42
	IV: “Å snakke over hodet” på den afasirammede .....	45
	V: “Meklerrolle” .....	48
	4.1.3 Samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner er dynamisk .....	51
4.2	Logopedveiledning i forhold til samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner .....	55
	4.2.1 Opplevde behov for veiledning på samtaleatferd .....	55
	4.2.2 Hvordan gjennomføres eventuelt veiledning på samtaleatferd? .....	57
	4.2.3 Hvordan kan veiledning på samtaleatferd potensielt gjennomføres i praksis? .....	60
<b>5.0</b>	<b>Avsluttende refleksjoner .....</b>	<b>65</b>
	5.1 Hovedfunn og konklusjon .....	65
	5.2 Mulige innvendinger mot studien .....	68
	5.3 Fremtidig forskning .....	70
	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>71</b>

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring for partnere

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring for logopeder

Vedlegg 5: Intervjuguide for partnere

Vedlegg 6: Intervjuguide for logopeder



*«Livet er verdt å leve.*

*Sammen skal vi gå hånd i hånd inn i alderdommen*

*- og ikke la oss hindre av skjebnens ironi»*

(Ektemann til afasirammet, Afasiposten 4/15)

## 1.0 Innledning

Har du noen gang tenkt bevisst over hva språk og kommunikasjon er? Hva er en samtale, og hvilke elementer er nødvendige for å gjennomføre en samtale? De fleste av oss tar nok denne kunnskapen mer eller mindre for gitt. Den bare er der, *tilgjengelig*, når vi trenger den. For de fleste mennesker vil både språk, kommunikasjon og samtale være selvfølgeligheter. Selvfølgeligheter som daglig preger hverdagen vår: En diskusjon med sønnen om passende leggetid, småprat med kollegaen i lunsjen, en samtale med ektemannen om hvordan dagen har vært. Selvfølgeligheter vi har utført og vært en del av nærmest fra vi kom til verden, med gradvis økende kompleksitet. Fra bruken av gråt for å kommunisere behov det første leveåret, til å klare å sette ord på ting det neste. Fra bruken av enkeltord til mestring av to-ords ytringer, og videre til å kunne samtale med fullverdige setninger. Ferdigheter de fleste av oss mestrer i løpet av tre-fire årsalderen (Helland, 2012), uten at vi noen gang snur oss og ser tilbake. Hva gjør vi, når det hele bryter sammen?

### 1.1 Bakgrunn for studien

Språket regnes som menneskers viktigste kommunikasjonsmiddel. Det lar oss dele våre tanker, følelser og idéer, samt formidle kunnskap, erfaringer og meninger med hverandre. På denne måten knytter språket oss sammen, og skaper mellommenneskelige relasjoner (Kagan, 1998). En person med afasi vil ikke ha "mistet" språket fullstendig, men vil ha en redusert evne til å bruke språket i kommunikasjon med andre mennesker (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind, & Qvenild, 2006). Skjelstad gjengir en beskrivende skildring fra en afasirammet, om hvordan en kan få følelsen av at språket fanges i tankene: "Jeg har ordet i tankene mine. Tankene mine er klare. Jeg er normal inni meg" (Skjelstad, 1987, s. 8).

Når det skjer en slik endring i evnen til å uttrykke seg, vil det også skje en endring i evnen til å skape og vedlikeholde relasjoner med andre mennesker. Årsaken til dette er at kommunikasjon alltid er et relasjonelt fenomen (Lorentzen, 2003). Siden verbal kommunikasjon er et så sentralt og grunnleggende trekk ved mellommenneskelig samvær og relasjonsskapning, så regnes det for å være av stor betydning for menneskers livskvalitet (Corneliussen et al., 2006). Simmons-Mackie og Damico (2008) påpeker dette ytterligere. De beskriver afasi som en kronisk forstyrrelse, med langsiktige konsekvenser som sosial isolasjon, ensomhet, begrensede aktiviteter, rolleendring og stigmatisering.

En faktor som vanskeliggjør det relasjonelle aspektet for afasirammede, er at evnen til å formulere seg godt og uttrykke seg tydelig, ofte blir sidestilt med intelligens i vårt samfunn

(Kagan, 1998). De kommunikative vanskene en afasirammet opplever, kan innebære både utfordringer med språklig formulering og språklig forståelse av ulik grad. En konsekvens av disse språklige utfordringene er at vedkommende kan bli oppfattet som inkompetent og mindre begavet, av mennesker som ikke har kjennskap til afasi (Kagan, 1998; Simmons-Mackie & Damico, 2008). Kagan (1998) fremhever imidlertid at mennesker med afasi ikke er mindre intelligente enn andre mennesker. De har godt bevarte kunnskaper og ferdigheter, men det pragmatiske omfanget av afasi gjør det vanskelig å få vist kompetansen de innehar.

### ***1.1.1 Afasi***

For hver eneste dag som går, får omtrent 18 personer i Norge afasi. Dette utgjør opp mot 7000 nye afasirammede på landsbasis hvert år (Corneliussen et.al., 2006). Ordet *afasi* stammer opprinnelig fra det greske ordet *aphasia*, og kan direkte oversettes til “tap av taleevnen” (Qvenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph og Lind, 2010). Det finnes utallige definisjoner av afasi i litteraturen, avhengig av hvilket perspektiv en betrakter fenomenet ut fra (Qvenild et.al., 2010). Ut fra et medisinsk og nevrologisk perspektiv definerer Reinvang afasi som “en språkdefekt etter hjerneskade hos et individ som har gjennomgått normal språkutvikling inntil tidspunktet for skaden” (Reinvang, 2003, s. 11). Afasiforskning, eller *afasiologi*, som er studiet av lingvistiske vansker etter ervervet hjerneskade, er et tverrfaglig forskningsfelt. Ulike definisjoner av afasi vil derfor gjerne reflektere forskerens faglige fokus. Likevel er de fleste forskere enige om tre elementer i enhver definisjon: 1) *Afasi er et ervervet og vedvarende problem på språklig nivå*. Det er altså verken en språklig utviklingsforstyrrelse eller en medfødt vanske, og skiller seg videre fra mer midlertidige språkproblemer ved å klassifiseres som en vedvarende tilstand (Lind, Moen, Uri & Bjerkan, 2000). 2) *Afasi er multimodal i sin natur*. Det som gjerne forbindes med afasi av folk flest, er problemer med å kunne uttrykke seg muntlig. Murray og Chapey (2001) forklarer imidlertid at afasi er multimodal av natur, som innebærer at den språklige svikten kan manifestere seg ved alle språkets modaliteter. Dette kan gjelde både auditiv forståelse, språkproduksjon, lesing, skriving og bruk av gester, i ulike grad. 3) *Afasi er forårsaket av en dysfunksjon i sentralnervesystemet* (Papathanasiou & Coppens, 2013).

De fleste definisjoner er sentrert rundt de ervervede nevrologiske vanskene som rammer språkfunksjonen. Imidlertid fokuserer Verdens helseorganisasjon<sup>1</sup> i sin klassifisering

---

<sup>1</sup> Heretter referert til som WHO.

av funksjon, sykdom og helse<sup>2</sup>, også på *konsekvensene* vanskene vil gi for en persons kommunikative og sosiale funksjon og livskvalitet (World Health Organization, 2001). Dette er i tråd med et funksjonelt og psykososialt perspektiv, som vårt forskningsprosjekt er forankret i. Vårt valg av afasidefinisjon tar dermed utgangspunkt i Kagan, som beskriver afasi ut fra en psykososial tilnærming: “Aphasia can be defined as an acquired neurogenic language disorder that may mask competence normally revealed in conversation” (Kagan, 1998, s. 818). Kagan legger her vekt på det pragmatiske omfanget av afasi. Hun viser til de konsekvensene språkvanskene kan føre med seg i sosiale sammenhenger, da de kan skjule den rammedes kompetanse som ellers ville kommet til syne gjennom samtale. En slik tilnærming tydeliggjør samtalepartnerens ansvar for å hjelpe og støtte den afasirammede med å få fram sin personlighet og kunnskap (Qvenild et.al., 2010).

*Samtale*, er en form for personlig interaksjon hvor vi som mennesker viser vår personlighet og kompetanse, og dermed knytter sosiale og følelsesmessige bånd med andre. Det er også i samtaler at de kommunikasjonsmessige utfordringene til den afasirammede vil framtre (Goodwin, 2003). Theie & Qvenild (2010) fremhever at afasi vil innebære omfattende konsekvenser for aktiviteter som mennesker vanligvis tar for gitt, deriblant å kunne delta fullverdig i en samtale. Det oppstår derfor ofte *interaksjonell asymmetri* i kommunikasjonen, som vil si at en av deltakerne bidrar mindre enn den/de andre i interaksjonen (Lind, 1999).

Det overordnede målet med enhver samtale, er likevel at deltakerne skal oppnå felles mening og forståelse. Dette blir et resultat av alle partenes innsats i interaksjonen (Corneliussen, Haaland-Johansen, Qvenild & Lind, 2015). Kjernen i samtalen blir dermed at det forekommer et aktivt samarbeid mellom deltakerne. Afasi kan på denne måten beskrives som en vanske man eier i fellesskap, ettersom det er i interaksjon med andre at det faktisk *blir* et problem (Lind, 2005a). Dermed faller det et stort ansvar på samtalepartnerne til den afasirammede, for å hjelpe vedkommende med kommunikasjonen. Gjennom å støtte den afasirammede i samtale kan vedkommende bidra med å synliggjøre den rammedes personlighet og kompetanse (Kagan, 1998; Qvenild et.al., 2010). I mange tilfeller vil dette ansvaret falle på den afasirammedes nærmeste pårørende (Ferguson & Harper, 2010).

---

<sup>2</sup> Heretter referert til som ICF.

## 1.2 Presentasjon av studiens tema og formål

Det overordnede temaet for denne oppgaven er *afasi*, og herunder *kommunikasjon* og *samtale*. Valg av tema er gjort basert på erfaringer fra egen praksis, samt den teoretiske kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom masterstudiet. Dette har resultert i en stor interesse for afasi, og videre for rollen til afasirammedes partnere.

Det har tidligere blitt forsket på hvordan kommunikasjonen kan endre seg mellom personer med afasi og deres partner, etter at den ene parten har fått afasi. Videre har det blitt undersøkt hvilke kommunikasjonsstrategier som kan benyttes innad i denne nære relasjonen (Saldert, Backman & Hartelius, 2013). Afasi endrer forutsetningene for kommunikasjon, men ikke bare innad mellom den afasirammede og deres partner. Afasi vil også kunne føre til endrede forutsetninger for kommunikasjon i møtet med andre mennesker (Ferguson & Harper, 2010). På grunnlag av dette ønsket vi å undersøke den kommunikative prosessen som oppstår i ulike typer sosiale interaksjoner, hvor den afasirammede deltar i samtaler med andre mennesker.

Afasirammedes kommunikative restriksjoner fører til at de ofte ledsages av en hjelper, for å få assistanse i slike sosiale interaksjoner med andre mennesker (Ferguson & Harper, 2010). En slik "hjelper" vil føre til at samtalen går over fra å være en *dyadisk interaksjon*, som vil si interaksjon mellom to personer, til å utgjøre en *flerpartsinteraksjon*<sup>3</sup>.

Flerpartsinteraksjoner omfatter samtaler med (minst) tre deltakere, i denne sammenhengen: den afasirammede, hjelperen og en tredje person. Etersom afasirammede ofte vil være avhengige av denne typen hjelp, så vil slike flerpartsinteraksjoner være en sentral del av deres hverdag (Ferguson & Harper, 2010). Tidligere forskning på flerpartsinteraksjoner har vært begrenset, da det i litteraturen framstår et større fokus på dyadisk kommunikasjon (Ferguson & Harper, 2010). Den forskningen som har blitt utført på samtaler hvor den afasirammede kommuniserer med flere samtaledeltakere, har i mange tilfeller vært relatert til behandling i afasigrupper. Her har det vært fokus på gruppedynamikken, og hvordan logopedene kan legge best mulig til rette for kommunikasjonen mellom de ulike gruppedeltakerne. Det framstår derfor som et behov i litteraturen, for forskning på mer naturlige eller hverdagslige flerpartsinteraksjoner (Ferguson & Harper, 2010).

Vår forskning bygger derfor videre på en interesse rundt afasi og flerpartsinteraksjoner, på grunn av relevansen det har i afasirammedes hverdagsliv (Ferguson & Harper, 2010). Forskningen som tidligere har blitt utført på hvordan en ledsager kan hjelpe

---

<sup>3</sup> Vår oversettelse av *multiparty interaction*.

personen med afasi i samtaler med andre mennesker, har ofte ensidig fokusert på mulige negative konsekvenser (Croteau & Le Dorze 2006; Ferguson & Harper, 2010). Ferguson og Harper (2010) beskriver eksisterende litteratur som begrenset, når det gjelder *hvordan* ledsageren kan bidra med sin atferd i samtalen, for å skape en felles forståelse med tredjeparten. Dermed kan litteraturen også anses som begrenset, med tanke på å beskrive hvilke typer *samtaleroller* ledsageren kan innta i slike flerpartsinteraksjoner. Denne ledsageren vil i mange tilfeller personens eventuelle ektefelle eller partner. Den afasirammedes partner vil, i tillegg til å dele hverdagen med afasi, også naturlig dele mye kunnskap med den afasirammede. Dermed vil partneren ofte automatisk innta denne ledsagerrollen, når den afasirammede kommuniserer med andre mennesker (Ferguson & Harper, 2010).

Som utgangspunkt for vår forskning har vi hatt ønske om å se nærmere på slike flerpartsinteraksjoner, for å undersøke hvordan felles mening og forståelse krever et samarbeid mellom deltakerne. I denne sammenhengen ønsket vi å undersøke hvordan den afasirammedes ledsager kan bidra til dette. Formålet med vårt prosjekt var derfor å undersøke erfaringene til afasirammedes partnere, når det gjelder hvordan de opptrer (deres *samtaleatferd*) i ulike kommunikative interaksjoner sammen med den afasirammede og en tredjepart. Videre i oppgaven vil vi derfor referere til den afasirammedes kommunikative ledsager som “partner”, ettersom det er partneren til den afasirammede i en slik rolle vi fokuserer på i vår forskning.

Med ønske om å undersøke fenomenet samtaleatferd fra flere perspektiver, har vi også undersøkt logopeders erfaringer med hvordan partnere til afasirammede kan opptre i slike flerpartsinteraksjoner. Som et spesifikt formål har vi ønsket å undersøke hvilke eventuelle samtaleroller partnere kan opptre i, på bakgrunn av partneres og logopeders erfaringer.

For å få fatt i mest mulig nyanserte erfaringer med slik samtaleatferd, ønsket vi også å undersøke hvordan partnere og logopeder erfarer *veiledning* knyttet til denne tematikken. Å lære seg å kommunisere med sin partner som plutselig ikke behersker språk og kommunikasjon, og samtidig vite hvordan en kan hjelpe vedkommende med å kommunisere sammen med *andre mennesker*, vil kunne være svært utfordrende for partneren til den rammede (Eide & Eide, 2007). Kommunikasjon og samtaler er, som tidligere nevnt, kjente og hverdagslige fenomener. De fleste av oss vil kanskje ikke tenke over hvordan dette bygges opp og hva som kreves, før det ikke lenger er umiddelbart tilgjengelig. Er det da slik at partneren til den afasirammede må finne ut av dette på egen hånd? Eller blir denne tematikken prioritert i logopedisk veiledning? Med ønske om å se nærmere på denne problematikken,

undersøkte vi både partneres og logopeders erfaringer rundt veiledning knyttet til samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner.

### **1.2.1 Problemstilling og forskningsspørsmål**

I samsvar med studiens formål har vi utarbeidet en overordnet problemstilling:

**I:** *“Hvilke erfaringer har afasirammedes partnere og logopeder med partneres samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner, som involverer den afasirammede?”*

Med hensyn til oppgavens struktur og leservennlighet har vi i tillegg utarbeidet fem mer spesifikke forskningsspørsmål, for å kunne besvare oppgavens problemstilling på best mulig måte:

**i:** *Hvordan erfarer partnere at de selv opptrer i flerpartsinteraksjoner sammen med den afasirammede?*

**ii:** *Hvilke erfaringer har logopeder med hvordan partnere kan opptre i flerpartsinteraksjoner?*

**iii:** *Hvilke faktorer er med på å påvirke partneres samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner?*

**iv:** *Hvilke erfaringer har partnere med logopeveiledning knyttet til egen samtaleatferd?*

**v:** *Hvordan prioriterer logopeder veiledning knyttet til partneres samtaleatferd?*

## **2.0 Teoretisk rammeverk**

I det følgende vil vi presentere oppgavens teoretiske referanseramme, der vi vil vise til relevant teori knyttet til studiens tematikk: *afasi, kommunikasjon, samtale og veiledning*. Videre vil de sentrale begrepene i forskningsprosjektet defineres, og tidligere forskning av betydning vil gjengis. Gjennom vårt teoretiske rammeverk vil vi danne grunnlaget for å undersøke og drøfte oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål videre i kapittel 4, hvor vi presenterer studiens funn og analyse.

## 2.1 Afasisyndromer

Afasi kan arte seg svært ulikt fra person til person. Det kan derfor være hensiktsmessig å snakke om forskjellige typer afasi, eller ulike afasisyndromer (Tesak & Code, 2008). Slike inndelinger vil likevel være utfordrende, da utslaget av symptomer hos hver enkelt vil være så individuelt at et forsøk på å differensiere mellom ulike syndromer vil resultere i mer eller mindre heterogene grupper (Tesak & Code, 2008). De fleste forskere er likevel enige om at enkelte språklige og ikke-språklige trekk ser ut til å følge hverandre. Ut fra disse blir det forsøkt å etablere grupperinger av ulike afasityper (Tesak & Code, 2008).

I litteraturen skilles det som regel mellom afasi med et såkalt *ikke-flytende talepreg*, også kjent som *ekspressiv afasi*, og afasi med *flytende talepreg*, også kjent som *impressiv afasi* (Turgeon & Macoir, 2008). Et ikke-flytende talepreg vil bestå av spontantale med såkalt "telegramstil". Dette innebærer korte ytringer med enkel og lite variert setningsbygning, samt fravær av grammatiske bøyninger (Qvenild et.al., 2010). Den afasirammede vil i et slikt tilfelle kunne forstå mye av det som sies, da skaden først og fremst vil ha påvirket det fremre språkområdet i hjernen (Brocas område). Dette området regnes som sentralt for språklig formuleringsevne (Corneliussen et.al., 2006). Et flytende talepreg kjennetegnes derimot av at spontantalen er flytende, med varierte grammatiske konstruksjoner. Den auditive forståelsen vil her være kraftig redusert, og ordenes innhold og mening er begrenset (Qvenild et.al., 2010). Utfallet på språklig forståelse skyldes at skaden har påvirket det bakre språkområdet i hjernen (Wernickes område), hvor vi prosesserer og bearbeider språk (Corneliussen et.al., 2006). En svært omfattende grad av afasi refereres ofte til som *global afasi*. I et slikt tilfelle vil skaden være så stor at både språklig formuleringsevne og språklig forståelse vil være betydelig redusert. Personer med global afasi vil i mange tilfeller kun være i stand til å ytre enkeltord, som ofte ikke vil gi mening (Qvenild et.al., 2010).

Uavhengig av hvordan afasien arter seg, og hvilke symptomer som er mest fremtredende, så vil omfanget og alvorlighetsgraden av vanskene variere fra person til person (Corneliussen et.al., 2006).

### 2.1.1 Årsaker

Afasi skyldes ervervet skade i hjernen. Årsaker til ervervet hjerneskade som fører til afasi, kan deles inn i *traumatiske* og *ikke-traumatiske*. Traumatiske årsaker innebærer hodeskader som følge av ulykker eller vold. Ikke-traumatiske årsaker vil på sin side innebære sykdom, ofte av progressiv type (Ingvaldsen, Hasli & Tandsæther, 2010). Den vanligste årsaken til afasi i Norge er imidlertid hjerneslag, som følge av enten hjerneblødning eller



blodpropp. Hvert år rammes omtrent 15 000 mennesker i Norge av hjerneslag. Om lag 25% av disse får afasi (Helsedirektoratet, 2010). Uavhengig av årsak og alder rammer afasi brått og uventet, og medfører en stor livsendring for både personen som rammes og de nærmeste pårørende (Corneliussen et.al., 2006).

### **2.1.2 Afasi: En krisetilstand**

Chaplin (1985) definerer begrepet *krise* som en beslutning eller hendelse av stor psykologisk betydning for det enkelte mennesket. En såkalt *traumatisk krise* utløses av en plutselig, uventet og dramatisk livshendelse (Chaplin, 1985). Cullberg definerer en traumatisk krise som “individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet” (Cullberg, 1994, s.108). Plutselig sykdom eller skade kan slik regnes som en traumatisk krise (Cullberg, 1994). Personer som får afasi som følge av en ervervet hjerneskade, vil altså befinne seg i en traumatisk krisetilstand. Afasi rammer som lyn fra klar himmel og gir ingen tid til mental forberedelse eller aksept for hva som kommer. Dette gjelder både for personen selv, og for de nærmeste pårørende (Corneliussen et.al., 2006). En familie kan betraktes som et system, hvor endringer hos ett individ vil skape forandringer hos den/de andre i systemet (Servaes, Draper, Conroy & Bowering, 1999).

Et kriseforløp kan arte seg svært forskjellig for ulike individer, men deles ofte inn i fire naturlige faser (Cullberg, 1994). Den første fasen betegnes gjerne som *sjokkfasen*, og kan ha en varighet fra et kort øyeblikk til flere døgn. I denne fasen vil den afasirammede og de pårørende ofte ikke være i stand til å ta innover seg det som har skjedd, eller klare å bearbeide det rasjonelt. Tilstanden kan føre til vansker med å huske hendelser og kommunikasjon som har foregått (Cullberg, 1994). På dette tidspunktet vil afasien befinne seg i en akutt fase, som strekker seg fra øyeblikket skaden inntraff og tre måneder fram i tid (Worrall, Papathanasiou & Sherratt, 2013).

Samtidig med, eller like etter sjokkfasen kommer det som defineres som *reaksjonsfasen*, eller *krisens akutte fase*. Denne begynner i det øyeblikket de kriserammede klarer å ta innover seg det som har skjedd. Fasen vil ofte ha en varighet på opptil seks uker. I løpet av denne tiden skjer det en enorm omstilling av personenes psykiske beredskap (Cullberg, 1994). Dette kan også medføre vansker med å bearbeide informasjon. Cullberg (1994) omtaler sorg, fornektning, rasjonalisering og isolering av følelser, som vanlige forsvarsmekanismer og reaksjonsmønstre i denne fasen. Afasien vil fremdeles befinne seg i en akutt fase på dette tidspunktet (Worrall et.al., 2013).

Kriseforløpets tredje og fjerde fase har en glidende overgang. De kriserammede vil entre det som defineres som *bearbeidingsfasen*, når de begynner å godta det som har skjedd (Cullberg, 1994). I denne krisefasen vil den afasirammede og de pårørende måtte vende tilbake til hverdagen i sin nye virkelighet. På dette tidspunktet vil afasien gå over i en såkalt subakutt fase, som strekker seg fra tre til tolv måneder etter at skaden inntraff (Worrall et.al., 2013). Prosessen med å bearbeide det som har skjedd kan vare inntil ett år eller lengre, og er forløperen til den såkalte *nyorienteringsfasen* (Cullberg, 1994). Denne fjerde, og siste fasen har ingen avslutning. Både den afasirammede selv og de pårørende lever nå med krisen de har opplevd, og med afasien som en del av hverdagen. Etter tolv måneder vil afasien gå over til en kronisk fase (Worrall et.al., 2013). Det avgjørende i denne fasen er at krisen ikke lenger skal hindre en fra å leve et så normalt liv som mulig (Cullberg, 1994).

## **2.2 Kommunikasjon**

Selve ordet *kommunisere* kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr “å gjøre noe felles” (Lind, 2005b). Dette kan oppfattes på to måter: Som noe vi kan gjøre i fellesskap med andre, og som noe vi kan gjøre til felles viten og felles mening med andre. Begge beskrivelsene er betydningsfulle for å forstå kommunikasjon og hva den innebærer. Eide og Eide definerer kommunikasjon som “en utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter” (Eide & Eide, 2007, s. 17). Denne utvekslingen kan deles inn i to hovedtyper: *verbal kommunikasjon*, som vil si tale- og skriftproduksjon, og *non-verbal kommunikasjon*, som inkluderer kroppsspråk, mimikk og gester (Eide & Eide, 2007).

Vårt viktigste kommunikasjonsmiddel er språket, som omfatter både vår verbale og non-verbale form for kommunikasjon. Dermed er det vanskelig, og kanskje også lite hensiktsmessig, å definere kommunikasjon uten referanse til språk. Kjernen i kommunikasjon forutsetter et aktivt språklig samarbeid og en aktiv samhandling mellom deltakerne i den kommunikative prosessen (Linell, 2009).

### **2.2.1 Kommunikasjonsmodeller: Den kommunikative prosessen**

For å belyse hvordan kommunikasjon fordrer et aktivt samarbeid anser vi det som nødvendig å ta utgangspunkt i en kommunikasjonsmodell. *Den lineære kommunikasjonsmodellen*, først utviklet av Shannon og Weaver i 1949, har ofte blitt benyttet for å beskrive hvordan kommunikasjonsprosessen arter seg (Lind et.al., 2000). Modellen består av tre elementer: *sender*, *budskap* og *mottaker*, som er ordnet lineært i forhold til hverandre. Gjennom denne fremstillingen kan kommunikasjon anses som overføring av

informasjon (budskapet) fra avsender til mottaker (Lind et.al., 2000). Selv om modellen har vært hyppig brukt, har den også vært utsatt for kritikk. Lind (2005a) kritiserer den blant annet for å ikke ta hensyn til det mellommenneskelige ved kommunikasjon, og anser modellen som mangelfull fordi den ikke sier noe om hvilke mentale og sosiale prosesser som foregår.

En kommunikasjonsmodell som på sin side beskriver et slikt aspekt, er Eide og Eides (2007) *prosessuelle modell for kommunikasjon*. Et prosessuelt perspektiv kjennetegnes av at den gjensidige påvirkningen i kommunikasjonssituasjonen vektlegges. Eide og Eide (2007) argumenterer for dette ved å påpeke at det er minst to deltakere i en kommunikasjonsprosess, og at kommunikasjon alltid vil befinne seg i et gjensidig påvirknings- og utvekslingsforhold. Meningen skapes slik i fellesskap mellom deltakerne, og ikke bare via det identifiserbare budskapet som overføres. Modellen bygger på en antakelse om at mellommenneskelig kommunikasjon fører til etablering, opprettholdelse og endring av relasjoner. Mens relasjonen på sin side bestemmer måten kommunikasjonen foregår på (Eide & Eide, 2007).

Den prosessuelle kommunikasjonsmodellen viderefører tenkningen fra den lineære modellen, om en avsender, et budskap og en mottaker. Imidlertid tilføyer den at utvekslingen av signaler foregår på ulike nivåer, og at alle kommunikasjonsdeltakere både påvirker og påvirkes av kommunikasjonsprosessen og av relasjonen mellom dem. Med signaler menes både verbale og non-verbale budskap (Eide & Eide, 2007). Det vektlegges at kommunikasjon ikke bare omhandler det en formidler verbalt. Non-verbale kommunikasjon vil ofte kunne formidle mer enn det talte ordet, og vil utgjøre viktige signaler i enhver kommunikasjonsprosess (Ringdal, 2003).

### **2.2.2 Kommunikasjonsvansker**

Afasi innebærer ikke at man mister språket og evnen til å kommunisere fullstendig. Personer med ervervet afasi vil imidlertid få begrenset sin tilgang til språket, sammenlignet med hva vedkommende hadde tidligere (Corneliussen et.al., 2006). Dermed vil kommunikasjon med andre mennesker være hovedutfordringen, og afasi fører slik til en funksjonsnedsettelse for personen som blir rammet (Corneliussen et.al., 2006). Skjelstad beskriver imidlertid afasi som en funksjonshemning man eier i fellesskap, og dermed som et *“vi-problem”* (Skjelstad, 1987, s. 12). Dette kan forklares med at det i enhver kommunikativ setting vil foregå en forhandling av mening og forståelse mellom kommunikasjonsdeltakerne. Selv om afasi på denne måten kan regnes som en felles utfordring, så vil kommunikasjonsvanskene likevel skjule den afasirammedes kompetanse. En kompetanse som

vanligvis ville kommet til syne gjennom den mest grunnleggende formen for kommunikasjon mellom mennesker: *samtale* (Kagan, 1998).

### 2.3 *Samtale*

Det er gjennom den typen personlig interaksjon som samtale utgjør, at mennesker deler det såkalte ”budskapet” i den prosessuelle kommunikasjonsmodellen. Lind definerer samtalen som “en muntlig tekst skapt i et her-og-nå-fellesskap av to eller flere deltakere, som veksler på å gi språklige og ikke-språklige bidrag i løpet av samtaleturner som er strukturert i sekvenser” (Lind, 2005b, s. 124). Denne muntlige, ofte ikke-planlagte kommunikasjonen mellom to eller flere mennesker kan variere fra kort og hverdagslig småprat til lange og dype diskusjoner rundt viktige temaer (Corneliussen et.al., 2006). Mange faktorer er med på å forme samtalen som finner sted: 1) *Deltakerne i samtalen og deres relasjoner*, 2) *Konteksten rundt samtalen: hvor og når den finner sted*, 3) *Formålet med samtalen* og 4) *Språklige og kommunikasjonsmessige styrker og svakheter hos deltakerne*. Det siste punktet om individuelle forutsetninger er spesielt viktig i logopedisk sammenheng og for personer med ervervet afasi (Lind, 2005a).

Med “muntlig tekst” mener Lind (2005b) at samtalen formidles verbalt som en sammenhengende helhet, hvor bidragene alltid vil henge sammen med hverandre. For at noe skal kunne betegnes som en samtale må det inkludere minst to deltakere som veksler på å gi kommunikative bidrag. Disse bidragene kan, som tidligere nevnt, både være verbale og non-verbale, og består ofte av begge deler. Bidragene blir presentert i det Lind definerer som en *samtaleturn*: “En avgrenset tidsperiode i samtalen hvor én deltaker har eksklusiv rett og plikt til å gi et bidrag til samtalen” (Lind, 2005b, s. 125). At en samtaleturn ikke bare innebærer en rettighet, men også en *forpliktelse*, blir tydelig, når en ser på konsekvensene av at en samtaledeltaker ikke tar ordet når det er forventet. En unormal pause vil ofte forstås som et markert fravær av respons, og en begynner gjerne å tolke meningen inn i dette fraværet (Lind, 2005b).

Kommunikasjonsbidraget til deltakerne som presenteres i samtaleturnene, struktureres via det som kalles *turveksling* (Lind, 2005b). Turveksling er et grunnleggende prinsipp og kjennetegn ved enhver samtale, og handler om at alle deltakerne må veksle mellom å lytte til det samtalepartneren sier, komme med en respons, og gi selvstendige bidrag til samtalen (Lind, 2005b). Vanligvis foregår denne vekslingen slik at samtalebidragene unngår overlapping, samtidig som det ikke er merkbare lange pauser mellom de. I følge Linell (2009) eksisterer det også en norm for hvem som får snakke når, og hvor lenge, hvor den aktive

taleren er den som bestemmer hvor lenge vedkommende selv ønsker å snakke, før han/hun gir turen videre. Dette beskriver Lind (2005a) videre som et *turskiftepunkt* i samtalen.

Turveksling blir på denne måten en forutsetning for å kunne kalle kommunikasjonssituasjonen for en samtale (Lind, 2005b).

Det er derimot ikke nok at deltakerne veksler på å ha ordet. De forskjellige samtalebidragene som blir gitt må også ha en sammenheng. Samtaler må derfor struktureres i det som kalles for *samtalesekvenser* (Lind, 2005b). En slik sekvens består av minst to samtaleturner, som forutsetter hverandre både betydnings- og uttrykksmessig. Sekvensene består altså av ulike posisjoner, som eksempelvis spørsmål - svar, tilbud - aksept/avslag, og lignende (Lind, 2005b). Det vil si at et samtalebidrag blir gitt, og følges opp av en forventet respons.

### **2.3.1 Flerpartsinteraksjoner**

Samtaler som involverer flere enn to deltakere beskrives i litteraturen som “a multiparty interaction” (Ferguson & Harper, 2010, s. 1606), og kan oversettes til en *flerpartsinteraksjon*. Det vil i slike samtaler være egne fenomener og en egen struktur, sammenlignet med samtaler mellom kun to deltakere. Når en nærmer seg turskiftepunktet i en flerpartsinteraksjon, følger deltakerne ubevisst regler for tildeling av neste samtaleturn. Den aktive taleren som innehar samtaleturen kan velge ut neste taler og dermed “gi turen” videre til vedkommende. Dersom det ikke foretas en slik utvelgelse vil prinsippet om “førstemann til mølla” gjelde (Lind, 2005a). En slik flerpartsinteraksjon gjør det altså mulig at turvekslingen ikke deles likt mellom alle, men at en eller flere deltakere “eier” samtalen i større grad enn den/de andre. Dermed kan det oppstå en interaksjonell asymmetri (Lind, 1999).

Et karakteristisk trekk ved flerpartsinteraksjoner er at noen av deltakerne i samtalen kan bli behandlet, eller behandle seg selv, som en undergruppe innenfor den fullstendige gruppen av samtaledeltakere. Eksempelvis kan to av tre samtaledeltakere utgjøre en slik undergruppe. Undergruppen vil utgjøre et fellesskap som Lerner (1993) refererer til som en *assosiasjon*. Denne assosiasjonen kan dannes spontant i samtalen, eller partene kan utforme en assosiasjon basert på pre-etablerte relasjoner. Eksempelvis kan to av samtaledeltakerne utgjøre et ektepar, et søskenpar eller medlemmer av samme fotballag. Disse ulike formene for assosiasjoner innad i flerpartsinteraksjonen, enten spontant etablerte, eller pre-etablerte, kan være relevante eller irrelevante når det gjelder organiseringen av selve samtalen.

Én slik type assosiasjon som kan oppstå i en flerpartsinteraksjon, kan beskrives som et *team* (Lerner, 1993; Kangasharju, 1996). Et team karakteriseres av at deltakerne i

assosiasjonen handler eksplisitt som et fellesskap, og gjør dermed assosiasjonen (teamet) *synlig* for de resterende deltakerne i flerpartsinteraksjonen (Lerner, 1993). Et team kan også baseres på en pre-etablert relasjon, eller det kan oppstå spontant i interaksjonen. Det sistnevnte refereres til som et *interaksjonelt team* (Kangasharju, 1996). Hvor relevant dannelsen av slike team i en flerpartsinteraksjon er, kan avgjøres på flere måter. Dette vil både være basert på samtalen mellom talerne innad i teamet og samtalen med taleren/talene utenfor teamet (Lerner, 1993). For det første kan en deltaker i teamet snakkes til som en assosiasjon, i stedet for som en individuell samtaledeltaker, av den/de utenfor teamet. For det andre kan en deltaker i teamet snakke som en representant for teamet, i stedet for å kun representere seg selv. For det tredje kan partene i teamet snakke med påfølgende samtaleturer, for å formidle ett budskap i fellesskap (Lerner, 1993).

Et team formes, når deltakere samarbeider i formidlingen av eksempelvis en nyhet eller en historie, eller når de sammen forklarer noe til de resterende samtaledeltakerne (Lerner, 1992). Tidligere forskning på team bestående av to medlemmer, viser at eksistensen av et team i en flerpartsinteraksjon kan føre til målrettet turveksling, og være avgjørende for den typen samtale som oppstår (Kangasharju, 1996). På grunnlag av dette kan en snakke om såkalt *team-tale*. Team-tale refererer i denne sammenhengen til hvordan medlemmene av teamet i flerpartsinteraksjonen bidrar i samtalen. De kan enten overta en samtaletur helt, på vegne av det andre medlemmet av teamet, eller de kan fortsette, fullføre eller *reparere* den andres samtaletur (Kangasharju, 1996).

*Reparasjon* av en samtaletur innebærer at en samtaledeltaker retter på enten sitt eget eller en annens samtalebidrag (Lind, 2005b). Misforståelser i samtaler, både i dyadiske interaksjoner og i flerpartsinteraksjoner, er dagligdagse og ofte uunngåelige. Samtaledeltakerne vil i slike tilfeller prøve å vedlikeholde samtalen, for å oppnå et akseptabelt nivå av felles forståelse (Lind, 2005b). Dersom samtalen når et punkt hvor den enkeltes forståelse utfordres, tas det ofte initiativ til det som kalles en *reparasjonssekvens* (Lind, 2005b). Denne sekvensen kan enten innebære at en deltaker *innleder* til reparasjon, ved å kun gjøre de andre deltakerne oppmerksomme på at noe er uklart, eller deltakeren kan *utføre* reparasjonen selv, ved å rette på samtalebidraget som utgjør kilden til misforståelse (Lind, 2005b).

Disse forskjellige typene team-tale kan imidlertid følgelig få ulike prosessuelle konsekvenser for samtalen. Ved et godt samarbeid og en god samhandling mellom deltakerne i teamet, kan team-tale føre til at budskapet formidles på en bedre måte enn dersom en av deltakerne skulle formidlet det alene. Imidlertid kan team-tale også ha mindre

hensiktsmessige utfall, hvor det eksempelvis kan arte seg en konkurrerende atferd mellom deltakerne i teamet (Kangasharju, 1996). Flerpartsinteraksjoner utgjør med andre ord en egen form for samtale, sammenlignet med dyadisk interaksjon mellom to personer (Lind, 2005a).

### **2.3.2 Samtale og afasi**

Goodwin (2003) beskriver hvordan afasirammedes språklige og kommunikasjonsmessige svakheter, vil framtre som et *synlig fenomen* i samtaler. Med de språkvanskene som afasi innebærer, vil det være utfordrende både å få med seg det som blir sagt og å bidra med egne ytringer. Ved afasi kan dermed språkvanskene resultere i en redusert evne til å engasjere seg på ønsket måte i samtalen. Dette kan særlig bli aktuelt, når den afasirammede må forholde seg til (minst) to andre deltakere, slik tilfellet vil være i flerpartsinteraksjoner (Goodwin, 2003).

Schiffirin poengterer at en samtale, uansett type, er “a vehicle through which selves, relationships and situations are talked into being” (Schiffirin, 1988, s. 25). Med andre ord er samtaler sterkt knyttet til relasjoner og til menneskers psykososiale identitet. Å ikke mestre å delta i samtaler slik en ønsker, kan dermed medføre negative konsekvenser for vedkommende, når det gjelder å skape og bevare relasjoner (Schiffirin, 1988). Likevel er det viktig å påpeke at personer med ervervet afasi ofte kan uttrykke seg og bli forstått i samtaler, dersom det etableres et godt samarbeid med samtaledeltakerne, og de afasirammede får tid og rom til å bruke de uttrykksformene som er tilgjengelig for dem (Lind, 1999).

### **2.3.3 Samtaleatferd: Kommunikasjonsstrategier i samtalen**

Linell (2009) påpeker at en samtale eller dialog mellom mennesker, er en prosess og ikke en abstrakt ting. Dette innebærer at en samtale gir mulighet for samkonstruksjon av mening, som betyr å etablere felles fokus og forståelse, men ikke nødvendigvis enighet. Slik blir felles forståelse et resultat av forhandling om mening, som samtalepartnerne bygger opp underveis i samtalen (Kristoffersen, 2005; Lind, 2005b). Å oppnå felles forståelse blir derfor det overordnede målet for alle samtaler. Dette gjør at samtalepartnerne står i et gjensidig påvirknings- og utvekslingsforhold til hverandre (Kristoffersen, 2005).

Det er en del av hverdagen at man i interaksjon med andre mennesker bidrar sammen i dagligdagse samtaler, for å oppnå felles forståelse (Ferguson & Harper, 2010). Slike bidrag fra andre mennesker blir spesielt viktig for afasirammede, som ofte opplever kommunikative utfordringer i sosiale interaksjoner. Årsaken er at deres språkvansker ofte gjør det vanskelig for dem å formidle det de ønsker, presist og utfyllende nok. Dermed faller det et ansvar på de

andre kommunikasjonsdeltakerne, for at den afasirammedes kompetanse skal komme til syne (Kagan, 1998). Lorentzen (2003) understreker dette ved å påpeke at kommunikasjonsvansker er noe man kun kan ha sammen med andre, ettersom kommunikasjon alltid er relasjonell og handler om å gjøre noe felles. På den måten blir afasi også en felles utfordring. Dette synet er i tråd med hvordan Skjelstad beskriver afasi som et “vi-problem” (Skjelstad, 1987, s. 12). Det blir derfor viktig å poengtere at en god samtalepartner, som kan få fram den afasirammedes kunnskap og personlighet, kan bidra til å redusere den utfordringen som afasi innebærer (Kagan, 1998; Lorentzen, 2003).

Lind (2000) poengterer at det ofte er bruk av *kommunikasjonsstrategier* som gjør det mulig for personer med ervervet afasi å kunne delta aktivt i samtaler. Kommunikasjonsstrategier omfatter alle midlene hver enkelt samtaledeltaker tar i bruk, for å formidle budskapet, når kommunikasjonsmessige ferdigheter er svekket hos en av partene (Lind, 2005b). Dette kan inkludere både verbal og non-verbal kommunikasjon, samt bruk av tekniske hjelpemidler som penn og papir, dataprogrammer, smarttelefon og talemaskin (Østvik & Almås, 2006).

Personer med afasi kan på sin side ha ulik motivasjon for å bruke kommunikasjonsstrategier i samtaler. Noen kan eksempelvis ha størst vansker med å finne fram til korrekt ord og vil dermed benytte strategier som kan beskrives som *ordletings-* eller *tilnæringsstrategier* (Lind, 2000). Ordletingsstrategier observeres blant annet ofte hos afasirammede med et ikke-flytende talepreg, hvor ordletingsvansker<sup>4</sup> er spesielt utbredt (Lind, 2000). Videre kan også non-verbal kommunikasjon, som gester og mimikk, brukes som en kommunikasjonsstrategi dersom verbalspråket ikke strekker til. Skrift og tegning kan også brukes som alternative uttrykksformer (Lind, 2000). Corneliussen et.al. (2006) påpeker at det er vanlig at mange afasirammede får lettere tilgang til ordene de mangler, når de forsøker å formidle budskapet via andre kanaler.

Ofte vil det være fristende for samtalepartnere(n) å *selv* formidle det de tror den afasirammede mener (Corneliussen et.al., 2006). Denne kommunikasjonsstrategien kan imidlertid virke umyndiggjørende, med mindre den afasirammede tydelig ber om assistanse. Dette kaller Lind (2000) *metakommunikativ strategi*. En slik strategi innebærer at den afasirammede eksplisitt ber om hjelp. Imidlertid kan samtalepartnerne til den afasirammede, spesielt personen som fungerer som hjelper, bruke flere ulike kommunikasjonsstrategier for å bistå vedkommende når det oppstår kommunikative utfordringer (Ferguson & Harper, 2010).

---

<sup>4</sup> Ordletingsvansker: Heretter referert til som anomi.



De ulike kommunikasjonsstrategiene som benyttes i en samtale, kan defineres som *samtaleatferd* (Ferguson & Harper, 2010). Samtaleatferd viser dermed til hvordan en deltaker opptrer i samtaler. Forskning viser at kommunikasjonspartnere kan benytte seg av ulike typer samtaleatferd for å fremme samtalens flyt, og for å assistere den afasirammede taleren, når det oppstår språklige utfordringer (Goodwin, 1995). De faglige termene som anvendes for samtaleatferd i forskningslitteraturen varierer, men det henvises gjerne til ulike typer *samtaleroller* som kommunikasjonspartnere kan opptre i (Ferguson & Harper, 2010).

#### **2.3.4 Samtaleroller**

Tidligere forskning viser at kommunikasjonspartnere kan vise ulike typer samtaleatferd, og dermed innta flere ulike samtaleroller i flerpartsinteraksjoner sammen med afasirammede (Ferguson & Harper, 2010). Slike samtaleroller vil blant annet kunne vise seg gjennom etableringen av tidligere nevnte “assosiasjoner” innad i flerpartsinteraksjonen, eksempelvis mellom den afasirammede og partneren. I følge Kangasharjus (1996) definisjon av assosiasjonen team (hvor medlemmene handler eksplisitt som et fellesskap) vil den afasirammede og partneren kunne utgjøre et slikt team. Teamet vil være basert på en pre-etablert relasjon: et partnerskap som eksisterte før flerpartsinteraksjonen fant sted. Den afasirammede og partneren vil handle eksplisitt som et fellesskap i samtalen, ved at partneren bidrar med sin samtaleatferd. Dermed vil partneren innta ulike typer samtaleroller for å fremme flyt, og assistere den afasirammede når det oppstår kommunikative utfordringer.

Partneres bidrag for å bistå afasirammede i flerpartsinteraksjoner har blitt anerkjent som en ressurs for afasirammede i tidligere forskning. Imidlertid har disse studiene som nevnt hatt en tendens til å være basert på kliniske og strukturerte interaksjoner i gruppebehandling (Ferguson & Harper, 2010). Tidligere forskning har videre ofte fokusert utelukkende på de potensielle negative implikasjonene av å bistå den afasirammede i samtaler, uten å utforske forklaringene til denne typen samtaleatferd (Ferguson & Harper, 2010). Ferguson og Harper (2010) påpeker behovet for ytterligere forskning på partneres samtaleatferd i naturlige flerpartsinteraksjoner, og mer spesifikt på hvordan de kan innta ulike samtaleroller.

Flere samtaleroller blir beskrevet i faglitteraturen (Ferguson & Harper, 2010). En av rollene som nevnes i litteraturen, refereres blant annet til av Ferguson og Harper som “*speaking support*” (Ferguson & Harper, 2010, s. 1606). Dette kan oversettes til “*støttet samtale*”. Støttet samtale vil si at samtalepartneren hjelper den afasirammede med å *selv* kommunisere budskapet sitt. På denne måten er samtalerollen basert på det Kagan beskriver som et “*conversational partnership*” (Kagan, 1998, s. 817). Det vil si at det foreligger et

partnerskap, eller et samarbeid, hvor en på bakgrunn av partnerens samtaleatferd oppnår *likestilling* i samtalen. Likestillingen oppnås ved at den afasirammede får bidra aktivt i samtalen, ved å selv ytre det vedkommende ønsker, med hjelp fra partneren (Kagan, 1998). På denne måten vil en i større grad kunne unngå det Lind (1999) beskriver som interaksjonell asymmetri i samtalen. Partneren kan eksempelvis benytte “støttet samtale” ved bruk av ulike tegn, å benytte første bokstav i ordet som mangler, eller ved prompting av lyder for å hjelpe den afasirammede med å få frem ord som mangler (Ferguson & Harper, 2010).

En annen type samtalerolle som beskrives i tidligere forskning, innebærer at samtalepartneren bruker sin samtaleturn til å *fullføre* det den afasirammede prøver å si, som om det var den afasirammede selv som sa det (Simmons-Mackie, Kingston & Schulz, 2004; Ferguson & Harper, 2010). Denne samtalerollen har imidlertid blitt referert til på ulike måter av forskjellige forskere. I det australske forskningsprosjektet “Contributions to the talk of individuals with aphasia in multiparty interactions”, refererer Ferguson og Harper til denne typen samtalerolle, som “*speaking on behalf of*” (Ferguson & Harper, 2010, s. 1605). Dette kan oversettes til “å snakke på vegne av” (personen med afasi). Simmons-Mackie et.al. refererer også til denne samtalerollen, men beskriver den i sin forskning som “*speaking for another*” (Simmons-Mackie et.al., 2004, s.114), som kan oversettes til “å snakke for noen”. Definisjonen av samtalerollen er imidlertid den samme, da essensen er at kommunikasjonspartneren utgjør en “medforfatter” eller en “talsperson” for et budskap som forfattes av den afasirammede. Det handler altså om at samtalepartneren bruker sin samtaleturn til å formidle det den afasirammede selv ønsker å si, på vegne av vedkommende (Simmons-Mackie et.al., 2004). Lerner (1992) beskriver også denne samtalerollen, og påpeker at samtalepartneren som “snakker på vegne av” hovedtaleren (den afasirammede) både er *mottaker og produsent* av budskapet til hovedtaleren. Samtalepartneren blir nødt til å oppfatte budskapet for å videre klare å forstå og formulere det den afasirammede ønsker å formidle (Lerner, 1992).

I vårt forskningsprosjekt har vi valgt å benytte Ferguson og Harpers (2010) begrep, og dermed referere til denne samtalerollen som å “snakke på vegne av” den afasirammede. Vi velger å benytte deres begrep fordi “speaking for another”, som er termen Simmons-Mackie et.al. (2004) benytter seg av, er svært lik betegnelsen til en tredje type samtalerolle som Ferguson og Harper (2010) har identifisert i sin forskning. Denne tredje samtalerollen refereres til som “*speaking instead of others*” (Ferguson & Harper, 2010, s. 1607). Dette kan oversettes til “å snakke istedenfor” en annen person (i denne sammenheng en afasirammet). Rollen skiller seg fra “å snakke på vegne av” den afasirammede, ved at samtalepartneren her

tar over den afasirammedes samtaleturn. Dermed snakker samtalepartneren *istedenfor* den afasirammede, uten at dette nødvendigvis er avklart med vedkommende på forhånd. Det blir altså samtalepartnerens budskap som formidles, og ikke den afasirammedes eget (Ferguson & Harper, 2010).

Samtalerollen “å snakke istedenfor” personen med afasi, blir imidlertid også nevnt flere steder i litteraturen. Croteau og Le Dorze viser også til denne samtalerollen i sin forskning. De påpeker at partnere til afasirammede kan opptre med en *overbeskyttende samtaleatferd* ved å snakke istedenfor vedkommende, og hvordan dette nødvendigvis vil ha innvirkning på den afasirammedes deltakelse i samtaler (Croteau & Le Dorze, 2006, s. 328). Partnere kan på denne måten bidra til en negativ innflytelse på den afasirammedes kommunikasjon, ved å begrense vedkommendes mulighet til å gi egne samtalebidrag (Croteau & Le Dorze, 2006). “Å snakke istedenfor” den afasirammede vil naturlig føre til en reduksjon av personens deltakelse i samtalen, og ulike teorier gir ulike perspektiver på mulige konsekvenser av en slik samtaleatferd.

Gjennom sin sykerolle-modell beskriver Parsons & Fox (1952) hvordan ulike former for sykdomsrolle-atferd hos personer med ulike sykdommer kan oppstå. Modellen peker på hvordan pårørende (her partnere) kan fortsette med å tilføre en sykdomsrolle til den rammede, der vedkommende blir “sykeliggjort” selv etter bedring. Partnerens intensjon vil være å beskytte den afasirammede fra kommunikasjonsvanskene, men utgjør imidlertid en negativ innflytelse på vedkommendes mulighet til kommunikasjon (Croteau & Le Dorze, 2006). Pragmatisk forskning har i senere tid kastet lys på at et slikt samarbeid i samtalen er en del av hverdagen, og et viktig utgangspunkt for å være en dyktig samtalepartner (Ferguson & Harper, 2010). Bakgrunnskunnskapen en partner innehar, har også blitt anerkjent som et positivt bidrag til samtalen for den afasirammede. Imidlertid er det et spørsmål om i hvilken grad et slikt bidrag er fruktbart for den afasirammede, og om det i verste fall kan bidra til å frarøve deltakelse og engasjementet for personen med afasi (Ferguson & Harper, 2010).

Basert på det ovennevnte teoretiske grunnlaget, anser vi det som fruktbart å fokusere vår studie på *hvordan* partnere opptre med sin samtaleatferd i ulike hverdagslige flerpartsinteraksjoner, for dermed å kunne gi potensielle forklaringer av ulike samtaleroller. I tillegg vil det kunne være fruktbart å undersøke om partnere kan vise en annen samtaleatferd, og dermed opptre i *andre* samtaleroller enn de tre vi har skissert ovenfor.

## 2.4 Logopedveiledning av afasirammedes partnere

Afasi medfører som tidligere nevnt en redusert evne til språklig kommunikasjon i ulik grad (Corneliussen et.al., 2006). Likevel har afasirammede, i likhet med alle andre, et behov for å bli inkludert i et sosialt fellesskap. Imidlertid kan det være utfordrende for mennesker rundt den afasirammede å forstå hvordan de skal gå fram for å inkludere vedkommende i samtaler, og dermed i det sosiale fellesskapet (Eide & Eide, 2007).

Innvirkningen afasi har på de pårørende er velkjent i litteraturen (Grawburg, Howe, Worall & Searinei, 2013). Det har blant annet skjedd en økt bevisstgjøring rundt det faktum at den psykososiale fungeringen til personer med afasi og deres partnere, henger tett sammen (Nichols, Varchevker, & Pring, 1996). Videre har også WHO de senere årene vektlagt hvordan sykdom vil ha en stor innvirkning på pårørende. I ICF beskrives en “third-party disability” som en funksjonsnedsettelse pårørende kan oppleve, som en konsekvens av et nært familiemedlems sykdom (World Health Organization, 2001, s. 251). Dette er i tråd med hvordan Cullberg (1994) beskriver at den traumatiske krisen som alvorlig sykdom medfører, også vil ramme de nærmeste pårørende. En slik “third-party disability” kan i tillegg til å omhandle det psykososiale aspektet, også gjelde de kommunikative vanskene partnere kan oppleve. Som partner vil en være en av de viktigste samtalepartnere i den afasirammedes hverdag (Kagan, 1998). For å kunne kommunisere godt med en person med afasi, trenger en tilstrekkelig kunnskap om tilstanden, evne til å leve seg inn i den afasirammedes situasjon, samt å beherske et nyansert register av kommunikasjonsstrategier (Eide og Eide, 2007).

Ved hjelp av *veiledning* kan en som profesjonell bidra til opplæring og oppmuntring av andre, i møte med ulik problematikk, som eksempelvis afasi (Johannessen Kokkersvold & Vedeler, 2010). Veiledning innebærer at en som fagperson bidrar til at personen som veiledes, får utviklet sin kunnskap og kompetanse rundt problematikken vedkommende står overfor (Lassen, 2014). Gjennom veiledning av partnere kan en som logoped bidra til at de berørte mestrer kommunikative situasjoner på best mulig måte (Kagan, 1998). Som logoped sitter en på nødvendig kunnskap om hvordan en som samtalepartner kan fremme et godt *samtalemiljø* for den afasirammede (Corneliussen et.al., 2006). Miljøet samtalen finner sted i innebærer både de fysiske omgivelsene og de psykologiske forutsetningene til de ulike samtaledeltakerne (Corneliussen et.al., 2015).

Veiledning rundt samtalemiljø innebærer at en gir grunnleggende informasjon om hvordan en kan legge til rette for en god samtale, både når det gjelder de fysiske omgivelsene og grunnleggende psykologiske forutsetninger, som trygghet, tillit og respekt (Corneliussen et.al., 2015). Disse faktorene vil være gjeldende i både dyadiske interaksjoner og i

flerpartsinteraksjoner. Et godt samtalemiljø innebærer ikke nødvendigvis at man er enige om alt, men heller at samtalen er basert på en gjensidig trygghet, og at det råder tillit og respekt mellom deltakerne (Corneliussen et.al., 2015). En sentral oppgave logoped er innehar, blir dermed å veilede og informere *pårørende* rundt hva som fremmer et godt samtalemiljø. Det blir på denne måten viktig å gi veiledning vedrørende ulike kommunikasjonsstrategier de kan benytte, for å fremme flyt og felles forståelse blant samtaledeltakerne (Corneliussen et.al., 2015).

#### ***2.4.1 Veiledning av partnere på deres samtaleatferd***

Logopedbehandling med et ensidig fokus på å forbedre afasirammedes kommunikasjonsvansker, er allerede veletablert innenfor afasifeltet (Kagan, 1998). Slik behandling innebærer ofte en “en-til-en” treningssituasjon mellom logopeden og den afasirammede. Imidlertid er ikke det å trene på kommunikasjonsstrategier det samme som å føle at man har en voksen samtale (Kagan, 1998). En slik trening vil heller ikke automatisk føre til at den afasirammede kan gjennomføre en hverdagslig samtale. For at den afasirammedes kommunikasjon skal fungere tilstrekkelig i interaksjon med andre mennesker, blir det dermed vel så viktig at en som logoped har fokus på å veilede den afasirammedes sentrale samtalepartnere (Kagan, 1998).

Selv om logopeder har gitt veiledning til pårørende i mange år, så har det ofte blitt gjennomført på individuell basis, eller gjennom støttegrupper (Lock et.al., 2001). Fremgangsmåter for veiledning av partnere og deres samtaleatferd, fremstår derfor som noe begrenset innenfor logopedien (Lock et.al., 2001). Etersom partneren ofte påtar seg et ansvar for å hjelpe den afasirammede med kommunikasjonen, tilsier det at vedkommende også bør inkluderes i afasibehandlingen. Kagan (1998) beskriver i denne sammenhengen et generelt behov for å i større grad vektlegge hva dyaden (den afasirammede og partneren) kan oppnå sammen som et team i samtalen. Partneren er en ressurs for den afasirammede, og kan dermed aktivt dele kommunikasjonsbyrden ved å bidra med sin samtaleatferd på en gunstig måte (Kagan, 1998).

Nye utviklinger innenfor afasiologien har tilført teoretiske modeller og praktiske idéer, for hvordan en kan arbeide med partnere og deres samtaleatferd (Lock et.al., 2001). En intervensjon som er rettet mot å forbedre kommunikasjonen mellom personer med afasi og deres samtalepartner, er “Supported conversation for adults with aphasia”<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Heretter referert til som SCA.

(Kagan, 1998, s. 816). SCA tar for seg dyadiske samtaler mellom den afasirammede og en samtalepartner. Metoden er basert på idéen om at begge partene må samarbeide for å oppnå god kommunikasjon. For å få til et slikt samarbeid, må den afasirammede og samtalepartneren inneha nødvendige ferdigheter og erfaringer (Kagan, 1998). Grunntanken til SCA er at afasirammede har krav på tilgang til kommunikasjon. Denne tilgangen oppnås i stor grad gjennom støtten som en dyktig samtalepartner tilfører, og gjennom et “afasi-vennlig” samtalemiljø. Intervensjonen legger derfor vekt på at afasibehandlingen bør inkludere kommunikasjonstrening for samtalepartneren (Kagan, 1998). En slik kommunikasjonstrening vil innebære flere teknikker for å tilrettelegge for den afasirammedes tale. På denne måten vil samtalepartneren kunne *anerkjenne* den afasirammedes kompetanse, og samtidig la den komme til syne i samtalen. Dette beskriver Kagan (1998) som sentralt for at den afasirammede skal oppnå økt kommunikativ selvtillit og deltakelse i det sosiale fellesskapet.

Forskning viser at et fokus på hverdagslige samtaler i afasibehandlingen, kan gi positive ringvirkninger for den afasirammedes sosiale interaksjoner (Booth & Perkins, 1999; Lock et.al., 2001). Dette kan gjøres ved bruk av ulike teknikker for *samtaleanalyse* (Lock et.al., 2001). Samtaleanalyse innebærer en metode for å undersøke *strukturen* i samtaler, og hvordan den bygges opp i fellesskap av *samtaleferdighetene* til deltakerne (Lind, 2005a). En intervensjon som benytter samtaleanalyse i en klinisk setting, er “The SPPARC conversation training program”<sup>6</sup>. Denne intervensjonen er en del av det fullstendige veiledningsprogrammet: Supporting partners of people with aphasia in relationships and conversation (Lock et.al., 2001, s. 27). Metoden tilfører et rammeverk for å kartlegge og jobbe direkte med samtaler mellom den afasirammede og deres partner, ved å benytte videoopptak. Logopeden skal vurdere hvordan deltakerne handler og reagerer på hverandre i samtalen, for deretter å avgjøre hvilke aspekter partneren kunne hatt nytte av kommunikasjonstrening på (Lock et.al., 2001).

Vår oppgave gir ikke rom til en fullstendig redegjørelse av metodene SCA og SPPARC. Likevel er de viktige å påpeke, ettersom det er to sentrale fremgangsmåter for logopedveiledning på partneres samtaleatferd i dyadiske samtaler.

---

<sup>6</sup> Heretter referert til som SPPARC.

### **3.0 Metodologisk tilnærming**

I det følgende vil vi redegjøre for vår metodologiske tilnærming til forskningsprosjektet. *Metodologi* innebærer læren om metodene som brukes i vitenskapene, og har med den generelle tilnærmingen til forskning å gjøre. *Metoder* er imidlertid de spesifikke teknikkene som brukes i en studie for å svare på forskningsspørsmålet (Langdridge, 2006). Metodologi vil være sterkt påvirket av forskerens vitenskapsteoretiske ståsted, som igjen vil påvirke hvilke(n) metode(r) en vil benytte seg av i et forskningsprosjekt. Det metodologiske ståstedet vil på denne måten begrense antallet forskningsmetoder en vurderer som passende (Langdridge, 2006). Vi anser det dermed som nødvendig å først gi en innføring i vår vitenskapsteoretiske tilnærming til denne studien.

#### **3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming**

I et hvert forskningsprosjekt må en som forsker tilstrebe at metoden skal tilpasses formålet med forskningen (Jacobsen, 2012). Dette innebærer at forskeren må søke å velge metoden(e) som er best egnet til å belyse studiens problemstilling. Valg av forskningsmetode er gjerne forankret i ulike vitenskapsteoretiske eller *epistemologiske* ståsteder (Langdridge, 2006). *Epistemologi*, også referert til som *erkjennelsesteori*, betegner læren om grunnlaget for all viten. Epistemologisk ståsted handler dermed om forskerens forestilling om verden, og hvordan en kan tilegne seg kunnskap om den gjennom forskning (Langdridge, 2006).

##### **3.1.1 Kvalitativ forskning**

Et hovedskille innenfor epistemologien går mellom det *kvalitative* og det *kvantitative forskningsparadigmet*. Et forskningsparadigme kan defineres som en grunnleggende oppfatning av hva som skal studeres, hvilke forskningsspørsmål som skal stilles, og hvilke regler som skal følges under analyseprosessen (Langdridge, 2006). Ved kvalitativ forskning anser en virkeligheten for å være konstruert av mennesker, og at den dermed må studeres gjennom å undersøke hvordan mennesker selv erfarer den (Jacobsen, 2012). I vårt forskningsprosjekt har vi ønsket å undersøke de særegne erfaringene til deltakerne, når det gjelder partneres samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner, som involverer den afasirammede. Videre har vi hatt ønske om å undersøke deltakernes erfaringer med veiledning rundt denne tematikken. Prosjektets formål og forskningsspørsmål har dermed ført til at vi har vurdert en kvalitativ tilnærming som best egnet. Å velge noe innebærer imidlertid å velge bort noe annet. Kvantitativ forskning handler på sin side om å *måle* et fenomen en ønsker å kvantifisere (Langdridge, 2006). Teorien er at hvis en kan måle ting med en stor nok nøyaktighet, så vil en

kunne komme med sikre påstander om verden og det en studerer i den (Langdridge, 2006). Med utgangspunkt i en kvalitativ tilnærming har en imidlertid en antakelse om at fenomener og erfaringer kan tolkes på flere nivåer (Thagaard, 2009). På den måten befatter kvalitativ forskning seg med kvalitetene ved et fenomen (Langdridge, 2006). Vi har tilstrebet å utforske noen kvaliteter ved fenomenet samtaleatferd, via deltakernes perspektiver, og søkte dermed ikke å måle fenomenet nøyaktig. På grunnlag av dette har vi valgt å ta utgangspunkt i en kvalitativ, *fenomenologisk-hermeneutisk* tilnærming i vårt forskningsprosjekt

### **3.1.2 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming**

Fenomenologi innebærer en forståelse av at verden kun kan beskrives gjennom menneskers bevissthet, og at den dermed aldri kan være uavhengig av subjektet (Langdridge, 2006). Hovedtanken er at den eneste reliable kunnskapen vi kan ha om verden, er erfaringene vi sitter med i vår bevissthet. Hensikten innenfor fenomenologisk forskning blir dermed å gi en nøyaktig beskrivelse av hvordan et spesifikt fenomen generelt sett erfares av de aktuelle deltakerne (Thagaard, 2009). Formålet blir på denne måten å beskrive fenomenet en studerer uten at det farges av forskerens naturlige holdninger og forforståelse (Thagaard, 2009).

Hermeneutikk er på sin side en fortolkningsvitenskap, som handler om å nå fram til gyldige fortolkninger av meningsinnholdet i en tekst (Kvale & Brinkman, 2015). Grunntanken er at det alltid vil eksistere en helt nødvendig forforståelse hos forskeren, som påvirker hvilken mening som fortolkes. I motsetning til ved en ensidig fenomenologisk tilnærming, skal ikke denne forforståelsen legges bort, men derimot tydeliggjøres i forskningsprosessen (Kvale & Brinkman, 2015). Forskerens forforståelse blir sett på som positiv og helt nødvendig for prosessen *den hermeneutiske sirkel*, som går ut på at en foretar en stadig veksling mellom forståelse av deler av teksten, og forståelse av teksten som helhet. Hermeneutikken vektlegger dermed betydningen av å fortolke det som framgår av teksten, gjennom å lete etter et dypere meningsinnhold enn det som viser seg umiddelbart (Thagaard, 2009).

Ettersom vår intensjon i denne studien har vært å undersøke fenomenet samtaleatferd ut fra de ulike deltakernes perspektiver, har det naturlig ført oss i retning av et fenomenologisk utgangspunkt. Imidlertid har vi i tillegg hatt ønske om å få fram et dypere meningsinnhold enn det umiddelbare og innlysende. Ved bruk av faglitteratur, vår forforståelse og den hermeneutiske sirkel har vi søkt å fortolke, belyse og utvikle ulike temaer. Dette har vi gjort både i analysen av datamaterialet og i presentasjonen av funnene.



Dermed har vi tatt utgangspunkt i en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i vår forskning.

### **3.2 Metodisk tilnærming**

For å sikre studiens troverdighet anser vi det som nødvendig å tydeliggjøre de metodiske valgene vi har gjort, gjennom alle trinnene i forskningsprosessen (Silverman, 2011). I denne sammenhengen vil vi først beskrive våre refleksjoner, når det gjelder vår forforståelse, samt forskningsprosjektets validitet og reliabilitet. Deretter vil vi presentere vårt forskningsdesign, før vi beskriver de metodiske valgene vi har tatt i forbindelse med kvalitativt intervju som metode for datainnsamling. Avslutningsvis vil vi redegjøre for våre sentrale avveininger, når det gjelder utvalgs- og inklusjonskriterier, intervjuguide og selve intervjusituasjonen.

#### **3.2.1 Transparens: Forforståelse, validitet og reliabilitet**

Silverman (2011) bruker begrepet *transparens* (gjennomsiktighet) for å beskrive hvordan en som forsker må redegjøre for alle stegene en tar i en studie, og for hvordan analyseprosessen danner grunnlaget for de fortolkningene en presenterer og konkluderer med. Å tydeliggjøre vår forforståelse for leseren av studien, er en viktig del av det vitenskapelige kravet om *refleksivitet* (Malterud, 2003). Refleksivitet handler om at en skal synliggjøre ens egne spor som forsker i studien, og dermed bidra til å gjøre forskningsprosessen “gjennomskinnelig” eller “transparent” (Malterud, 2003).

*Forforståelse* kan beskrives som en ryggsekk forskeren bærer med seg inn i en studie. Forforståelsen rommer de erfaringene, opplevelsene, tankene og meningene forskeren har rundt fenomenet som skal studeres (Malterud, 2003). Gjennom teoretisk undervisning og praksiserfaring innenfor afasi, har vi som logopedstudenter tilegnet oss egen kunnskap og egne erfaringer med afasirammede. Under gjennomføringen av dette prosjektet hadde vi derfor med oss en forforståelse for de utfordringer afasirammede kan oppleve med å delta i samtaler. En systematisk gjennomgang av tidligere forskning rundt tematikken har også resultert i en innsikt i ulike typer samtaleatferd som den afasirammedes ledsager kan benytte seg av i flerpartsinteraksjoner. Dermed hadde vi også med oss en forforståelse av hvilke samtaleroller partnere kan opptre i. Med utgangspunkt i vår forforståelse ønsket vi å undersøke fenomenet samtaleatferd, og identifisere slike samtaleroller i vår studie. Dette kan ha medført en sterkere sensitivitet for visse beskrivelser i intervjutekstene, mens andre beskrivelser kanskje ikke blir utdypet på samme måte. For å forsøke å balansere dette har vi

fokusert på å stille utdypende spørsmål rundt sentrale temaer knyttet til forskningsspørsmålene. På denne måten har vi forsøkt å fremme en åpenhet for informantens beskrivelser av egne erfaringer (Dalen, 2011).

*Validitet* handler om en studies gyldighet. Det innebærer at forskningen blir gjennomført i tråd med problemstillingen, og at metoden er tilpasset formålet (Jacobsen, 2012). En skiller ofte mellom *ekstern* og *intern* validitet. Ekstern validitet innebærer at en kan generalisere resultatene fra et forskningsprosjekt til en større populasjon. Intern validitet handler på sin side om hvorvidt forskeren har dekning for de konklusjonene som blir trukket i studien. Det handler med andre ord om fremgangsmåten en har benyttet i forskningsprosjektet er valid (Jacobsen, 2012). Vår studie vil ha en begrenset ekstern validitet, ettersom vi har intervjuet relativt få deltakere. Intensjonen vår har heller vært å gå i dybden på fenomenet vi undersøker, og dermed få rike beskrivelser av informantenes erfaringer. Vi har forsøkt å oppnå intern validitet gjennom å gi tydelige resonnementer rundt de valgene vi har tatt, gjennom hele studien. For å styrke studiens validitet har vi også fulgt alle trinnene i analyseprosessen nøye.

En undersøkelses *reliabilitet* innebærer at den gjennomførte forskningen kan anses som pålitelig (Jacobsen, 2012). For at en studies pålitelighet skal kunne vurderes, må det være mulig for andre forskere å benytte samme fremgangsmåte i framtidige studier, slik at forskningen kan anses som *etterprøvable* (Jacobsen, 2012). Vi har sørget for å oppnå reliabilitet gjennom en nøye redegjørelse for alle fasene i forskningsprosessen.

### **3.2.2 *Forskningsdesign***

Forskningsdesign innebærer en fullstendig plan for gjennomføringen av en studie (Jacobsen, 2012). Det er grunnleggende at valg av forskningsdesign henger tett sammen med den valgte problemstillingen. I denne sammenhengen beskriver Jacobsen (2012) to grunnleggende dimensjoner innenfor forskningsdesign, som han igjen deler inn i to typer design: 1) *intensive* og *ekstensive* design, og 2) *deskriptive* og *kausale* design.

Intensive og ekstensive design skiller seg først og fremst fra hverandre ved at en med utgangspunkt i et intensivt design er interessert i dybde, mens en ved et ekstensivt design ønsker å oppnå bredde i undersøkelsen (Jacobsen, 2012). I vårt forskningsprosjekt har vi ønsket å få fatt på rike og nyanserte beskrivelser via et dybdeperspektiv. Ved å ta utgangspunkt i et intensivt design, med få deltakere, har vi tatt sikte på å oppnå et helhetlig og detaljert bilde av deltakernes erfaringer med fenomenet samtaleatferd.

En studies problemstilling kan videre ha to ulike formål (Jacobsen, 2012). For det første kan problemstillingen innebære et ønske om å beskrive en spesifikk situasjon. Et slikt forskningsspørsmål defineres gjerne som *deskriptivt* eller *beskrivende*. For det andre kan en gjennom problemstillingen ønske å måle ulike forhold ved virkeligheten, som eksempelvis effekten av et spesifikt tiltak. Slike problemstillinger anses som *kausale* eller *forklarende*, da forskeren er interessert i å undersøke en årsakssammenheng (Jacobsen, 2012). Med utgangspunkt i et deskriptivt design vil en søke å få innsikt i hvordan et fenomen ser ut, mens en gjennom et kausalt design søker å forklare hvorfor et fenomen oppstod (Jacobsen, 2012). Hensikten med vårt forskningsprosjekt har vært å gi en nyansert beskrivelse av informantenes erfaringer med fenomenet samtaleatferd. Dermed har vår problemstilling naturlig ført oss i retning av et deskriptivt design.

### **3.2.3 Datainnsamling: Kvalitativt intervju som metode**

Valg av forskningsmetode må gjøres på grunnlag av hvilken fremgangsmåte som er best egnet for å få tak i den informasjonen en søker i studien (Jacobsen, 2012). I litteraturen anses de vanligste formene for datainnsamling innenfor kvalitativ forskning å være: *Individuelt åpent intervju, gruppeintervju og observasjon*. Blant disse anses gjerne det individuelle, åpne intervjuet for å være metoden som oftest blir benyttet (Jacobsen, 2012). Et individuelt intervju er velegnet, når en som forsker er interessert i å beskrive spesielle egenskaper ved et fenomen (Kvale & Brinkmann, 2015).

Med ønske om å få fram informantenes rike og nyanserte beskrivelser av egne erfaringer, anså vi det individuelle, åpne intervjuet som best egnet for dette forskningsprosjekt (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å benytte kvalitativt forskningsintervju, søker en som forsker å forstå verden sett fra intervjupersonens perspektiv (Kvale & Brinkman, 2015). Intervjuformen gir dermed rom for nærhet i intervjuprosessen, og mulighet til å gå i dybden på det fenomenet en er interessert i (Jacobsen, 2012). Intervju er dermed en hensiktsmessig forskningsmetode innenfor fenomenologisk tilnærming, og ble derfor et naturlig valg for dette forskningsprosjektet.

Det kvalitative forskningsintervjuet kan utformes med ulik grad av åpenhet (Dalen, 2011). Den mest vanlige intervjuformen er en mellomting mellom åpent og strukturert intervju, og betegnes som et *semistrukturert* intervju (Dalen, 2011). En slik intervjuform kjennetegnes ved at forskeren har definert forhåndsbestemte kategorier, som en tar utgangspunkt i under intervjuet. At intervjuet ikke er fullstendig strukturert vil også gi informantene mulighet til å *tematisere* underveis. Dette innebærer at de kan komme med

erfaringer og beskrivelser som faller utenfor forskerens forhåndsdefinerte kategorier, men som likevel viser seg å være interessante for studien (Dalen, 2011). Ettersom vi har ønsket så åpne svar som mulig innenfor våre forhåndsbestemte kategorier, har vi valgt å benytte semistrukturert intervju som metode for datainnsamlingen.

### **I: Utvalg og inklusjonskriterier**

Med ønske om å få fatt på rike og detaljerte beskrivelser, valgte vi å ta utgangspunkt i et utvalg på seks informanter: tre partnere til afasirammede og tre logopeder. Når det gjelder et utvalgs størrelse, beskriver Jacobsen (2012) at en ulempe ved kvalitativ forskning er at datainnsamlingen er ressurskrevende. Med begrensede ressurser må en som forsker ofte nøye seg med et lite antall informanter (Jacobsen, 2012). For oss som masterstudenter har tidsperspektivet vært en begrensende faktor. Årsaken til at vi valgte å benytte oss av “kun” seks informanter, var ikke først og fremst at det er tidkrevende å *gjennomføre* intervjuene, men at vi med et høyere antall informanter ville endt opp med et *for* omfattende datamateriale. Vår målsetning om rike og detaljerte beskrivelser fra informantene, samt valget av en svært kompleks og tidkrevende analysemetode, har bidratt til at vi anså et større utvalg som u håndterbart for vår tilmålte tid. Da vi også har fokusert på et tema som kunne bli utfordrende for informantene å nærme seg, var vi forberedt på muligheten for lange intervjuer. Disse avveiningene bidro til at vi anså et utvalg på seks informanter som passende.

Utvalget av informantene ble videre gjort på grunnlag av formålet med studien. Å være formålsstyrt ved rekruttering av informanter, innebærer at en gjør utvalget på grunnlag av hva som er mest fruktbar for å belyse problemstillingen (Jacobsen, 2012). Vårt utvalg ble slik gjort *strategisk*, ut fra hva vi ønsket å få informasjon om. For å strategisk rekruttere informanter som passet til vårt forskningsprosjekt, benyttet vi oss av vårt eget nettverk innenfor fagområdet. I tillegg fikk vi uvurderlig hjelp fra Afasiforbundet.

Videre utarbeidet vi noen inklusjonskriterier for deltakelse i forskningsprosjektet: Vi ønsket å rekruttere logopeder som hovedsakelig jobbet med afasi som fagområde, og partnere til afasirammede som befant seg i en kronisk fase. Disse inklusjonskriteriene ble satt, fordi vi ønsket informanter med mest mulig erfaring rundt studiens sentrale tematikk.

### **II: Intervjuguide**

I et hvert forskningsprosjekt hvor en benytter semistrukturert intervju som metode, vil det være påkrevd at forskeren utarbeider en *intervjuguide* (Dalen, 2011). “En intervjuguide omfatter sentrale temaer og spørsmål som til sammen skal dekke de viktigste områdene

studien skal belyse” (Dalen, 2011, s. 26). I vårt forskningsprosjekt ble det nødvendig å utarbeide to ulike intervjuguider, da vi intervjuet både partnere til afasirammede og logopedier. Innenfor de to intervjuguidene utformet vi ulike kategorier, ut fra studiens fem forskningsspørsmål. Vi fokuserte på åpne spørsmål, med ønske om å gi rom for rike beskrivelser, men som likevel var klare og tydelige for å unngå tvetydighet. Samtidig medførte graden av åpenhet, som tidligere nevnt, at informantene fikk anledning til å tematisere underveis i intervjuene (Dalen, 2011).

Under utformingen av intervjuguidene benyttet vi *traktprinsippet*. En slik fremgangsmåte for utarbeidelse av intervjuguide innebærer at spørsmålene utformes etter samme prinsipp som en trakt (Dalen, 2011). Med utgangspunkt i traktprinsippet startet vi intervjuene med generelle spørsmål om informantenes bakgrunn og arbeid (logopedene) eller hverdag (partnerne). Videre skal spørsmålene en stiller bli mer spesifikke opp mot de konkrete forskningsspørsmålene en søker svar på i studien. Vi beveget oss derfor etter hvert over til mer sentrale spørsmål rundt fenomenet samtaleatferd og veiledning. Til slutt skal “trakten” åpnes igjen, og mer generelle spørsmål stilles som en avslutning på intervjuet (Dalen, 2011). Avslutningsvis lot vi deltakerne tilføye det de selv ønsket, og åpnet for spørsmål ved behov. Gjennom en slik tilnærming ønsket vi først og fremst å ufarliggjøre intervjusituasjonen for informantene, for å skape en god relasjon i øyeblikket.

### **III: Intervjusituasjonen**

I valg av hvor intervjusituasjonen skulle finne sted har vi vært opptatt av såkalt *konteksteffekt*. Et intervju vil alltid preges av hvilken *kontekst* (omstendigheter) det foretas i (Jacobsen, 2012). Konteksten vil potensielt kunne påvirke informasjonen den enkelte informanten gir. Det skilles gjerne mellom *naturlig* og *kunstig* kontekst (Jacobsen, 2012). En naturlig kontekst kan i vår intervjusituasjon eksempelvis være hjemme hos den afasirammedes partner, eller på logopedens eget kontor. Fordelen med en naturlig kontekst er at den kan fremme trygghet hos informanten, ved at en befinner seg i kjente omgivelser. Imidlertid kan en ulempe ved en slik kontekst være at det kan oppstå ulike forstyrrelser under intervjusituasjonen. En kunstig kontekst innebærer på sin side et nøytralt rom, som verken intervjuer eller informanten har et forhold til (Jacobsen, 2012). Ved å gjennomføre intervjuet i en kunstig kontekst kan en unngå slike potensielle forstyrrelser. På den andre siden kan det være at den aktuelle informanten ikke vil føle seg like trygg i denne intervjusituasjonen, noe som kan medføre at vedkommende ikke gir like åpne svar som i en naturlig kontekst (Jacobsen, 2012).

I utgangspunktet ønsket vi å utføre intervjuene i en naturlig kontekst, for å fremme trygghet hos informantene. Imidlertid var vi også opptatt av å vise fleksibilitet overfor informantene, når det gjaldt valg av intervjusituasjon. Dermed la vi også fram muligheten for å stille med et nøytralt intervjulokale. Vårt ønske om å utføre intervjuene i en naturlig kontekst ble imidlertid oppfylt i alle tilfellene. I likhet med hvordan litteraturen beskriver konteksteffekt, opplevde vi både fordeler og ulemper ved å utføre intervjuene i en naturlig kontekst. Ulempen har vært at vi under gjennomføringen av enkelte av intervjuene, opplevde ulike forstyrrelser. Blant annet kom familiemedlemmer hjem, kjæledyr krevde oppmerksomhet, og naboer pusset opp. På tross av disse forstyrrelsene føler vi at fordelene med å benytte en naturlig kontekst har vært større enn ulempen. For det første sitter vi igjen med en følelse av at informantene har åpnet seg i stor grad. Av den grunn opplever vi at vi har klart å skape en god relasjon i intervjusituasjonen, ved å gjennomføre intervjuene i en naturlig kontekst. Dette har vist seg ved til dels svært lange intervjuer. Vi anser intervjuenes lengde som en stor fordel, da de lange intervjutekstene tilførte et rikt datamateriale som utgangspunkt for analyseprosessen.

Selve intervjusituasjonen fungerer ikke som en vanlig dialog, da det er informantens erfaringer som skal stå i fokus (Dalen, 2011). Som forskere har vi vært opptatt av å ikke fremme egne argumenter og synspunkter under intervjuet, for å unngå å påvirke informantens utsagn. Videre har vi erfart pauser som et spesielt nyttig verktøy under intervjuene, da det så ut til å gi informantene tid til å fordøye spørsmålene vi stilte. Det kan være krevende å skulle gjenkalle minner og samtidig formulere seg på en god måte, spesielt dersom en føler at en er under et tidspress (Dalen, 2011). Det var også viktig for oss å etterse at vi forstod informantens utsagn korrekt, ved å gjenta dem og forsikre oss om at vi ikke misforstod noe i deres formidling.

Under intervjusituasjonen benyttet vi lydopptaker, da vi anså det som nødvendig for å ivareta informantens utsagn. Uten lydopptak av intervjuet står en i fare for å miste viktig informasjon, og dermed muligheten for å gå tilbake til *rådataene* dersom noe er uklart (Dalen, 2011). Rådata innebærer det opprinnelige datamaterialet, som ikke er bearbeidet. Det vil si informantens konkrete utsagn under intervjuet (Jacobsen, 2012). I tillegg til lydopptaker benyttet vi feltnotater, for å notere observasjoner vi gjorde oss underveis i intervjuet. Notatene viste seg å være nyttig for senere tolkning og analyse av datamaterialet, ettersom vi noterte emosjonelle reaksjoner og annen ikke-verbal kommunikasjon (Dalen, 2011; Jacobsen, 2012).

### **3.3 Etiske betraktninger**

Før vi startet prosessen med å rekruttere informanter, søkte vi til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste<sup>7</sup> for konsesjon. NSD beskrives gjerne som en sterk “portvakt”, der det knyttes strenge regler til gjennomføring av forskning som omfatter følsomme opplysninger, som blant annet personopplysninger (Dalen, 2011). Det var derfor vesentlig å få prosjektet godkjent, før vi gikk i gang med studien.

Videre viser Jacobsen (2012) til tre grunnleggende krav i norsk forskningsetikk, som vi har forholdt oss til under gjennomføringen av forskningsprosjektet. Disse er som følger: *krav til informert samtykke, privatliv og korrekt gjengivelse*. Vi har sikret informert samtykke ved å gi informantene informasjonsskriv, hvor vi har forsikret oss om at hver enkelt deltaker har forstått innholdet i undersøkelsen. Videre påpekte vi at deltakelse i studien var frivillig, og fikk bekreftet at de afasirammede som indirekte ble involvert i prosjektet hadde gitt samtykke til partnerens deltakelse. Vi sørget også for informert samtykke til bruken av lydopptaker og feltnotater under gjennomføringen av intervjuene. Slik forsikret vi oss om å ikke gjennomføre noe deltakerne ikke ønsket, og sørget for at bruken av tekniske hjelpemidler skulle påvirke dem i minst mulig grad under intervjuet.

Informantenes privatliv har blitt tatt hensyn til ved å sikre konfidensialitet, når det gjelder innsamling og oppbevaring av data. Videre er fullstendig anonymitet sikret med hensyn til alle personlige opplysninger. Vi har også sørget for korrekt gjengivelse av intervjuene, både gjennom bruk av lydopptaker under intervjuet og nøye transkribering i etterkant.

### **3.4 Fenomenologisk-hermeneutisk analyse**

I det følgende vil vi gjøre rede for vårt valg av analysemetode. For å analysere deltakernes erfaringer, og dermed kunne fortolke fenomenet samtaleatferd, benyttet vi oss av Lindseth og Norbergs (2004) *fenomenologisk-hermeneutiske analyse for forskning innenfor levde erfaringer*. Analysemetoden er både forankret innen fenomenologien og hermeneutikken, og egner seg dermed for studier av menneskers særegne erfaringer (Lindseth & Norberg, 2004).

Lindseth og Norberg (2004) beskriver at det som forsker er nødvendig å skrive ned menneskers utsagn, for så å fortolke de. Kun på denne måten kan en avdekke mening ved deres erfaringer. I denne sammenhengen beskrives intervju som den sentrale metoden for

---

<sup>7</sup> Referert til som NSD.

datainnsamling. Intervju om livserfaringer rundt et fenomen skal tas opp på lydopptaker, og deretter transkriberes til en *intervjutekst*. Denne teksten danner videre utgangspunktet for analysearbeidet (Lindseth & Norberg, 2004). De seks intervjutekstene vi har transkribert, utgjorde dermed vårt datamateriale, og dannet grunnlaget for den videre analysen i vår studie. Selve gjennomføringen av analysen baserer seg på Lindseth og Norbergs (2004) tre trinn: 1) *Naiv lesing og beskrivelse*, 2) *Tematisk analyse* og 3) *Overordnet forståelse av helhetlig fortolkning*.

### **3.4.1 Naiv lesing og beskrivelse**

Som tidligere nevnt vil det å fortolke en tekst innebære å entre den hermeneutiske sirkelen (Kvale & Brinkman, 2015). Som forsker skal en dermed kontinuerlig veksle mellom forståelse av deler av teksten, og forståelse av teksten som helhet (Kvale & Brinkman, 2015). Hensikten med dette første trinnet i analysearbeidet er å danne seg et førsteinntrykk av hva det transkriberte intervjuet formidler som en helhet. Under denne naive lesingen må en prøve å gå over fra en *naturlig holdning*, til en *fenomenologisk holdning* (Lindseth & Norberg, 2004). Å skifte til en fenomenologisk holdning innebærer å avstå fra de fordommer en som forsker tar med seg inn i analysearbeidet. I motsetning til ved en ren fenomenologisk analyse, innebærer ikke dette ens forforståelse som forsker (Lindseth & Norberg, 2004). Å legge bort ens egen forforståelse ville medført at både meningen og essensen i teksten også ville forsvunnet. Det som imidlertid skulle legges bort, var våre fordommer om fenomenet samtaleatferd og den meningen vi hadde tilskrevet det på forhånd (Lindseth & Norberg, 2004). Vi sørget for dette ved å lese de transkriberte intervjuene med et så åpent sinn som mulig, slik at teksten kunne "snakke fritt" til oss. På denne måten skapte vi en foreløpig helhetlig fortolkning. Denne fortolkningen ble så skrevet ned i form av løpende kommentarer i margin til de ulike intervjutekstene.

### **3.4.2 Tematisk analyse**

Det neste trinnet i denne analysemetoden er utførelsen av en *tematisk analyse*. Dette innebærer å fortolke intervjuteksten ved å identifisere og formulere *temaer* (Lindseth & Norberg, 2004). Et tema vil si en rød tråd av mening som går gjennom teksten. Tematisk analyse handler på denne måten om å trekke ut den essensielle meningen fra de erfaringene, intervjudeltakerne beskriver (Lindseth & Norberg, 2004).

Første del av den tematiske analysen innebar å dele intervjuteksten inn i såkalte *meningsenheter* (Lindseth & Norberg, 2004). En meningsenhet innebærer en hvilken som



helst lengde av teksten som kun formidler én mening. Poenget er å trekke ut den essensielle meningen, og sette den som tittel for meningsenheten. Dette skal gjøres ved å bruke et alminnelig språk, nært den opprinnelige teksten (Lindseth & Norberg, 2004). Eksempelvis er én av meningsenhetene hos en av partnerne i vår studie: *“Kommunikasjonen mellom de to”*. Denne tittelen formidler den essensielle meningen i alle sitatene fra intervjueteksten som omhandler kommunikasjon mellom den afasirammede og partneren. Alle slike tekstutdrag skal dermed plasseres under den meningsenheten. På denne måten ble hver intervjuetekst gjennomgått og inndelt i ulike meningsenheter.

I neste omgang beskriver Lindseth og Norberg (2004) at forskeren skal lese gjennom de identifiserte meningsenhetene, og deretter sortere dem basert på likheter og forskjeller. En slik sortering fører til identifisering av ulike temaer i intervjueteksten. De meningsenhetene som var like ble samlet og videre fortettet til mer abstrakte undertemaer. I eksempelet fra vår studie ble meningsenheten *“Kommunikasjonen mellom de to”* utviklet til det mer abstrakte undertemaet: *“Dyadiske kommunikasjonsvansker”*. I denne fasen skal forskeren bevege seg bort fra det alminnelige språket, og dermed sette en mer abstrakt tittel på undertemaet (Lindseth & Norberg, 2004). De forskjellige undertemaene ble igjen sortert, og videre samlet til temaer og hovedtemaer som gikk igjen i de forskjellige intervjuetekstene.

Fra seks relativt lange intervjuetekster satt vi igjen med svært mange temaer og undertemaer. Ettersom vi benyttet ulike intervjuguider, identifiserte vi ulike hovedtemaer i intervjumaterialet til de to informantgruppene. Temaene og undertemaene som gikk igjen hos de tre partnerne, ble samlet under fem hovedtemaer: 1) “Afasi”, 2) “Kommunikasjon”, 3) “Samtale”, 4) “Hverdagen” og 5) “Logopedtjenester”. For logopedene ble det utviklet tre hovedtemaer: 1) “Bakgrunn”, 2) “Arbeid med partnere” og 3) “Samtaleatferd”.

### ***3.4.3 Overordnet forståelse av helhetlig fortolkning***

Den siste fasen i analysearbeidet innebærer å formulere en overordnet, helhetlig fortolkning av selve datamaterialet (Lindseth & Norberg, 2004). Som forsker skal en velge ut de temaene som omfatter studiens mest sentrale resultater. Resultatene skal videre oppsummeres og reflekteres over, i relasjon til forskningsspørsmålene og oppgavens teoretiske perspektiv (Lindseth & Norberg, 2004). Vår fortolkning ble her styrt av vår sentrale forforståelse. Å knytte studiens resultater til relevant litteratur og teori, kan bare gjennomføres i lys av forskerens bekjentskap med den relevante litteraturen. Denne prosessen, å tolke teksten som helhet, er den såkalte “ikke-metodiske” stolpen til analysemetoden. I denne fasen er det ikke mulig å følge strenge metodiske regler, og ens egen kreativitet og forforståelse blir

dermed sentrale for den helhetlige fortolkningen (Lindseth & Norberg, 2004). I dette avsluttende trinnet har vi forsøkt å forstå de utvalgte delene av intervjuetekstene i lys av vårt teoretiske rammeverk, samtidig som vi har etterstrebet å se litteraturen i lys av våre intervjuetekster. Avslutningsvis har vi drøftet resultatene på en fenomenologisk-hermeneutisk måte. En slik måte omfatter bruk av et alminnelig og hverdagslig språk, så nært opp mot informantenes erfaringer som mulig (Lindseth & Norberg, 2004).

Etter en omfattende analyseprosess satt vi igjen med svært mange underordnede temaer til hovedtemaene. Flere av disse var også mindre relevante for studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Vi har derfor måttet være selektive i utvelgelsen av hvilke funn vi har vurdert som de mest sentrale for å belyse oppgavens problemstilling. En slik omfattende analyseprosess har likevel gitt oss et helhetlig bilde av både tematikken og deltakernes unike erfaringer. Analyseprosessen har også gitt oss en uvurderlig nærhet til datamaterialet, som vi har dratt stor nytte av i den helhetlige fortolkningen.

#### **4.0 Presentasjon og analyse av resultater**

I dette kapittelet vil vi presentere og drøfte de resultatene vi anser som særlig sentrale ut fra vårt datamateriale. Etter en omfattende analyse av lange intervjuetekster, har vi valgt ut de temaene og funnene som vi har vurdert som best egnet til å belyse oppgavens problemstilling. Strukturen på presentasjon og analyse av resultatene følger oppgavens fem forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålene kan deles inn i to grupper, med tanke på hvilke *typer* erfaringer de tar sikte på. De første tre spørsmålene omhandler informantenes *generelle* erfaringer med hvordan partnere kan opptre i flerpartsinteraksjoner, som involverer den afasirammede. De to siste spørsmålene omhandler deres *spesifikke* erfaringer med veiledning i forhold til samtaleatferd. Av hensyn til oppgavens struktur og leservennlighet, har vi valgt å dele inn presentasjonen av studiens funn på tilsvarende måte. Resultatene knyttet til studiens tre første forskningsspørsmål presenteres derfor først, etterfulgt av resultatene knyttet til de to siste forskningsspørsmålene. Videre har vi valgt å kursivere alle utsagnene som er hentet fra vårt datamateriale, for å skape et skille i teksten som tydeliggjør når vi gjengir informantenes sitater direkte.

Som det kommer fram under våre metodiske valg, består våre informanter av tre partnere til personer med afasi, samt tre logopedere som hovedsakelig jobber med afasi. De tre partnerne vil videre i oppgaven bli referert til som partner 1, partner 2 og partner 3. Alle tre er gift med afasirammede menn som befinner seg i en kronisk fase av tilstanden. De har levd med afasien som en del av hverdagen i alt fra 6 til 18 år. De tre logopedene vil på tilsvarende

måte bli referert til som logoped 1, logoped 2 og logoped 3. Disse er henholdsvis statlig, privat og kommunalt ansatt. Alle tre jobber hovedsakelig med afasi som fagområde, og med afasirammede som befinner seg i kronisk fase.

#### ***4.1 Partneres samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner***

I henhold til det ovennevnte vil vi i det følgende starte med å presentere og analysere studiens resultater knyttet til de tre første forskningsspørsmålene. Her vil vi først presentere våre funn knyttet til flerpartsinteraksjoner, og hvordan slike interaksjoner kan prege partnerens samtaleatferd. Deretter vil vi presentere og analysere fem ulike samtaleroller som vi har identifisert i vår forskning, før vi avslutningsvis vil drøfte hvilke faktorer som kan påvirke partneres samtaleatferd. Resultatene vil drøftes parallelt fra både partners og logopedenes perspektiv.

##### ***4.1.1 Flerpartsinteraksjoner***

I en dyadisk samtale vil en person med afasi oppleve ulik grad av vansker, både når det gjelder språkforståelse og språkproduksjon (Goodwin, 2003). Vår forskning viser at denne vanskegraden i all hovedsak vil øke betraktelig, når en tredje person blir en del av kommunikasjonsprosessen, og samtalen går over til å utgjøre en flerpartsinteraksjon.

En ekstra samtaledeltaker vil medføre at rammebetingelsene for samtalen endres, slik vi viser til i vårt teoretiske rammeverk (Lind, 2005a). Endringen handler først og fremst om at turvekslingen ikke vil gå automatisk fra en part og tilbake til den afasirammede, slik den vil gjøre i en dyadisk interaksjon (Lind, 2005a). Den afasirammede må dermed også *kreve sin plass* i kommunikasjonsprosessen ved å bevisst ta ordet, for å kunne gjennomføre sin samtale, når den ikke blir gitt automatisk. Våre funn viser at dette er ekstra utfordrende for personen med afasi. Partner 3 trekker blant annet fram at hennes ektefelle har et behov for å bli tildelt sin samtale, for å føle at det er “greit” å bidra i samtalen: *“Altså det er mye lettere når det er færre personer. For han må ha den invitasjonen, at: “nå ser du på meg, så nå er det min tid.” Ikke sant?”*. Prinsippet om “førstemann til mølla”, som Lind (2005a) refererer til ved turskiftepunktet i samtalen, oppleves altså som en utfordring. Denne utfordringen ser igjen ut til å kunne medføre et mindre engasjement i samtalen fra den afasirammede, som partner 3 påpeker videre: *“Han prater egentlig veldig lite når vi er med andre. Det blir mer ja og nei”*.

Også fra logopedenes perspektiv, framkommer det at flerpartsinteraksjoner kan vanskeliggjøre samtalesituasjonen. Dette vil videre kunne resultere i redusert deltakelse fra

den afasirammede, som igjen kan medføre en interaksjonell asymmetri i samtalen (Lind, 1999). Logoped 3 påpeker dette, og vektlegger at personer uten kommunikasjonsvansker gjerne krever større plass i interaksjonen: *“Men det er klart, det er en utfordring for de afasirammede at det er tre mennesker i rommet, i stedet for to. Vi som da har en flytende tale og liker å si mye.. Det kan fort være at man da tar over”*. Flerpartsinteraksjoner vil på denne måten i mange tilfeller kunne “eies” i større grad av deltakerne uten språk- og kommunikasjonsvansker, hvor den afasirammede trekker seg mer tilbake.

Det er imidlertid for å mestre deltakelse i slike samtaler, at den afasirammede som regel ledes i sine sosiale interaksjoner (Ferguson & Harper, 2010). *“Det er jo for de fleste en vanskeligere setting når det blir mer enn to. Sånn at grunnlaget for å få til gode samtaler der handler om den pårørende...”* (Logoped 1). Flerpartsinteraksjoner kan på denne måten bli en arena hvor partneren automatisk inntar en sentral rolle. For at den afasirammede skal få mulighet til aktiv deltakelse i samtaler, så trenger han<sup>8</sup> ofte hjelp. Dette behovet for hjelp kan resultere i en ansvarsfølelse hos partnere, som de kontinuerlig forsøker å innfri i sosiale sammenhenger. Dette viser seg konsekvent hos alle partnerne i vår studie, hvor den afasirammedes avhengighet av dem framstår som sentral. Ansvaret beskrives blant annet som noe partnerne aldri kan legge fra seg, da den afasirammede alltid vil kunne trenge hjelp i samtale med andre mennesker.

*Han er jo egentlig ganske avhengig av at jeg hjelper han... Når vi er ute i sånne sosiale sammenhenger, så må jeg jo være i nærheten og følge med. Jeg slapper ikke av, for jeg må liksom høre med et halvt øre hva han snakker om. Plutselig så trenger han min hjelp.* (Partner 1)

Det kommer fram at dette ikke bare gjelder i uformelle sosiale sammenhenger, men også når det er snakk om mer praktiske og formelle møter. Alt fra legeavtaler til møter med banken, fordrer at partneren tilrettelegger samtalen med utgangspunkt i sin egen samtaleatferd. Hjelpen som partneren fremmer, omfavner med andre ord store deler av hverdagen og de fleste samtaler den afasirammede har med andre mennesker. *“Jeg hjelper han med så mye, selv om han gjerne vil klare seg selv og det er veldig fint, men liksom alt av ting som skal ordnes og sånn, det må jo jeg gjøre... Han kan jo ikke ta en telefon selv...”* (Partner 1).

Vår forskning viser imidlertid at partnere kan ta i bruk ulike kommunikasjonsstrategier i flerpartsinteraksjoner, og dermed opptre med svært variert samtaleatferd for å oppnå en

---

<sup>8</sup> Alle de afasirammede denne oppgaven viser til er menn, og alle informantene er kvinner, For enkelhetens skyld vil vi referere til de afasirammede som “han” og informantene som “hun”.

felles forståelse med deltakerne. Dette innebærer at vi har gjort flere funn som viser at partnere kan innta ulike typer samtaleroller i flerpartsinteraksjoner.

#### **4.1.2 Samtaleroller**

Slik vi beskriver i vårt teoretiske rammeverk, har det i tidligere forskning blitt identifisert tre ulike samtaleroller som partnere kan innta i flerpartsinteraksjoner (Simmons-Mackie et.al, 2004; Croteau & Le Dorze 2006; Ferguson & Harper, 2010). I vår studie har vi gjort flere funn som bekrefter dette. Vi har ut fra våre informanters erfaringer, identifisert alle de tre tidligere utviklede samtalerollene: ”å snakke istedenfor” den afasirammede, ”å snakke på vegne av” den afasirammede og ”støttet samtale”. Imidlertid har vi også gjort funn som viser at disse samtalerollene ikke er de eneste rollene afasirammedes partnere kan innta i en samtale. Ut fra de ulike informantenes erfaringer, har vi også tolket fram og utviklet to nye samtaleroller. I det følgende vil vi først presentere og analysere våre funn knyttet til de tre samtalerollene vi har tatt teoretisk utgangspunkt i. Deretter vil vi presentere og drøfte de to nye samtalerollene vi har utviklet.

##### **I. “Å snakke istedenfor” den afasirammede**

Ferguson og Harper (2010) har blant annet definert samtalerollen “å snakke istedenfor” den afasirammede, som samtaleatferd der partneren *tar over* den afasirammedes samtale, og på denne måten snakker *istedenfor* han. Det skjer dermed en formidling av *partnerens* budskap, framfor den afasirammedes (Croteau & Le Dorze 2006, & Ferguson & Harper, 2010). “Å snakke istedenfor” en person med afasi er en kommunikasjonsstrategi som kan føre til en asymmetrisk turveksling, der de “normalt-talende” eier samtalen i større grad enn den afasirammede (Lind, 1999). Dette kan medføre at den afasirammede nærmest blir stående som en passiv tilskuer i flerpartsinteraksjonen.

Vår forskning viser at informantene har erfaringer med samtaleatferd som kan tolkes inn under samtalerollen “å snakke istedenfor” den afasirammede. Blant annet beskriver partner 1 denne kommunikasjonsstrategien konkret, men påpeker imidlertid at det ikke føles riktig å benytte seg av den: *“Det er jo jeg som må snakke for han... Det blir jo ikke det samme, at en gammel kamerat skal snakke med meg, det er ikke sånn det skal være...”*. Også fra logopedenes perspektiv ble det formidlet erfaringer med en slik type samtaleatferd, hvor alle tre hadde en lignende oppfatning av hva den innebærer. *“Nei, hvis vi sitter her sammen og jeg stiller spørsmål til han, så kan det være at partneren svarer før vedkommende rekker; ”Vil du ha kaffe?”, ”Ja, men han skal ha uten melk!” Ikke sant?”* (Logoped 2).

Tidligere forskning har ofte fokusert på potensielle negative konsekvenser av denne typen samtaleatferd (Croteau & Le Dorze 2006). Blant annet vises det til hvordan en fullstendig utelatelse av en samtaledeltaker i flerpartsinteraksjoner, kan føre til at vedkommende ikke får mulighet til å skape og bevare mellommenneskelige relasjoner (Schiffirin, 1988). Ferguson og Harper (2010) beskriver også denne samtalerollen ut fra et negativt perspektiv, der de påpeker at partneren kan ta over den afasirammedes samtaleturn med en intensjon om å fremme egne budskap. Imidlertid viser vår forskning at det kan foreligge ulike intensjoner bak denne typen samtaleatferd.

På den ene siden viser våre funn at kommunikasjonsstrategien blir referert til som å *overkjøre* den afasirammede i samtalen. Partner 2 formidler at hun bevisst forsøker å unngå en slik samtaleatferd, men at hun likevel kan føle at hun “tar over” i samtalen: *“Jeg prøver å ikke overkjøre han. Han mener selv at jeg ikke gjør det. Men jeg føler litt på det... At det blir jeg som forteller historien, istedenfor han”*. Partner 3 benytter også betegnelsen “å kjøre over” den afasirammede, og vektlegger i likhet med partner 2, at hun ønsker å unngå en slik kommunikasjonsstrategi: *“Jeg kan ikke kjøre over han sånn som jeg gjorde det første året, når han ikke hadde stemme...”*

På den andre siden viser det seg at partnerens *intensjon* bak samtaleatferden, kan være variert. Partneren kan blant annet selv *tro* at hun formidler akkurat det den afasirammede strever med å få sagt, men så kan det vise seg i etterkant at det ikke var tilfellet. *“Situasjonene hvor jeg har tenkt at jeg har prøvd å hjelpe han videre, for han står fast på noe, men så har jeg misforstått han. Ikke sant? Det var ikke akkurat det han ønska å si...”*. Slik kan partnerens intensjon i utgangspunktet være å hjelpe den afasirammede med sin formidling, mens det i praksis fører til at det er partnerens eget budskap som legges fram. I et slikt tilfelle ser det ut til at partneren ikke har forsikret seg tilstrekkelig om hva den afasirammede faktisk ønsker å formidle. Slik oppstår det en misforståelse i kommunikasjonen (Corneliussen et.al., 2006). Dette kan medføre vonde følelser for partneren, som ikke har hatt en intensjon om å “ta over” den afasirammedes samtaleturn eller “ snakke istedenfor” han. *“Da har jeg lyst til å sparke meg hardt bak sjæl, altså. Men det er nesten umulig å komme unna det. Det er like vondt hver gang det skjer, for da får jeg en følelse av at jeg har trampa over han”* (Partner 2).

Imidlertid kommer det fram av vår studie at slik samtaleatferd også kan utføres med en viss intensjon om å faktisk “ snakke istedenfor” den afasirammede. Partner 1 beskriver blant annet at hun opplever det som utfordrende å formidle den afasirammedes budskap nøytralt, uten at hennes egne meninger integreres: *“Ja, og jeg kan ikke si det på hans måte*

*sånn som han ville gjort, for jeg er ikke alltid enig i det heller... ”. Dette kan tolkes som at hun vegrer seg for å formidle et budskap hun ikke personlig kan stå inne for. Denne vegringen kan muligens skyldes flauhet over ektemannens synspunkt, eller frykt for at tredjeparten skal tolke det som hennes eget standpunkt. Intensjonen handler i så tilfelle ikke om å *bevisst* bruke den afasirammedes samtaleturn for å fremme sitt eget budskap. Det handler derimot om opplevde vansker med å fungere utelukkende som den afasirammedes “stemme”. “*Det blir jo ikke forklart med hans ord, når jeg skal legge det fram...*” (Partner 1).*

“Å snakke istedenfor” den afasirammede i flerpartsinteraksjoner, kan også vise seg som en strategi partnere benytter for å *beskytte* ektefellen fra potensielt ubehagelige situasjoner.

*Det kan jeg sitte å vente på i en hel evighet her hjemme, men når vi er i sånne situasjoner, hvor han kan være nervøs og engstelig, så hopper jeg inn ganske fort. Da driter jeg oppi alle mulige ting man har lært og skal. Jeg lar ikke han sitte å plages og pines... (Partner 2)*

Her formidles det at partneren kan gi den afasirammede mer tid og rom til å delta i dyadiske samtaler, hvor de to kommuniserer alene. I flerpartsinteraksjoner endrer imidlertid partneren sin atferd, ved å legge til side kommunikasjonsstrategier hun beskriver som mer “korrekte”. Intensjonen bak “å snakke istedenfor” den afasirammede blir dermed å *skåne* han fra ubehaget som kommunikasjonsvanskene medfører.

Croteau og Le Dorze viser i denne sammenhengen til hvordan partnere kan innta en såkalt *overbeskyttende samtaleatferd* (Croteau og Le Dorze, 2006, s. 328). Dette er i tråd med Parsons og Fox’ (1952) sykerolle-modell. Gjennom denne modellen kan det forstås som om partnere potensielt kan “sykeliggjøre” den afasirammede ytterligere, ved å begrense deres kommunikasjonsmuligheter. Selv om intensjonen bak kommunikasjonsstrategien er god, vil den afasirammede likevel “holdes utenfor” samtalen. Dette kan videre føre til at den afasirammede også vil sykeliggjøre seg selv, og dermed opptre med såkalt “*sykerolle-atferd*” (Parsons & Fox, 1952). Slik atferd vil kunne innebære at den afasirammede selv tar mindre initiativ til kommunikative bidrag. Personen kan føle at det er enklere å trekke seg tilbake og forbli i “sykerollen”, og dermed la partneren overta mer og mer i flerpartsinteraksjoner. Dette påpekes også av logoped 3: “*Hvis man er veldig sliten, så er det jo veldig deilig at noen andre gjør jobben for deg...*”

Ut fra våre funn viser det seg at “å snakke istedenfor” den afasirammede, er samtaleatferd som forekommer med ulike intensjoner hos partnere til afasirammede. I utgangspunktet kan dette oppfattes som en umyndiggjørende strategi, ettersom den afasirammede ikke får muligheten til å synliggjøre sin identitet og kompetanse i samtalen

(Kagan, 1998). Dette vil imidlertid ikke alltid være tilfellet. Dersom den afasirammede benytter seg av såkalt “metakommunikativ strategi”, som innebærer at han eksplisitt ber partneren om å ta over kommunikasjonen, så vil kommunikasjonsstrategien være ønsket (Lind, 2000). Logoped 1 bekrefter dette, og legger vekt på at det til syvende og sist er hva den afasirammede selv føler om samtaleatferden, som har betydning for om den er positiv eller negativ:

*Ja, jeg ser liksom alt, jeg ser at den pårørende tilsynelatende “snakker for” personen med afasi, og at det ser ut som at alle er enige om at sånn bør det være, på en måte. Det kan jo være bra eller dårlig, avhengig av hva den afasirammede synes er greit da...*

## **II. “Å snakke på vegne av” den afasirammede**

Av vår forskning viser det seg at en annen kommunikasjonsstrategi som også er fremtredende hos partnere i flerpartsinteraksjoner, er å *fullføre* det den afasirammede forsøker å si. En slik samtaleatferd innebærer at den afasirammede får gitt et selvstendig samtalebidrag, men *via* partneren. Partner 2 formidler at hun bruker denne kommunikasjonsstrategien, ved å beskrive at hennes rolle i samtalen blir “å *oversette*” det den afasirammede tenker. Denne typen samtaleatferd har også blitt identifisert som en samtalerolle i tidligere forskning, i likhet med “å snakke istedenfor” den afasirammede. Som nevnt i vårt teoretiske rammeverk, har vi valgt å ta utgangspunkt i Ferguson og Harper (2010) sin beskrivelse av denne rollen som “å snakke på vegne av” den afasirammede.

Ut fra våre informanters erfaringer, kommer det fram at denne typen samtaleatferd ofte viser seg, når den afasirammede opplever anomi. Å ikke finne ordene en trenger, vil kunne utgjøre et punkt i samtalen som utfordrer deltakernes felles forståelse. Våre funn viser at slike ordlettingsstrategier ofte fører til at partneren bidrar med sin samtaleturn, for å hjelpe den afasirammede med resten av sin ytring. “*De kommer med forslag til ord, for det er ofte ord de afasirammede står fast ved*” (Logoped 3). Dette kan beskrives som en reparasjonssekvens, der partneren “reparerer” den afasirammedes samtalebidrag ved å forsøke å formidle de ordene han har vansker med å finne (Lind, 2005b). Denne typen reparasjon vil ta utgangspunkt i et gjensidig samarbeid (Laakso, 1999). Dersom partneren skal mestre å formidle det den afasirammede selv ønsker å si, så må hun i første omgang *oppfatte* og *forstå* dette budskapet. Reparasjonssekvensen blir dermed en samtalesekvens partene samarbeider om, som Laakso (1999) beskriver som en “hint- og gjetningssekvens”. Den afasirammedes ufullstendige ytring tilfører hintet til sekvensen, som følges opp av at partneren gjetter på ordet/ordene den afasirammede ikke mestrer å formidle selv (Laakso, 1999). Dette påpekes



også av partner 2 i vår studie. *“Han prøver og prøver. Og jeg gjetter. Det blir jo mye sånn... gjettelek”*.

Slike hint- og gjetningssekvenser omfatter dermed et eksplisitt samarbeid, hvor partene i fellesskap *leter seg fram* til budskapet. Vår forskning støtter opp under dette, og viser at reparasjonssekvensen dermed blir en synlig aktivitet i flerpartsinteraksjonen. *“Så fullfører jeg kanskje setningen, så spør jeg: “Er det det du vil si?” Og hvis det ikke er det, så prøver jeg fra en annen vinkel. Så vi leter oss fram da”* (Partner 1). Det kan dermed argumenteres for at å innta samtalerollen “å snakke på vegne av” den afasirammede, vil kunne medføre at partneren og den afasirammede danner en egen assosiasjon innad i flerpartsinteraksjonen. Et slikt eksplisitt samarbeid vil utgjøre det Kangasharju (1996) beskriver som et team. Ved målrettet turveksling, bestående av hint og gjetning, prøver den afasirammede og partneren sammen å forklare budskapet til tredjeparten i interaksjonen. Denne turvekslingen kan dermed beskrives som såkalt team-tale (Kangasharju, 1996). Også fra logopedenes perspektiv kommer det fram at et slikt samarbeid er nødvendig for at partneren skal mestre å formidle noe “på vegne av” den afasirammede: *En slik samtale er jo et samarbeid. Den afasirammede begynner og så kanskje ser den på den pårørende som sier: “Skal jeg fortsette nå?” At det blir et samarbeid, som enten er uttalt eller som du bare ser at skjer”* (Logoped 1).

I motsetning til ved bruk av samtalerollen “å snakke istedenfor” den afasirammede, så vil “å snakke på vegne av” den afasirammede inkludere vedkommende i interaksjonen. *“Jeg tenker at selv om jeg hjelper han, så blir han litt mer deltakende. For da får han i hvert fall svart sånn som han vil”* (Partner 3). En kan dermed argumentere for at den afasirammede i større grad vil få dekket sitt behov for å være en del av det sosiale fellesskapet (Eide & Eide, 2007). Logoped 3 beskriver også hvordan denne samtaleatferden kan føre til en økt deltakelse av den afasirammede i samtalen: *“De kommer med forslag til ord, og da nikker partneren. Og så kommer det ofte mer da, når man får en sånn starthjelp”*. Slik vil denne kommunikasjonsstrategien potensielt kunne bidra til å redusere de psykososiale konsekvensene som afasi kan medføre (Kagan, 1998). Dermed kan det argumenteres for at “å snakke på vegne av” den afasirammede er en positiv samtaleatferd som kan bidra til å øke vedkommendes livskvalitet.

På den andre siden viser vår forskning at denne samtalerollen ikke nødvendigvis vil være utelukkende positiv. Partner 2 formidler blant annet en negativ følelse knyttet til denne typen samtaleatferd, dersom den forekommer “for ofte”: *“Det å skulle hjelpe han på vei, det*

er helt "fair", tenker jeg. Men noen ganger så må jeg ta meg i det at det blir for mye. At det blir jeg som forteller historien og ikke han...". Selv om partneren da formidler det budskapet som den afasirammede selv ønsker å si, så er det fremdeles partneren som *snakker* i samtalen. Dersom dette er den eneste kommunikasjonsstrategien som benyttes i flerpartsinteraksjonen, vil det fremdeles kunne oppstå en interaksjonell asymmetri i samtalen (Lind, 1999). Logoped 1 deler også dette synet på at samtalerollen potensielt sett kan bli negativ i lengden. Hun formidler at dersom man som partner alltid påpeker alle ord som blir sagt feil eller mangler, så kan det føre til at samtalen går over til å bli en treningssituasjon. Slik vil partneren kunne bevege seg fra å være en samtalepartner til å bli en slags trener eller behandler: "*Vi har alle preferanse for å rette på ting, så innimellom er det fint at du får si det som er rett selv. At en ikke alltid tilbyr rett ord, og det ikke blir en gjettelek. Og at samtalen da ikke blir en språktreningssituasjon*". Her handler det om partnerens evne til å fokusere på det som faktisk utgjør et *problem* for den felles forståelsen i samtalen, og ikke bare rette ukritisk på alt som blir *feil*. En slik ukritisk retting vil ikke nødvendigvis være en fruktbar kommunikasjonsstrategi i lengden.

Et annet funn knyttet til at denne samtalerollen ikke nødvendigvis vil være utelukkende positiv, er at partneren aldri vil kunne gi et samtalebidrag *nøyaktig* slik den afasirammede selv ville gitt det. Forklaringen er at kommunikasjon består av mer enn det talte budskapet. "Å snakke på vegne av" den afasirammede innebærer å formidle *det verbale budskapet* "på vegne av" han. Men som Eide og Eide (2007) poengterer i sin prosessuelle kommunikasjonsmodell, så foregår utvekslingen av kommunikative signaler på ulike nivåer. Det verbale aspektet av kommunikasjonen vil kun utgjøre *ett* slikt nivå. Det partneren derimot aldri vil kunne formidle *nøyaktig* "på vegne av" den afasirammede, er det non-verbale aspektet av kommunikasjonen. Non-verbal kommunikasjon, som eksempelvis mimikk og kroppsholdning, utgjør svært individuelle og personlige signaler som formidles sammen med det talte ordet (Ringdal, 2003). Dette viser seg blant annet hos partner 2, hvor hun beskriver ektemannens negative reaksjon på hennes formidling av hans budskap. Dette på tross av at det kan argumenteres for at hun "snakket på vegne av" han.

*Vi var i et møte med NAV, hvor vi følte at de ikke hadde prøvd nok. Og det visste jeg at han også mente. Men der var det et eller annet som han ikke likte. Jeg har fortsatt ikke helt fått grep på hva det var. For vi hadde jo snakket om det på forhånd, og vi var jo enige i situasjonen da. (Partner 2)*

Selv om partneren kan oppfatte og forstå det verbale budskapet som den afasirammede ønsker å formidle, så vil det være nærmest umulig å formidle dette *nøyaktig* slik

vedkommende selv ville gjort det. Kommunikasjonsstrategien vil dermed kunne føre til misforståelser, hvor den afasirammede kan sitte igjen og føle at partneren ikke “snakket på vegne av han” likevel. Det kan også være utfordrende for begge parter å forstå akkurat *hva* som ble gjort feil i interaksjonen, da de i utgangspunktet var “enige” om budskapet.

Ut fra det ovennevnte kommer det fram at samtalerollen “å snakke på vegne av” den afasirammede, både kan ha positive og negative sider.

### III. “Støttet samtale”

Ferguson & Harper (2010) beskriver “støttet samtale” som interaksjon der samtalepartneren *støtter* den afasirammede, på en slik måte at han *selv* skal kunne formidle sitt eget samtalebidrag. Det vil si at partneren verken snakker “istedenfor” eller “på vegne av” den afasirammede, men heller hjelper han med å ytre ordene på egen hånd. Det er nettopp en slik *samtalestøtte* intervensjonen SCA viser til (Kagan, 1998). Denne støtten som partneren kan gi med sin samtaleatferd, kan beskrives som en såkalt “kommunikasjonsrampe” (Kagan, 1998). Det kan her trekkes paralleller til hvordan det installeres rullestolramper for å legge til rette for økt deltakelse i samfunnet vårt. På samme måte kan partnere støtte afasirammede i samtaler, for å fremme en større deltakelse i det sosiale fellesskapet (Kagan, 1998).

Partner 3 beskriver blant annet bruken av en slik samtalestøtte: “*Jeg sier: Hva er bokstaven? Kan du skrive førstebokstaven?*” *Da kommer det jo. Ikke bestandig, men ofte. Så det hjelper, føler jeg*”. Her beskriver hun at ved å benytte førstebokstaven i ordet ektefellen mangler som en støtte, kan hun hjelpe han med å selv formidle resten av budskapet. Kagan beskriver hvordan fundamentet i en slik kommunikasjonsstrategi er at det foreligger et “conversational partnership”, som vårt teoretiske rammeverk viser til (Kagan, 1998, s. 817). Det vil si at det kreves et aktivt samarbeid mellom partneren og den afasirammede i flerpartsinteraksjonen, på samme måte som ved samtalerollen “å snakke på vegne av” den afasirammede. Dermed kan det argumenteres for at partneren og den afasirammede også her vil danne et såkalt team innad i flerpartsinteraksjonen, da dette samarbeidet vil være synlig for den/de andre samtaledeltakerne (Lerner, 1993; Kangasharju, 1996). Partneren handler slik eksplisitt for å hjelpe den afasirammede med å selv formidle sitt budskap.

Et slikt partnerskap vil kunne redusere de negative psykososiale konsekvensene afasi kan medføre, ettersom samtalestøtten bidrar til å fremme en større grad av likestilling i samtalen. På denne måten kan den afasirammede få hjelp til å selv synliggjøre sin kompetanse, ved å komme med egne samtalebidrag (Kagan, 1998). Våre funn viser i denne sammenhengen at partnere også er opptatt av at den afasirammede selv *mestrer* å formidle sitt

eget budskap. *“For han vil så gjerne klare å forklare det selv. Så det er liksom bare å minne han på at, vet du; det kan du faktisk! Du kan forklare det selv. Bare på en annen måte...”* (Partner 2). Det påpekes her at den afasirammede ofte vil klare å legge fram budskapet sitt selv, dersom han prøver å *omformulere* det. Å oppfordre den afasirammede til en slik omformulering, blir dermed et eksempel på støttet samtale. *“Jeg tror nok jeg lett kan si: “Det du sier nå, det er litt vanskelig å forstå. Kan du prøve å forklare det på en annen måte?””* (Partner 2). Hun viser her at ved å få den afasirammede til å prøve å formidle budskapet sitt på en annen måte, så vil hun støtte hans kommunikative bidrag gjennom sin egen samtaleatferd.

Vår studie viser videre at partnere også kan støtte den afasirammedes samtale ved å bruke en forenklet formidling. *“Altså jeg prøver å omgjøre det litt enklere og litt tydeligere, så jeg er sikker på at han forstår. Og sånn at han da kan svare tilbake med litt enkle ord”* (Partner 3). Her vil partneren *forenkle* tredjepartens budskap for den afasirammede, slik at han kan benytte den samme “enkle” formuleringen i sin respons. På den måten kan han få fram budskapet sitt selv. Corneliussen et.al identifiserer en slik framgangsmåte som *“å få budskapet inn”* (å forstå budskapet) (Corneliussen et.al., 2006, s. 69). En slik forenklingsstrategi tar utgangspunkt i at det kan være *måten* samtalepartnerne formidler sine ytringer på, som vanskeliggjør at den afasirammede “får budskapet inn” (Corneliussen et.al., 2006). Samtalepartneren kan eksempelvis benytte for vanskelige ord, eller for kompliserte setninger i sin formidling. Dette kan i neste omgang føre til at den afasirammede forsøker å formidle en tilsvarende “avansert” respons, som kan resultere i utfordringer med det Corneliussen et.al videre beskriver som *“å få budskapet ut”* (språkproduksjon) (Corneliussen et.al., 2006, s.70). På denne måten vil partnerens samtaleatferd, som innebærer å forenkle tredjepartens formidling, legge til rette for at den afasirammede også selv vil forenkle sitt budskap. En slik kommunikasjonsstrategi vil dermed utgjøre en form for samtalestøtte.

Et annet eksempel på hvordan partnere viser til at de støtter den afasirammedes samtalebidrag, er situasjoner hvor de benytter “nøkkelord”. *“Jeg venter ikke veldig lenge før jeg går inn med et støtteord, for eksempel. Han skal ikke sitte og bli enda mer frustrert fordi at han ikke kommer på ett spesielt ord”* (Partner 2). Her viser partner 2 at hun støtter den afasirammede ved å komme med ett enkelt ord. Ordet fungerer som en “nøkkel” for å “låse opp” det resterende av budskapet den afasirammede ønsker å formidle. Nøkkelordet kan bidra til at han mestrer å formidle resten av budskapet med egne ord, og vil dermed utgjøre et eksempel på “støttet samtale”. En slik kommunikasjonsstrategi vil imidlertid ikke bare være

positiv, dersom nøkkelordet som gis er *feil*. På denne måten kan det som i utgangspunktet var tenkt som en samtalestøtte, gå over til å bli en gjettekonkurranse. Dette vil da føre til nettopp det Laakso (1999) beskriver som en “hint- og gjetningssekvens”, i forbindelse med samtalerollen “å snakke på vegne av” den afasirammede. Slik vil ikke ordet utgjøre et nøkkelord som “låser opp” resten av den afasirammedes budskap, men vil heller utgjøre en feil gjetning. Dermed vil den afasirammede kunne bli forstyrret i ordletingen. Dette framkommer spesielt hos partner 2, som beskriver at ektefellen viser frustrasjon, når han blir avbrutt i formidlingen av sitt samtalebidrag: *“Så blir det litt mye gjettekonkurranse, og det synes han er litt slitsomt. Så blir det litt sånn: Nei nei, det er ikke det jeg mener. Bare vent litt nå. Vær så snill, gi meg litt tid, så kommer jeg på det”*.

Å gi nok tid i flerpartsinteraksjoner kan imidlertid ofte være utfordrende, da partnere som nevnt under samtalerollen “å snakke istedenfor” den afasirammede, kan ha et ønske om å skåne vedkommende fra å føle ubehag i samtalesituasjonen. *“Ord kan jeg sitte å vente på i en hel evighet her hjemme, men når vi er i sånne situasjoner, hvor han kan være nervøs og engstelig, så gir jeg et støtteord ganske fort”* (Partner 2). Her påpeker partner 2 at hun raskt vil gripe inn i den afasirammedes samtale, og bidra med et potensielt nøkkelord. Dette kan knyttes til hvordan Lind (2005b) poengterer at en samtale også innebærer en forpliktelse. En unormal pause i en samtale, som kan bli resultatet ved å gi den afasirammede nok tid, vil dermed kunne tolkes som et markert fravær av respons. Slik vil det å bistå den afasirammede med et ordforslag, være en naturlig respons fra partneren. Hun vil slik innfri den forpliktelsen som den afasirammedes samtale også medfører. Logoped 1 påpeker dette, og rettferdiggjør en slik samtaleatferd: *“Hvis jeg nå stoppet midt i en setning og dere hadde en idé om hva jeg skulle si, så ville det vært veldig rart hvis ikke dere hjalp meg. Avvikende rett og slett. Så hvorfor skal man da som et ektepar ikke bidra, når man har en idé?”*

Partnerne i vår studie viser til flere erfaringer med å benytte “støttet samtale” i flerpartsinteraksjoner. Logopedene viser imidlertid til begrensede erfaringer med at partnere benytter en slik kommunikasjonsstrategi. Denne typen samtaleatferd nevnes kun helt kort av alle de tre logopedene, hvor logoped 3 blant annet påpeker at hun tror det er få partnere som gjennomfører en slik samtalestøtte: *“De som faktisk hjelper slik, ved å støtte den afasirammede til å snakke selv, de er nok i fåtall...”* I vår studie framkom likevel bruken av “støttet samtale” helt tydelig hos både partner 2 og partner 3. Det indikerer dermed en viss kontrast mellom partnernes og logopedenes erfaringer knytte til partneres gjennomføring av denne samtaleatferden.

#### IV. “Å snakke over hodet på” den afasirammede

Våre funn viser at partnere også kan benytte *andre* typer samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner, enn hva som beskrives i tidligere forskning. Informantene i vår studie formidler blant annet erfaringer med en type samtaleatferd vi ikke har sett identifisert som en samtalerolle i tidligere litteratur vedrørende afasi. Vi har dermed tolket denne atferden som en *ny* samtalerolle. Denne rollen har vi valgt å beskrive som: “å snakke over hodet på” den afasirammede. “Å snakke over hodet på” personen med afasi, kan ses i sammenheng med “å snakke istedenfor” vedkommende. Disse to samtalerollene har visse likhetstrekk. I begge tilfeller vil partneren *ta over* den afasirammedes samtale, slik at han blir en passiv deltaker i flerpartsinteraksjonen. Imidlertid skiller disse kommunikasjonsstrategiene seg også fra hverandre. “Å snakke over hodet på” den afasirammede innebærer ikke bare at partneren tar over samtalen og snakker for han uten at dette er avklart. Samtalerollen innebærer også at partneren *overser* og snakker *om* den afasirammede, som om han ikke var tilstede. Blant annet beskriver Logoped 2 en slik samtaleatferd: “*Jeg ser at noen av partnerne også blir utålmodige, og ikke bare ”snakker for” den afasirammede, men også overser personen. Det er ikke da bare å svare på spørsmål for den afasirammede, men det er “å snakke ned” vedkommende*”.

Samtaleatferden formidles også av partnerne, hvor blant annet partner 3 uttrykker at hun snakket mye *om* sin ektefelle tidlig i sykdomsforløpet: “*Så når jeg prata, prata om han... altså han var tilstede på en måte, men det ble jo da om han.. Det ble mye av det..*”. Hun viser imidlertid til hvordan hun i dag bevisst forsøker å unngå en slik samtaleatferd, selv om det fortsatt kan forekomme. Hun understreker at hun ikke ønsker å snakke om sin ektefelle, når han er tilstede, for å unngå at han skal misforstå eller sitte igjen med en vond følelse: “*Vi vet ikke hva den andre oppfatter, så det å ta telefoner til kommunen og sånn, det gjør jeg ofte når han ikke er hjemme. Fordi jeg er så redd at han skal misforstå, også vil jeg jo ikke at han skal føle seg som den drittsekken*”. Selv om dette eksempelet ikke gjelder flerpartsinteraksjoner direkte, så vil det å snakke *om* den afasirammede i telefonen mens han er til stede, fremdeles utgjøre en samtaleatferd som kan beskrives som “å snakke over hodet på” han.

Denne samtaleatferden kan knyttes til Goffmans beskrivelser av interaksjon mellom mennesker, med utgangspunkt i teatraliske begreper. Blant annet benytter han begrepene *opptredende* og *publikum* for å beskrive de forskjellige rollene ulike samtaledeltakere kan innta i en samtale (Goffman, 1992). En “opptreden” vil være alt en samtaledeltaker *gjør*, når han kommuniserer med andre i interaksjonen. I denne sammenhengen vil “en opptredende” være personen som innehar samtalen i en flerpartsinteraksjon. Videre vil “publikum” være

de resterende samtaledeltakerne, som den opptredende er i interaksjon med (Goffman, 1992). Men hva skjer, når en person som er til stede i interaksjonen verken innehar rollen som opptredende eller publikummer? Det kan forstås som at den afasirammede vil befinne seg i nettopp en slik situasjon, når partneren “snakker over hodet på” han.

Goffman beskriver at en person som befinner seg i en slik situasjon, vil tildeles rollen som en “ikke-person” i samtalen. En ikke-person vil være til stede og tilgjengelig, men behandles som om han ikke er det (Goffman, 1992, s. 128). Det kan dermed hevdes at den afasirammede blir tildelt rollen som “ikke-person”, dersom partneren “snakker over hodet” på han. Den afasirammede blir slik synlig og til stede i situasjonen, men utgjør ikke en aktiv del av samtalen. “Den opptredende”, som her vil være partneren, vil opptre som om den afasirammede ikke er til stede og snakke *om* vedkommende til tredjeparten, eller “publikummeren”.

Å snakke om en person som er til stede i interaksjonen, kan bare forekomme i flerpartsinteraksjoner (Ferguson & Harper, 2010). I slike tilfeller vil samtalen likevel nærmest *omgjøres* fra en flerpartsinteraksjon til en dyadisk samtale, ettersom den afasirammede ikke får bidratt. Dette kan ses i lys av Kangasharjus (1996) beskrivelser av assosiasjoner og team innad i flerpartsinteraksjoner. Ved “å snakke over hodet på” den afasirammede, kan det argumenteres for at partneren danner en assosiasjon med tredjeparten. Dette står i kontrast til det vi tidligere har skissert rundt hvordan partneren og den afasirammede kan danne en assosiasjon. Et team bestående av den afasirammede og partneren skapes, som tidligere nevnt, når partneren eksplisitt opptrer som den afasirammedes hjelper i samtalen. I denne sammenhengen vil imidlertid partneren og *tredjeparten* utgjøre det Kangasharju (1996) beskriver som et “interaksjonelt team”. Assosiasjonen vil ikke være basert på en pre-etablert relasjon, men vil oppstå spontant i interaksjonen, når partneren “snakker over hodet” på den afasirammede til tredjeparten. Her vil den afasirammede bli den som står på utsiden av assosiasjonen, og en kan dermed hevde at han tildeles den rollen Goffman beskriver som “ikke-person” (Goffman, 1992).

Våre funn viser videre at partnere kan benytte en form for “latterliggjøring” av den afasirammede. En slik kommunikasjonsstrategi har vi tolket inn under samtalerollen “å snakke over hodet på” den afasirammede. Å “fleipe” med tredjeparten om den afasirammede, eller om hans budskap, når han er tilstede, kan utgjøre en form for “å snakke over hodet på” personen. Partner 1 viser blant annet til hvordan hun kan benytte en slik kommunikasjonsstrategi, i visse situasjoner: *”Da legger jeg det nok kanskje fram litt sånn...*

*Fleiper litt med det kanskje. Og det er jo kanskje ikke så hyggelig for han, men det er liksom kanskje for å roe det litt ned da. For han kan hisse seg veldig opp... ”.* Det framkommer her at partner 1 benytter en slik kommunikasjonsstrategi i situasjoner hvor hennes ektefelle hisser seg opp i samtalen. Det kan dermed tolkes slik at samtaleatferden kan benyttes med et formål om å *unnskylde* den afasirammede overfor tredjeparten. Logoped 1 beskriver også lignende erfaringer:

*Det med at det kan bli en arena for de pårørende å liksom unnskylde den rammede og seg selv. Det er noen tilfeller hvor ektefeller så tydelig latterliggjør sin ektefelle i samtalen. Litt for at man selv får vondt... og jeg tror det handler om å ikke tape ansikt egentlig. En sånn setting hvor man ler litt og påpeker ting som den rammede gjør feil, til de andre...*

Her påpekes det hvordan en slik kommunikasjonsstrategi, hvor partneren kan fleipe med tredjeparten om den afasirammede og det han gjør feil, potensielt kan utgjøre en slags forsvarsmekanisme for partneren. Dermed kan partneren “snakke over hodet på” den afasirammede, med en intensjon om å unnskylde både seg selv og personen med afasi.

Et annet eksempel der partnere kan vise en samtaleatferd som kan tolkes inn under samtalerollen “å snakke over hodet på” den afasirammede, viser seg ut fra logopedenes erfaringer. Logoped 2 påpeker at partnere blant annet kan ta over i behandlingstiden til den afasirammede, for å snakke *om* den rammede og hvor vanskelig ting er: *“Hun er kjempefrustrert, og brukte en hel time på å lesse ut hvor frustrerende det var å ha med han og han sa ikke et ord, det var vanskelig, ingen hørte han..”* I slike situasjoner vil partneren “snakke over hodet” på den afasirammede, ved å snakke til logopeden om han og fortvilelsen over situasjonen de befinner seg i.

Behovet for å snakke om de vanskelige tingene i hverdagen, samt utfordringene rundt å være partner til en person med afasi, er imidlertid ikke vanskelig å forstå. Afasi rammer som lyn fra klar himmel, ikke bare for den afasirammede, men også for partneren. Slik foreligger det ingen mulighet for å forberede seg på, samt akseptere den hverdagen man går inn i (Cullberg, 1994). I likhet med den afasirammede vil dermed også partneren befinne seg i ulike faser av et kriseforløp, avhengig av hvor den afasirammede befinner seg i sykdomsforløpet (Cullberg, 1994). De store omstillingene og utfordringene som hverdagen fører med seg, kan dermed følgelig føre til et økt behov hos partneren for å prate med noen. Dette beskriver også Logoped 2: *“Det er jo noen som er veldig opptatt av å snakke om “hvor ille dette er for meg”. Man får jo dekket et behov, ved å liksom få lesset ut frustrasjonen”.*



Det kan argumenteres for at “å snakke over hodet på” den afasirammede, vil kunne skjule personens kompetanse ytterligere (Kagan, 1998). Som vi beskriver i oppgavens teoretiske rammeverk, blir en persons identitet og kompetanse som regel synliggjort gjennom samtale med andre mennesker (Kagan, 1998). “Å snakke over hodet på” den afasirammede vil dermed, i likhet med samtalerollen “å snakke istedenfor” den afasirammede, frata personen muligheten til å synliggjøre denne kompetansen for de andre samtaledeltakerne. Dermed vil den afasirammede kunne bli utelatt fra det sosiale fellesskapet som samtale med andre utgjør. Videre kan det også argumenteres for at den afasirammede heller ikke blir respektert som et tilstedeværende og selvstendig individ, når partneren åpenlyst snakker *om* han, som om han ikke var tilstede. En slik kommunikasjonsstrategi vil dermed kunne frata den afasirammede følelsen av likeverdighet både som samtaledeltaker, og som menneske. Dette formidles også av Goffman (1992), i hans beskrivelse av hvordan vedkommende ikke blir anerkjent som et likeverdig individ, ved tildelingen av rollen som “ikke-person” i flerpartsinteraksjonen. Dermed kan det fra et etisk perspektiv hevdes at en slik kommunikasjonsstrategi vil resultere i en viss umyndiggjøring av den afasirammede.

Selv om det kan argumenteres for at denne samtalerollen vil kunne medføre negative konsekvenser for den afasirammede, viser vår forskning at intensjonen til partnerne ikke er å umyndiggjøre den afasirammede. De potensielle negative aspektene som en slik samtaleatferd vil kunne medføre, viser likevel at en slik kommunikasjonsstrategi ikke vil være hensiktsmessig, uansett hvilken intensjonen som ligger bak.

## V. “Meklerrolle”

Vår studie har så langt vist at partnere kan innta ulike samtaleroller i flerpartsinteraksjoner, hvor deres formål er å bistå den afasirammede med sine samtalebidrag. Både rollene “å snakke på vegne av” den afasirammede og “støttet samtale”, innebærer samtaleatferd hvor den afasirammede er i fokus. Vi har imidlertid gjort funn som viser at partneren, i tillegg til å bistå den afasirammede, også kan ha et uttalt fokus på å bidra for *tredjeparten* i samtalen. En slik samtaleatferd, som begrunnes med et likestilt fokus på tredjeparten og den afasirammede, har vi heller ikke sett identifisert eller beskrevet i tidligere forskning. Dette har dermed dannet grunnlaget for at vi har identifisert en ny samtalerolle, som vi har valgt å betegne som en “meklerrolle”.

Samtaleatferden partneren viser, kan beskrives med at hun opptrer som en *mekler* i interaksjonen. En mekler kan defineres som en person som fungerer som en “mellommann”, mellom flere parter eller flere personer, for å fremme felles mening og forståelse (Språkrådet,

2014). I denne sammenhengen vil partneren utgjøre en mekler, for å fremme flyt og skape en felles forståelse i interaksjonen mellom den afasirammede og tredjeparten. I slike situasjoner vil partneren fremdeles benytte kommunikasjonsstrategier for å bistå den afasirammede i samtalen, men hun vil samtidig tilpasse *hvordan* denne hjelpen gis, *av hensyn* til tredjeparten. Denne tilpasningen innebærer at partneren forsøker å ivareta det som oppfattes som tredjepartens behov, på lik linje med den afasirammedes behov for hjelp. De nøyaktige kommunikasjonsstrategiene som utføres i disse situasjonene kan variere fra person til person, samt fra situasjon til situasjon. Slik vil ikke denne samtalerollen utgjøre én spesifikk kommunikasjonsstrategi. Det som imidlertid vil være felles for samtaleatferden vi har tolket inn under denne rollen, er grunntanken om at den utføres både for å hjelpe den afasirammede, og av hensyn til den utfordrende kommunikasjonsituasjonen som tredjeparten befinner seg i. En slik type samtaleatferd beskrives konkret av partner 2, hvor hun formidler at hun føler et ansvar for å forhindre at tredjeparten skal føle et ubehag i samtalsituasjonen:

*Du ser jo litt på samtalepartneren, om de blir stående som et stort spørsmålstegn. Mange kvier seg for å spørre; "hva er det du mener for noe?". Så jeg prøver vel å ta på meg den da... At: "Nå skjønner jeg faktisk ikke hva du mener. Kan du forklare det på en annen måte for meg?" For å lette på de andre som står der...*

Partner 2 beskriver her at hun påtar seg ansvaret for å forsøke å oppklare misforståelser som kan oppstå i interaksjonen. Samtalen har nådd et punkt hvor partneren vurderer tredjepartens reaksjon, og fastslår at det foreligger et behov for en reparasjonssekvens (Lind, 2005b). I stedet for å la tredjeparten innlede til reparasjon, ved at personen selv må gjøre den afasirammede oppmerksom på at noe er uklart, så tar partneren over og innleder til reparasjonen selv. Dermed blir tredjeparten i stor grad "fritatt" fra den felles utfordringen, eller det "vi-problemet", som afasi kan utgjøre (Skjelstad, 1987, s. 12). Kommunikasjonsvanskene vil her utspille seg som et "problem" den afasirammede og partneren løser på egen hånd, som et team innad i flerpartsinteraksjonen (Kangasharju, 1996). Partneren påtar seg dermed ansvaret for å opprettholde felles forståelse, for å *skåne* tredjeparten fra ubehag. Ettersom samtaleatferden samtidig tilfører en samtalestøtte og hjelper den afasirammede med å prøve å formulere seg på nytt, kan det argumenteres for at partneren dermed inntar det vi har definert som en "meklerrolle" i samtalen.

Av vår studie kommer det videre fram at partnere også kan justere sin samtaleatferd for å *effektivisere* samtalen for tredjeparten. Dette gjøres både av hensyn til hva partneren oppfatter at tredjeparten har tid til, samt hva de tenker at personen ønsker å ta del i. Partner 3

påpeker dette, og vektlegger at flerpartsinteraksjoner ikke skal utgjøre en *treningssituasjon* for den afasirammede. Samtaleatferden til partneren blir dermed effektivitetspreget, med en målsetning om at samtalebidragene og responsen fra den afasirammede skal komme så lett og hurtig som mulig. *“Jeg vet at han har lettere for å svare hvis han ser på meg, så jeg tenker at det er litt viktig når vi er sammen med andre. Det er ikke da vi trenger å trene, for det har ikke folk tid til å høre på, eller vil vite av...”* (Partner 3).

Det viser seg her at en hensikt kan være å forhindre at flerpartsinteraksjoner fungerer som en arena hvor den afasirammede skal trene på sin kommunikasjon. Dette ville nødvendigvis krevd mer tid og rom i samtalen, til å prøve og feile. Partner 3 påpeker her at hun legger samtalsituasjonen til rette for at kommunikasjonen til den afasirammede skal flyte bedre, ut fra et hensyn til hva tredjeparten har tid til, eller ønske om å lytte til. Ved en slik effektivisering av samtalen, for å gjøre kommunikasjonsvanskene mindre fremtredende for tredjeparten, vil også resultatet bli at partneren påtar seg ansvaret for den felles utfordringen som afasi kan utgjøre (Skjelstad, 1987).

Ved å innta samtalerollen som “mekler” vil altså partneren benytte ulike kommunikasjonsstrategier for at den afasirammede skal oppleve minst mulig vansker, samt for å skåne tredjeparten fra å måtte ta stilling til kommunikasjonsvanskene. Det kan dermed argumenteres for at partnerens fokus blir delt mellom å være den afasirammedes kommunikative hjelper, samt å redusere afasiens potensielle belastning for tredjeparten. På denne måten vil også kjernen i kommunikasjonsprosessen endres, som i utgangspunktet forutsetter en aktiv samhandling mellom *alle* samtaledeltakerne (Linell, 2009). En “meklerrolle” vil på denne måten kunne medføre at tredjeparten ikke lenger utgjør en like stor del av samarbeidet i samtalen, ettersom partneren påtar seg det fullstendige ansvaret for å opprettholde felles forståelse.

Av vår forskning kommer det videre fram at parenes sosiale nettverk har blitt redusert, etter at afasien ble en del av deres hverdag. *“Venner og sånn, ja, de stilte kanskje litt opp på første, men de trekker seg etterhvert unna”* (Partner nr. 1). Dette kan tolkes som en potensiell medvirkende faktor til at partnere praktiserer rollen som mekler i flerpartsinteraksjoner. Ønsket om å gjøre samtalsituasjonen enklere og mer behagelig for tredjeparten, kan muligens være et resultat av deres erfaringer med at afasien har ført til at venner faller i fra. Logoped 1 formidler også lignende erfaringer: *“Det er også en grunn til at veldig mange mister venner, at folk synes det er så vanskelig å forholde seg til ... Selve samtalen. “Hvis jeg sier noe nå, skjønner du da hva jeg sier? Og hvis du ikke gjør det, hva*

*skal jeg gjøre da? ” ”*. Her påpeker hun at frafallet av venner kan skyldes at de ikke lenger vet hvordan de skal kommunisere med den afasirammede. Kommunikasjon er et relasjonelt fenomen og dermed avgjørende for å bevare mellommenneskelige relasjoner (Kagan, 1998). Det er dermed ikke vanskelig å forstå at den nye kommunikative tilværelsen vil være utfordrende for venner som kan være usikre på hvordan de skal gjennomføre kommunikasjonen med den afasirammede. På denne måten kan det bli vanskelig å bevare relasjonen (Eide & Eide, 2007). At partnere inntar en “meklerrolle” i sosiale settinger kan dermed muligens være et uttrykk for et ønske om å bevare de sosiale relasjonene som paret fremdeles har. Et slikt ønske om å bevare relasjoner, samt å ta del i sosiale fellesskap, beskriver også Kagan (1998) som grunnleggende behov for alle mennesker.

#### ***4.1.3 Samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner er dynamisk***

Vår forskning viser at partneres kommunikasjonsstrategier i flerpartsinteraksjoner kan variere i stor grad. Ikke bare er det store individuelle forskjeller mellom ulike personer, men en og samme person kan også vise svært variert samtaleatferd i ulike situasjoner. Det ser ut til at flere faktorer kan påvirke hvilken kommunikasjonsstrategi partnere velger å benytte flerpartsinteraksjoner, og dermed være avgjørende for hvilken samtalerolle vedkommende opptrer i. I det følgende vil vi vise til tre påvirkende faktorer som har utmerket seg spesielt i vårt datamateriale: 1) *afasiens omfang*, 2) *tredjeparten* og 3) *tid til rådighet i samtalen*.

Lind (2005a) beskriver hvordan mange ulike faktorer er med på å forme en samtale som finner sted. Én av disse faktorene er samtaledeltakernes kommunikative styrker og svakheter. Denne faktoren er spesielt gjeldende i samtaler der en av partene har ervervet afasi, fordi kommunikasjonsvanskene vil prege interaksjonen (Lind, 2005a). Våre funn støtter opp under dette, og viser at graden av kommunikasjonsvansker hos den afasirammede vil kunne påvirke hvordan partnere bidrar i flerpartsinteraksjoner. Slik vil *afasiens omfang* kunne påvirke hvilken samtaleroller partnere inntar. Logoped 1 påpeker blant annet at afasiens omfang vil være avgjørende for hvor mye hjelp og tilrettelegging en person med afasi har behov for i flerpartsinteraksjoner: *“Det er helt avhengig av graden av afasi, hvor mye hjelp det er behov for, og hvor mange alternative måter man har tilgjengelig...”*. En omfattende grad av afasi, hvor verbal kommunikasjon er nærmest fraværende, vil naturlig føre til en svært begrenset mulighet for deltakelse i samtaler. Partner 3 viser blant annet til at hennes ektefelle hadde en veldig omfattende grad av afasi i akutt- og subakutt fase. I et slikt tilfelle kan en anse samtaleatferd hvor partneren står for det meste av formidlingen, som den eneste muligheten den afasirammede har for å være indirekte deltakende i flerpartsinteraksjoner.

*“Ja, da var det jo jeg som hadde hele samtalen. Da prata jeg på en måte det jeg trodde han ville si, ikke sant.. For han snakket jo ikke. Ingenting. Han satt jo bare der”* (Partner 3). Her vil den store graden av vansker medføre at partneren nærmest blir nødt til å forsøke “å snakke på vegne av” ektefellen. Et slikt omfang av afasi kan imidlertid også resultere i samtalerollen “å snakke istedenfor” den afasirammede, ettersom de store kommunikasjonsvanskene gjør det vanskelig å vite om budskapet som formidles er den afasirammedes eller partnerens eget.

Av våre funn kommer det videre fram hvordan *tredjeparten* kan påvirke partneres samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner. Både *relasjonen* partneren og den afasirammede har med tredjeparten, samt tredjepartens egen samtaleatferd ser ut til å kunne påvirke hvilken kommunikasjonsstrategi partneren benytter. Dersom det foreligger en nær relasjon mellom partene, vil det kunne resultere i økt deltakelse i samtalen av den afasirammede. Dette viser seg fra både logopedenes og partnernes perspektiv. *“For å delta da, så skal det ofte være en tredjeperson som står dem veldig nær”* (Logoped 3). Partner 1 påpeker også dette, og beskriver videre at den afasirammedes relasjon til tredjeparten vil være avgjørende for innsatsen han legger ned i samtalen: *“Hvis det er mennesker han setter pris på og liker, så prøver han mer. Er det mennesker han ikke er så engasjert i, så ser han kanskje ikke noe vits i å prøve”*. Det at den afasirammede selv deltar mer aktivt, vil naturlig føre til at partneren ikke *behøver* å “ta over” samtaleturen, for å inkludere han på samme måte som hvis det foreligger omfattende kommunikasjonsvansker. I slike situasjoner, hvor det foreligger en nær relasjon til tredjeparten, viser det seg at den afasirammede dermed tar et større ansvar for å vise sin personlighet og sin kompetanse selv. Dette kan muligens ha sammenheng med at en nær relasjon til tredjeparten automatisk kan medføre et bedre psykologisk samtalemiljø. Det kan tenkes at slike samtaler i utgangspunktet vil kunne innebære en større grad av trygghet, tillit og respekt, enn samtaler med mindre nære personer (Corneliussen et.al., 2015)

Våre funn viser også at tredjepartens samtaleatferd kan være avgjørende for hvordan partneren opptrer i interaksjonen. Dette beskrives blant annet av Partner 2: *“Vi har en bekjent som presterer å sitte og rette opp i det han sier, fordi han har feil bøyning på et verb eller brukte feil ord... Da må jeg være litt på hugget, for jeg ønsker ikke at han skal bli utsatt for et tredjegrads forhør”*. Våre funn knyttet til hvilke samtaleroller partnere kan innta, viser som tidligere nevnt at et ønske om å beskytte den afasirammede kan resultere i at partneren inntar samtalerollen “å snakke istedenfor” vedkommende. Her viser partner 2, hvordan hennes ønske om å beskytte ektefellen fra en følelse av ubehag, kan være knyttet til tredjepartens

samtaleatferd. Partner 2 påpeker videre hvordan hennes samtaleatferd her, skiller seg fra situasjoner hvor tredjeparten utfører det hun regner som en mer positiv samtaleatferd:

*Det er jo vidt forskjellig. Med mamma og pappa, som er innstilt på at han skal få si det han mener, det skal ikke legges ord i munnen på han. Da deltar jeg i samtalen som en hvilken som helst annen. Og slipper å sitte og tenke på: "Burde jeg gjøre sånn eller sånn...". Det blir mer naturlig, og jeg ser at han også slapper mye mer av. Ergo så går praten lettere.*

Hun beskriver her at hun kan trekke seg mer tilbake, når tredjeparten bidrar på det hun selv anser for å være en god måte. At tredjeparten utgjør en "god samtalepartner" vil dermed kunne ha samme innvirkning på partnerens samtaleatferd som når det foreligger en nær relasjon til tredjeparten. Disse funnene er i tråd med hvordan Lind (2005a) beskriver at samtaledeltakerne i interaksjonen og deres relasjoner er en avgjørende faktor for å forme en samtale.

Videre viser våre funn til hvordan *tiden* samtaledeltakerne har til rådighet i flerpartsinteraksjonen, kan være avgjørende for partneres samtaleatferd. En person med ervervet afasi vil ofte kreve ekstra tid for å selv klare å formidle sitt budskap (Corneliussen et.al., 2006). Det er likevel slik at både *konteksten* rundt og *formålet* med samtalen, kan medføre at deltakerne ikke har god nok tid til at den afasirammede får gitt sitt samtalebidrag på egen hånd. "Jeg kjenner jo også på den frustrasjonen, ikke sant, at man ikke har nok tid. Nå står det ti andre som venter på meg, og jeg prøver å få "catch'a opp" hva det er han vil si..." (Partner 2). Dermed vil det vi har valgt å identifisere som et "effektivitetsformål" i samtalen, kunne være avgjørende for partneres samtaleatferd. Dette innebærer at partnerens kommunikasjonsstrategi vil kunne velges på bakgrunn av at den framstår som den mest effektive å benytte i situasjonen. Dette kan blant annet vise seg, når partneren tar hensyn til tredjepartens tålmodighet i uformelle sosiale settinger, slik det kommer fram under "meklerrolle". I slike tilfeller vil partneren tilpasse sin kommunikasjonsstrategi, slik at den afasirammede ikke skal bruke for lang tid.

Logoped 1 beskriver også en annen kontekst, hvor partnere kan bli preget av et formål om å være effektiv i samtalen: "Det kan være at det er en lege, eller en annen medisinsk situasjon, og da blir det kanskje preget av en effektivitets-greie: "Nå har vi ett kvarter til å få til det her". Så da glemmer man kanskje alt og bare kjører på...". Her påpekes det at formelle avtaler, blant annet medisinske møter, som regel vil ha en tilmålt tid til rådighet. Slik vil disse flerpartsinteraksjonene skille seg fra uformelle sosiale møter med venner og bekjente, ved at de kan være mer "effektivitets-orienterte" i utgangspunktet. Våre funn viser altså at en slik kontekst også vil kunne påvirke partnerens kommunikasjonsstrategi til å effektivisere

samtalen. Et resultat av denne effektiviseringen kan være at det viktigste i samtalsituasjonen blir å få formidlet budskapet, og ikke *hvordan* det gjøres eller *hvem* som formidler det. Partner 3 beskriver også tidsaspektet i samtalen som en avgjørende faktor for hennes samtaleatferd: *“Nei, hele tiden så er det tilbake til hvor god tid vi har. Hos tannlegen tar jeg ofte litt over.. Og det hender jeg gjør det hos legen. Når jeg vet at vi på en måte har så og så lang tid, hender det at jeg bare svarer”*. Det påpekes her at det i slike situasjoner ikke er tidsmessig tilrettelagt for at den afasirammede selv skal få kommunisert det han ønsker. Dermed kan det tolkes som om partneren føler at hun blir nødt til å bidra i større grad, for at budskapet skal kunne formidles på den tilmålte tiden. Disse funnene bekrefter også det Lind (2005a) påpeker, om at både *konteksten* samtalen forekommer i, samt *formålet* med samtalen, vil være avgjørende for hvordan den utformes.

På den andre siden framkommer det at partnere kan ønske å *unngå* å ta over den afasirammedes samtaleturn, også når de har en tilmålt tid til rådighet. Partner 3 påpeker i denne sammenhengen viktigheten av at det faktisk er ektefellens legetime, og ikke hennes. Dermed kan det tolkes som om hun verken kan, eller ønsker, å ta over samtalen.

*Jeg prøver at det er han som på en måte må gi uttrykk for seg. Altså jeg kan godt komme etterhvert, men jeg vil at han skal ta begynnelsen. “Jeg er ikke kroppen din, så dette må du komme med”. Så vi går bestandig igjennom, og øver litt på det kvelden i forveien, hva han tenker. (Partner 3)*

Her kommer det fram at partner 3 gjerne øver sammen med den afasirammede i forkant, på det som skal formidles hos legen. På denne måten kan slike effektivitets-orienterte samtalsituasjoner føre til at hun inntar samtalerollen “støttet samtale” i *forkant* av selve samtalsituasjonen. Ved å la den afasirammede øve på sitt samtalebidrag på forhånd, får han dermed forberedt seg på å *selv* formidle *sitt* budskap. Samtidig får partneren forsikret seg om hva han ønsker å formidle til legen. Dersom den afasirammede da skulle oppleve kommunikasjonsvansker i situasjonen, så kan partneren bistå med å formidle det han selv ønsker å si. Partneren vil da innta samtalerollen “å snakke på vegne av” den afasirammede, og vil dermed unngå å “snakke istedenfor” han. Hun vil også unngå samtalerollen “å snakke over hodet på” den afasirammede. Denne samtalerollen kunne imidlertid blitt et resultat, dersom partneren snakket med legen *om* den afasirammede, og hans årsak til å være der, som om han ikke var til stede.

Våre funn har vist at både partnere og logopedier formidler mange og nyanserte erfaringer med partneres samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner. Hvilke samtaleroller partnerne

opptrer i, vil videre variere på bakgrunn av ulike faktorer. Det viser seg med andre ord at samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner, er et svært komplekst og dynamisk fenomen.

#### ***4.2 Logopedveiledning i forhold til samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner***

I det følgende vil vi presentere og analysere resultatene knyttet til studiens to siste forskningsspørsmål. Disse forskningsspørsmålene omhandler informantenes spesifikke erfaringer med logopedveiledning av partnere, i forhold til samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner. Vi vil først presentere resultatene knyttet til informantenes behov for veiledning rundt denne tematikken. Deretter vil vi vise til informantenes erfaringer, når det gjelder gjennomføring av en slik veiledning i praksis, samt eventuelle utfordringer som kan påvirke denne gjennomføringen. Avslutningsvis vil vi skissere hvordan en eventuell veiledning av partnere i forhold til egen samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner, potensielt kan utøves.

##### ***4.2.1 Opplevde behov for veiledning på samtaleatferd***

Som tidligere nevnt viser både faglitteraturen og vår forskning, at den afasirammedes kommunikasjonsvansker også kan ha en stor innvirkning på nære pårørende (Kagan, 1998; Corneliussen et.al., 2006). Som det beskrives i vårt teoretiske rammeverk, viser WHO blant annet til hvordan utfordringene pårørende kan oppleve i forbindelse med et familiemedlems sykdom, potensielt kan føre til en såkalt “third-party disability” (World Health Organization, 2001, s. 251). Dermed kan det argumenteres for at den afasirammedes kommunikasjonsvansker, også vil kunne utgjøre en funksjonshemming for pårørende. Dette kan hevdes å gjelde spesielt for personens eventuelle partner, ettersom vedkommende ofte vil innta rollen som den afasirammedes hjelper i samtaler med andre mennesker (Ferguson & Harper, 2010). En slik forståelse kommer også fram av vår studie, hvor blant annet partner 3 formidler en opplevd ansvarsfølelse, i forbindelse med den afasirammedes kommunikasjon i flerpartsinteraksjoner: *“Også har du ansvaret for han hele tiden. Du må liksom holde øye med han i samtaler, eller så er han helt ute”*.

Partneres opplevde ansvar for å bistå den afasirammede med sin kommunikasjon, kan muligens resultere i et behov for veiledning fra logoped. I denne sammenhengen viser Eide og Eide (2007) til hvordan det å være samtalepartner til en person med afasi, blant annet krever at en behersker nyanserte former for kommunikasjonsstrategier. Som logoped vil en i denne sammenhengen inneha mye kunnskap og kompetanse knyttet til hvordan en som samtaledeltaker kan bidra på en positiv måte (Corneliussen et.al., 2006). I vår studie formidler



partnere nettopp et slikt behov for veiledning rundt denne tematikken. *“Jeg skulle gjerne hatt en som fortalte litt mer hva du kan bruke... Hvordan jeg skulle kunne kommunisere bedre, rett og slett”* (Partner 3). Her formidles det et behov for å få veiledning fra en med faglig kompetanse når det gjelder hvordan en som partner på best mulig måte kan bidra kommunikativt. Et slikt behov formidles også av partner 2: *“Jeg har aldri fått veiledning på samtale. Jeg tror jeg kunne hatt god nytte av noen å kaste litt ball med. For det er sikkert mange ting man kunne funnet en annen løsning på”*. Det kan tenkes at behovet for denne typen veiledning, kan være knyttet til en usikkerhet rundt hvordan en kan kommunisere på en gunstig måte. Samtaler er en dynamisk prosess, hvor konstruksjon av mening og forståelse blir et resultat av deltakernes kontinuerlige utvekslinger (Kristoffersen, 2005). Partnerne viser dermed et behov for veiledning knyttet til hvordan de kan tilpasse sine egne ytringer, for å lettere skape felles forståelse i samtalen.

Informasjon om hvordan en som samtalepartner kan tilpasse sine bidrag på en hensiktsmessig måte, formidles også som et behov fra logopedenes perspektiv. Logoped 3 beskriver blant annet hvordan hun erfarer at mange partnere formidler et behov for veiledning knyttet til egen kommunikasjon i flerpartsinteraksjoner: *“Det er jo mange som spør om: “Hvor mye skal jeg hjelpe? Hvordan skal jeg løse det når han står fast? Skal jeg ta over å si det han vil si? Eller skal vi bli stående der og vente?”*. Dette tyder på at partnere kan være usikre på hvordan de skal bistå den afasirammede, når vedkommende opplever kommunikasjonsvansker. Logoped 1 formidler også dette, og påpeker at partnere kan ha et generelt behov for å få hjelp med å legge til rette for god kommunikasjon, og dermed et godt samtalemiljø for den afasirammede:

*Jeg tror de pårørende har veldig behov for å skjønne strategier for hvordan å legge til rette for god kommunikasjon. Jeg tror at hvis man kommer inn på tematikken, at det blir en aha-opplevelse for mange. Fordi at det her med samtale er en selvfølgelighet. Det bare er der og vi tenker ikke over det før det bryter sammen.*

Behovet forklares med at de fleste partnere ikke vil ha tenkt over hvordan de bruker språket og gjennomfører samtaler, før det oppstår et problem. At en som partner da ikke automatisk behersker det Eide og Eide (2007) beskriver som nødvendige nyanserte kommunikasjonsstrategier, blir dermed forståelig. Logoped 3 beskriver videre hvordan hun også selv har erfart at mange partnere har behov for veiledning rundt dette:

*Halvparten, av de som er her, kunne nok kanskje trengt litt veiledning på samtaler. Jeg tenker det kanskje er en sånn bit, hvor man trenger litt trening selv også. Selv om man ikke er afasirammet, hvis man er partner, så trenger man litt trening, og veiledning.*

Av dette kommer det også fram at kunnskap om gunstige kommunikasjonsstrategier, og forutsetninger for å skape et godt samtalemiljø, ikke er noe man som partner innehar automatisk. For å få til dette på en god måte kreves det trening og erfaring, som logopedveiledning potensielt kan bidra med.

#### **4.2.2 Hvordan gjennomføres eventuelt veiledning på samtaleatferd?**

Det som ser ut til å være et noe begrenset fokus på veiledning knyttet til flerpartsinteraksjoner i litteraturen, ser ut til å gjenspeile seg i vår forskning. Både partnernes og logopedenes erfaringer med veiledning rundt denne tematikken, framstår som begrenset. I vår studie viser ingen av de tre logopedene til at de utøver veiledning på samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner. Imidlertid viser de til noen erfaringer med å utøve veiledning på *generell* samtaleatferd, som ikke er knyttet direkte til flerpartsinteraksjoner.

*Vi snakker om samtalemiljø, om hva som fremmer en god samtale. Det her med reparasjon og å fokusere på det som faktisk er et problem i samtalen, og ikke bare alt som blir feil. Mye rundt det med samarbeid, det å bruke god tid, type spørsmål og måter å svare på. At de liksom skal få noen knagger på det. (Logoped 1)*

Her kommer det fram at hva som utgjør god samtaleatferd kan tematiseres i veiledning, for å fremme gunstige kommunikasjonsstrategier fra partnerens side. Logoped 2 beskriver også at en slik tematisering av hva som kan fremme en god samtale, blir gitt den første timen hvor partneren er tilstede: *“De første timene, så er det jo en del sånne punkter som du går gjennom. Det å lytte, turtaking, å gi den afasirammede tid til å svare, hjelpe med prompting, ikke snakke “for” personen, altså sånne ting vet vi jo...”*. Punktene logoped 1 og 2 her skisserer, er nettopp det Corneliussen et.al. (2015) viser til som gode råd for hvordan en som samtalepartner kan fremme et psykologisk godt samtalemiljø for den afasirammede. Dette er eksempler på grunnleggende psykologiske forutsetninger for å skape trygghet, tillit og respekt i samtalesituasjonen (Corneliussen et.al., 2015). Imidlertid påpeker logoped 2 videre at en slik veiledning ikke blir gitt kontinuerlig etter den første timen: *“Det er ikke noe jeg gjentar. Det hender jo at de ber meg om det, og da kan de alltid få det. Men det er ikke sånn at jeg regelmessig går gjennom disse punktene igjen”*. Det viser seg dermed at hun kun gir denne typen veiledning etter forespørsel fra partneren selv.

I likhet med logopedene viser ikke partnerne i vår studie til noen erfaringer med å ha blitt veiledet på egen samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner. *“Jeg er med på veldig mye, kursing og sånne ting. Men akkurat den veiledningsbiten, hvor jeg får veiledning, den... Jeg*

har aldri fått veiledning på samtale” (Partner 2). Det viser seg her at partner 2 ikke har noen erfaringer med å motta veiledning på sin samtaleatferd, verken direkte knyttet til flerpartsinteraksjoner eller knyttet til dyadiske interaksjoner. Dette er også i tråd med det partner 1 beskriver: “Nei, ikke noen sånne konkrete eller direkte tips. Jeg har jo ikke snakket så mye med logoped egentlig”. I vår studie er det kun partner 3 som formidler en viss erfaring med å motta veiledning på generell samtaleatferd:

*I begynnelsen var jeg mye mer og så hvordan de gjorde det. Og så fikk jeg en tilbakemelding på hva vi burde gjøre, og hvordan jeg kunne kommunisere. Hva som kunne gjøre det lettere for meg og hva som kunne gjøre det lettere for han. Jeg vet ikke om de satt av timer til det, men hvis jeg kom så kunne jeg få det. Ofte så var det mitt initiativ.*

Her beskriver partner 3 at hun i begynnelsen av sykdomsforløpet opplevde å få konkret veiledning på sin kommunikasjon. Det påpekes imidlertid at dette ofte skjedde på hennes eget initiativ, dersom hun valgte å bli med ektefellen til logoped. Dette er også i tråd med hva logoped 2 beskriver rundt sine egne rutiner knyttet til slik veiledning, hvor den kun blir gitt etter forespørsel fra partneren selv.

En mulig årsak til at veiledning i forhold til partneres samtaleatferd gjennomføres i så liten grad, kan skyldes at logopedene erfarer visse utfordringer knyttet til veiledning rundt denne tematikken. Våre funn viser at logopedene formidler særlig to spesifikke utfordringer med en slik type veiledning. Logoped 3 beskriver blant annet hvordan en slik veiledning potensielt kan bli for *omfattende*, ettersom hjelpen partnere vil ha behov for vil endre seg kontinuerlig:

*Partnerens samtalebidrag vil være veldig dynamisk, i forhold til hvordan utviklingen, bedringen og rehabiliteringen er. Det er ikke statisk, så jeg tenker at da må man ha mulighet til fortløpende veiledning. Det holder liksom ikke å lage en pakke til de tre første månedene, så har man veiledet vedkommende ferdig.*

Her kommer det fram at partnerens samtaleatferd vil endres ut fra den afasirammedes behov. Hvilke råd som vil være gunstige å gi, vil dermed også endres med tiden. Afasien vil vanligvis ha et større omfang i begynnelsen av sykdomsforløpet, da en befinner seg i en akutt fase av tilstanden (Worall et.al., 2013). Dette kan medføre at partnere vil benytte helt andre kommunikasjonsstrategier på et tidlig stadium, sammenlignet med et senere tidspunkt. Graden av afasi på ett gitt tidspunkt i sykdomsforløpet, vil dermed kunne kreve én form for veiledning, mens den på et senere tidspunkt kanskje vil kreve en annen type hjelp. Dette er i tråd med hvordan afasiens omfang er en faktor som kan påvirke partneres samtaleatferd. Eksempelvis skisserte vi under samtalerollen “å snakke istedenfor” den afasirammede, at partner 3 ofte utførte en slik samtaleatferd i en akutt- og subakutt fase. Begrunnelsen for dette

var at ektefellen hennes omtrent ikke hadde verbalt språk i denne perioden. Det kommer videre fram at hun med tiden har endret sin samtaleatferd ut fra hvordan ektefellen har opplevd bedring, blant annet ved å snakke mer på vegne av han og ved mer bruk av støttet samtale.

Poenget til logoped 3 kan dermed forstås som at veiledning knyttet til denne tematikken kan bli *for* omfattende, da en som partner kanskje aldri blir “ferdig veiledet” på egen samtaleatferd. En slik tankegang formidles også av logoped 2. *“Dersom man skal endre atferd, så må man jobbe aktivt med det. Jeg tror det ville vært vanskelig å få til. Det krever for mye av den pårørende...”*. Hun påpeker her at veiledning som tar sikte på å utvikle partnerens samtaleatferd, vil kreve en aktiv oppfølging. Dermed påpekes det at en slik omfattende veiledning vil være utfordrende å gjennomføre, da det vil bli for krevende for partneren.

En annen utfordring logopedene formidler, knyttet til veiledning av partneres samtaleatferd, er at tematikken kan føles svært personlig, både for den afasirammede og partneren. Logoped 1 beskriver blant annet at hun kunne blitt bedre til å veilede partnere på egen samtaleatferd, men at en slik veiledning kan virke *inngrepene* i et partnerskap: *“Så der jeg føler at jeg kan bli bedre er når det er litt vanskelig kommunikasjon. For da griper du så veldig inn, ja, nesten i et ekteskap, altså...”*. At dette er et sårt tema og en utfordrende tematikk å jobbe med, poengteres også av logoped 3:

*Det er jo et litt “touchy” tema også da. Det er ikke sikkert en som logoped har noen god løsning på det. Veldig ofte har jo partneren også mye mer rett enn logopedene, men man kan jo ikke nødvendigvis si at det er sånn likevel. Det er vanskelig det der, altså.*

Hun påpeker her at samtaleatferd kan være en utfordrende tematikk å gi veiledning på, ettersom partnere i mange tilfeller kan ha et bedre grunnlag for å vite hvilke kommunikasjonsstrategier som vil være fruktbare i deres relasjon. Siden partneren naturligvis kjenner den afasirammede bedre enn logopedene kan det tenkes at de i enkelte tilfeller selv vet bedre hva som fungerer og hva som ikke fungerer i samtaler. Dermed er det forståelig at det kan føles personlig og inngrepene, at en logoped skal komme og “påpeke hva en gjør feil” i samtalen. Spesielt når en legger til grunn den store ansvarsfølelsen partnere kjenner på, i forbindelse med den afasirammedes avhengighet av dem i sosiale sammenhenger.

Selv om logopedene beskriver samtaleatferd som en vanskelig og utfordrende tematikk å jobbe med, så formidles det på den andre siden opplevde behov for en slik veiledning fra både partnerne og fra logopedene selv. På bakgrunn av disse behovene, som også bekrefter det tidligere forskning viser (Kagan, 1998; Lock et.al., 2001), kan det dermed

argumenteres for at veiledning på partneres samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner bør prioriteres i afasirehabilitering. Dette på tross av de utfordringene som har blitt skissert.

#### **4.2.3 Hvordan kan veiledning på samtaleatferd potensielt gjennomføres i praksis?**

Per i dag finner vi ingen eksempler i litteraturen som konkret omhandler veiledning på samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner. De intervensjonene knyttet til pårørendes samtaleatferd som beskrives, fokuserer først og fremst på veiledning av dyadiske interaksjoner mellom den afasirammede og partneren (Kagan, 1998; Lock et.al., 2001). Eksempler på slike metoder er SCA og SPPARC, som beskrives i vårt teoretiske rammeverk (Kagan, 1998; Lock et.al., 2001).

Selv om disse to veiledningsmetodene i utgangspunktet tar for seg dyadiske interaksjoner, så kan det argumenteres for at de samme grunnprinsippene også vil gjelde i flerpartsinteraksjoner. For det første vil flerpartsinteraksjoner i all hovedsak bestå av de samme elementene som en dyadisk samtale (Lind, 2005a). Dette innebærer at samtaledeltakerne også i flerpartsinteraksjoner vil veksle på å gi *kommunikative bidrag* presentert i *samtaleturner*, som vil struktureres i ulike *samtalesekvenser* via *turveksling* (Lind, 2005a). For det andre vil det overordnede målet med flerpartsinteraksjoner være det samme som målet med dyadiske interaksjoner, nemlig at samtaledeltakerne sammen skal skape og oppnå felles mening og forståelse (Kristoffersen, 2005). For å oppnå dette kreves det at samtalemiljøet legges til rette på en god måte for den afasirammede (Corneliussen et.al., 2015). De fysiske omgivelsene og de grunnleggende psykologiske forutsetningene som skal til for å skape et godt samtalemiljø, vil være de samme i alle samtaler, uavhengig av antall deltakere (Corneliussen et.al., 2015).

På bakgrunn av dette kan det hevdes at formålet med dyadiske veiledningsmetoder, vil være den samme som for veiledning knyttet til flerpartsinteraksjoner. Hensikten vil nødvendigvis være å støtte den afasirammede med sin kommunikasjon, for å øke hans kommunikative selvtillit og deltakelse i samtalen (Kagan, 1998; Lock et.al., 2001). Dette gjelder uavhengig av hvor mange deltakere som bidrar i samtalen. Dermed kan det argumenteres for at å veilede partnere på deres samtaleatferd i dyadisk interaksjon med den afasirammede, også kan være fruktbart for deres samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner.

Våre funn fra logopedenes perspektiv, støtter også opp under denne tankegangen. Logoped 1 beskriver blant annet at veiledning knyttet til samtaleatferd, må *starte* med veiledning på et dyadisk nivå. Deretter kan en gå over til interaksjon som innbefatter flere en to samtaledeltakere. *“Jeg tror at det ene forutsetter det andre. Altså at man må begynne med*

*den samtalen mellom de to, for at samtalene med andre mennesker skal bli bedre. Så jeg tenker at begge deler må være med*” (Logoped 1). Både faglitteraturen og våre funn viser at det kreves et godt samarbeid, for at partneren skal kunne hjelpe den afasirammede med å kommunisere på en fruktbar måte (Kagan, 1998, Ferguson & Harper, 2010). Slik logoped 1 beskriver sammenhengen mellom dyadiske interaksjoner og flerpartsinteraksjoner, kan det hevdes at dette samarbeidet først og fremst bør fungere i samtalene mellom kun den afasirammede og partneren. Slik blir dette en forutsetning for at samarbeidet skal fungere i samtaler med andre mennesker.

På grunnlag av dette kan det hevdes at flerpartsinteraksjoner utgjør en mer “avansert” form for samtale. Interaksjonen består av de samme grunnleggende elementene som dyadiske samtaler, men kompliseres av det faktum at den inkluderer minst én ekstra samtaledeltaker (Lind, 2005a; Ferguson & Harper, 2010). Dermed kan det være en fordel at partnere mestrer en mer “grunnleggende” form for samtale i første omgang, hvor hun bare har den afasirammede å tenke på. På denne måten kan det argumenteres for at veiledning på samtaleatferd i dyadiske samtaler, som ved SCA og SPPARC, også kan være et utgangspunkt for veiledning knyttet til flerpartsinteraksjoner.

Imidlertid viser våre funn, som tidligere nevnt, at informantene har relativt få erfaringer med gjennomføring av veiledning på samtaleatferd i dyadisk interaksjon. På den andre siden kommer det fram at flere av logopedene likevel anser dette som en viktig tematikk. *“Jeg tenker at det er et veldig viktig tema, som nok med fordel kan tematiseres enda mer”* (Logoped 1). Her påpeker logoped 1 at samtaleatferd burde tematiseres og jobbes med, i enda større grad enn det gjøres i dag. Også logoped 2 påpeker dette: *“Jeg synes jo det er viktig! Jeg tenker at hvis man skulle gått i dybden på dette, så kunne jeg jo brukt videoopptak. Så kunne jeg vist partneren - “Hva synes du om den situasjonen nå?” Så hadde hun antakeligvis sett det...”* Logoped 2 trekker her fram bruk av *videoopptak* som en mulig metode for å gjennomføre veiledning på samtaleatferd. Bruk av videoopptak for å analysere en naturlig samtale mellom den afasirammede og partneren, kan basere seg på teknikker fra samtaleanalyse (Lind, 2005a). På den måten logoped 2 beskriver en slik veiledning, vil videoopptaket brukes til å undersøke *strukturen* i samtalen og hvordan partneren bidrar med sine *samtaleferdigheter*. En slik framgangsmåte er grunnleggende for samtaleanalyse som metode (Lind, 2005a). Logoped 2 beskriver her en måte å benytte samtaleanalyse i en klinisk kontekst, for å gi veiledning på den funksjonelle kommunikasjonen mellom den afasirammede og partneren (Corneliussen et.al., 2015). En slik framgangsmåte blir også

presentert som en fruktbar mulighet av logoped 1, selv om hun påpeker at hun selv aldri har benyttet seg av det:

*Det er jo veldig fine teknikker der ute, som jeg tror veldig få bruker. Det med å ta videoopptak blant annet. At man får med seg videokameraet, setter det på, og så skal man snakke om noe. Så er det en sånn prosess hvor logopeden ser over om det er noen spesielt viktige og interessante tilfeller. Så spør man da: "Hva er det som skjer her? Skjer det ofte sånn?". Så kan de ofte svare: "Ja, ja det gjør det". Så kan man da ut fra det, i fellesskap, finne ut om det er andre måter å løse det på. Og sånn har jeg visst om og tenkt lenge, men jeg har aldri brukt en sånn form for veiledning...*

Logopedenes ideer rundt hvordan videoopptak kan anvendes i veiledning, er nettopp det veiledningsmetoden SPPARC tar utgangspunkt i (Lock et.al., 2001). Metoden går ut på å gjennomføre et videoopptak av en naturlig samtale mellom den afasirammede og partneren. Logopeden skal gjennomgå opptaket for å avdekke de karakteristiske mønstrene ved parets kommunikasjonsstil, for så å gjennomføre en vurdering av samtalen (Lock et.al., 2001). Denne vurderingen skal fokusere på tre viktige aspekter ved samtale, som ofte viser seg som utfordrende i samtaler med afasirammede: 1) *reparasjon*, 2) *turveksling* og 3) *innledning av nye samtaleemner*. Utfordringene som reparasjon og turveksling medfører for den afasirammede, er redegjort for tidligere i denne oppgaven. Å innlede nye samtaleemner kan også være utfordrende, ettersom den afasirammedes forsøk ikke alltid blir oppfattet av partneren. Forklaringen kan være at partneren gjerne vil støtte seg til den konteksten som samtalesekvensen representerer, mens den afasirammede ikke alltid tar hensyn til det tidligere samtalebidraget (Lock et.al., 2001).

Når det gjelder gjennomføring av selve kommunikasjonstreningen i SPPARC, så skal logopeden benytte den ovennevnte vurderingen til å avgjøre hvilke spesifikke aspekter ved samtaleatferden paret har behov for veiledning rundt. Kommunikasjonstreningen innebærer så å la partneren reflektere over det samtalemønsteret hun har utviklet for å tilpasse seg afasien. Eksempelvis kan partneren ha utviklet et mønster hvor hun hyppig reparerer den afasirammedes ytring, der det egentlig ikke er nødvendig for å fremme forståelse. Logopeden skal videre hjelpe partneren med å identifisere, samt prøve ut, hvilke endringer som potensielt kan forbedre den funksjonelle kommunikasjonen (Lock et.al., 2001).

Logopedene i vår studie beskriver altså en forenklet versjon av hva som kan sammenlignes med fremgangsmåten i SPPARC. Våre funn indikerer at en slik veiledningsmetode også vil kunne være fruktbar for samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner. *"Hvis man jobber persist med video i en dyade, så tror jeg det vil kunne overføres til sånne samtaler med flere personer..."* (Logoped 1). Med utgangspunkt i dette kan det argumenteres for at logopeder også kan benytte denne metoden for å gi veiledning direkte på

flerpartsinteraksjoner. Eksempelvis kunne veiledningen sentrert rundt hvordan dette kommunikasjonsmønsteret kan vise seg i flerpartsinteraksjoner, og hvilke endringer som eventuelt kunne bidratt til å forbedre den funksjonelle kommunikasjonen også i de samtalesituasjonene. På denne måten ville veiledningen tatt utgangspunkt i SPPARC, men samtidig ville den tatt metoden ett skritt videre til den mer avanserte formen for samtale som flerpartsinteraksjoner utgjør.

Selv om to av logopedene anser dette som en mulig form for veiledning i forhold til samtaleatferd, så beskriver logoped 2 også en viss skepsis tilknyttet en slik metode:

*Det å lage et sånt opplegg med å jobbe aktivt gjennom videofilming... Jeg tror det ville vært alt for mye å forlange. Det er veldig komplekst. Det kommer an på omfanget og hva man tenker, om det er snakk om to ganger eller... Men vi vet jo at om man skal endre en atferd, så er ikke det gjort ved å vise én video. Det er å jobbe aktivt eller intensivt med det.*

Det påpekes her at en slik metode vil være omfattende og kreve mye av den afasirammede og partneren. Dette er i tråd med at logopedene vurderer samtaleatferd som utfordrende å jobbe med generelt sett, ettersom fenomenet er dynamisk og vil kreve en kontinuerlig oppfølging over tid (Logoped 2; Logoped 3). En kontinuerlig veiledning, spesielt ved bruk av videoopptak som metode, vil naturlig nok kreve tid og ressurser. Spørsmålet blir dermed, *når* i rehabiliteringsforløpet en slik veiledning av partneres samtaleatferd bør gjennomføres, uavhengig av om den inkluderer bruken av videoopptak eller ikke. Vår forskning viser i denne sammenhengen at kommunikasjonsmønsteret som utvikler seg mellom den afasirammede og partneren, etableres relativt tidlig i sykdomsforløpet.

*Jeg tror at dette kommer ganske tidlig. Det handler nok litt om hvilke roller de hadde før sykdommen inntraff. Det kan jo for eksempel være at hun alltid har vært den som har snakket. Og så handler det enten om hvordan de rollene blir etablert eller videreført, etter sykdommen... (Logoped 2)*

Logoped 2 beskriver her at de kommunikative rollene paret hadde i partnerskapet før sykdommen, vil kunne være avgjørende for det kommunikasjonsmønsteret som vises i samtaler etter at afasien inntraff. Dette vil kunne resultere i at samtalemønstrene etablerer seg i en tidlig fase av sykdommen, og dermed blir svært godt innarbeidet, før den afasirammede eventuelt begynner hos logoped i kronisk fase. Partner 1 beskriver også dette, og påpeker at det kan bli vanskelig å skulle endre disse mønstrene etter så lang tid: *“Vi har jo vår egen metode å prate sammen på. Det er vanskelig å skulle begynne på noen ny måte nå...”*

I denne sammenhengen foreslår logoped 2 at veiledning knyttet til partneres samtaleatferd, heller burde gjennomføres på et tidligere tidspunkt: *“Jeg tror det kunne passet veldig godt i et akuttforløp. Der har de veldig behov for å få den informasjonen om hvordan*



*de kan kommunisere. Så det kunne vært noe man kunne gjort på et sykehus, for eksempel”.*

Det påpekes her at partnere kan ha et større behov for å få hjelp med kommunikasjonen på et tidlig stadium. På denne måten vil partneren kunne ha mer nytte av slik veiledning, før de har etablert sine egne samtalemønstre. Partner 1 formidler også denne tankegangen: *“Det kunne vært nyttig, men kanskje mest på et tidlig stadium. Før vi har låst oss fast i våre mønstre... Det tror jeg hadde vært lurt”.* I likhet med logoped 2 vektlegger hun at veiledningen bør gis før deres kommunikasjonsmønster blir “fastlåst”, og dermed blir mer utfordrende å endre.

På den andre siden viser våre funn at partnere ikke vil være like mottakelige for informasjon og veiledning på et tidlig stadium. Partnere vil gå gjennom det Cullberg (1994) beskriver som ulike krisefaser, etter at sykdommen har inntruffet. Som det kommer fram i vårt teoretiske rammeverk, vil disse fasene kunne innebære ulike følelser og reaksjonsmønstre for partnerne. Disse vil i neste omgang kunne påvirke hvor mottakelige de er for informasjon og veiledning. Dette viser seg også av våre funn. Logoped 1 beskriver blant annet hvordan partnere ofte ikke er i stand til å ta imot informasjon og hjelp i begynnelsen av sykdomsforløpet, nettopp fordi de da befinner seg i en “krisesituasjon”.

*Det kan være at noen har prøvd å gi hjelp før, men at de bare ikke har vært mottakelige for det i en sånn krisesituasjon. Så mange som kommer hit føler at de ikke har fått tilbud om “ditt” eller “datt” tidligere. Men det kan de meget vel ha fått. De har bare ikke vært i stand til å ta imot det. (Logoped 1)*

Dette poenget kan videre anses for å bli understreket også av partner 1, når hun svarer på spørsmålet om hun har fått noen råd eller veiledning på egen samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner: *“Nei, det er vel sånn vi har funnet ut av selv, tror jeg. Jeg husker ikke om jeg helt på første fikk noen råd. Da var alt så ferskt, og jeg husker ikke alt som skjedde”.* Her kommer det tydelig fram at partneren ikke har vært i stand til å ta imot råd og veiledning i en startfase av sykdommen. Dette er i tråd med det Cullberg (1994) skriver om krisens akutte fase. Den enorme omstillingen av personens psykiske beredskap, kan medføre vansker med å bearbeide informasjon. Varigheten på denne krisefasen vil variere, men fasen vil gå over til den såkalte bearbeidingsfasen omtrent når afasien går over fra akutt til subakutt fase, etter omkring tre måneder (Cullberg, 1994; Worrall et.al., 2013).

På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at å gjennomføre veiledning på partneres samtaleatferd i en akutt fase, ikke vil være så fruktbart. Det kan dermed hevdes at det mest optimale blir å finne en gylden middelvei mellom akutt og kronisk fase. Målsettingen bør dermed være at veiledningen blir gitt så tidlig at det fremdeles er mulig å endre på kommunikasjonsmønstrene. Samtidig bør partneren ha kommet seg gjennom krisens

akutte fase, slik at hun er mottakelig for informasjon og innspill fra logopeden. Dermed kan muligens en subakutt fase av sykdomsforløpet anses som en gylden middelvei, hvor *grunnlaget* for en slik veiledning kan legges. Imidlertid er det nødvendig å påpeke at samtaleatferden likevel bør følges opp i kronisk rehabilitering, nettopp fordi det er et dynamisk fenomen som vil kreve en kontinuerlig veiledning.

## **5.0 Avsluttende refleksjoner**

Hovedformålet med denne studien har vært å undersøke hvordan partnere til personer med afasi kan opptre med sin samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner, som involverer den afasirammede. Med ønske om å få et mest mulig helhetlig innblikk i fenomenet samtaleatferd, valgte vi å ta utgangspunkt i både partneres egne erfaringer, samt de faglige erfaringene som logopeder innehar gjennom sitt arbeid. Resultatene våre beskriver mange og varierte erfaringer knyttet til partneres kommunikasjonsstrategier i flerpartsinteraksjoner, og tilfører en innsikt i et fenomen som har vist seg som både omfattende og sentralt. Vi vil derfor starte med å oppsummere studiens hovedfunn knyttet til de fem skisserte forskningsspørsmålene, samt deres praktiske implikasjoner, og vår konklusjon. Videre vil vi redegjøre for noen mulige innvendinger mot studien, før vi avslutningsvis viser til noen aktuelle temaer for fremtid forskning innenfor feltet.

### **5.1 Hovedfunn og konklusjon**

For å kunne belyse studiens problemstilling på best mulig måte, formulerte vi fem konkrete forskningsspørsmål. De to første er som følger: 1) *“Hvordan erfarer partnere at de selv opptrer i flerpartsinteraksjoner sammen med den afasirammede?”*. 2) *“Hvilke erfaringer har logopeder med hvordan partnere kan opptre i flerpartsinteraksjoner?”*. Våre funn viser i første omgang at flerpartsinteraksjoner utgjør en svært utfordrende samtaleform for personer med afasi. Slike samtalesituasjoner medfører gjerne en avhengighet av at partneren gir kommunikativ støtte. Resultatene viser at ansvaret for å opprettholde flyt og felles forståelse mellom samtaledeltakerne, ofte vil falle på partnerens skuldre. Dette er også i tråd med det litteraturen viser til (Kagan, 1998; Ferguson & Harper, 2010).

Studien vår bekrefter videre det tidligere forskning beskriver rundt partneres samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner (Kagan, 1998; Ferguson & Harper, 2010). Både logopedene og partnerne formidlet erfaringer med samtaleatferd som kan knyttes til de tre samtalerollene som er beskrevet i tidligere forskning. Slik bekrefter våre funn at partnere både

kan ta over den afasirammedes samtaleturn og dermed *snakke istedenfor* han, hjelpe den afasirammede med å formidle budskapet ved å *snakke på vegne av* han, samt tilføre *samtalestøtte* slik at den afasirammede mestrer å selv formidle sitt eget budskap.

Vår analyse har imidlertid også vist at både partnerne og logopedene i denne studien har erfaringer med samtaleatferd som ikke kan knyttes til tidligere identifiserte samtaleroller. Disse typene samtaleatferd har vist kommunikasjonsmønstre som danner utgangspunktet for to nye samtaleroller. Den første samtalerollen vi har utviklet, har vi betegnet som “å snakke over hodet på” den afasirammede. Samtaleatferden knyttet til denne rollen innebærer å snakke *om* den afasirammede til tredjeparten, som om han ikke er til stede i interaksjonen. En slik samtaleatferd kan, som våre resultater viser til, forekomme på flere måter og gjennomføres med ulike intensjoner. Resultatet av samtalerollen vil likevel være det samme i alle situasjonene, da det medfører at den afasirammede vil tildeles rollen Goffman (1992) beskriver som en “ikke-person”.

Den andre samtalerollen vi har utviklet, har vi betegnet som en “meklerrolle”. Denne innebærer ikke gjennomføringen av én spesifikk kommunikasjonsstrategi. Rollen inkluderer derimot all samtaleatferd hvor partneren har et fokus på å *tilrettelegge* den hjelpen som blir gitt til den afasirammede, også av hensyn til *tredjeparten*. Vi har derfor valgt å beskrive samtaleatferden med at partneren opptrer som en “mekler” i situasjonen, med et likestilt hensyn til den afasirammede og tredjeparten.

Som vår analyse har vist, ser det ut til at informantene har svært varierte erfaringer med hvordan partnere kan opptre og bidra i flerpartsinteraksjoner. Begge informantgruppene beskrev samtaleatferd som kan knyttes til alle de fem identifiserte samtalerollene. Funnene fra både partnernes og logopedenes perspektiver var videre i all hovedsak i tråd med hverandre, med unntak av for samtalerollene “støttet samtale” og “meklerrolle”. Samtaleatferd knyttet til disse to rollene ble i hovedsak formidlet av partnerne selv.

Studiens tredje forskningsspørsmål er som følger: “*Hvilke faktorer er med på å påvirke partneres samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner?*”. Våre funn indikerer her at samtaleatferd er et *dynamisk* fenomen. Gjennom vår analyse har vi påpekt at en rekke faktorer kan påvirke hvilken samtaleatferd partnere vil benytte. Tre faktorer som kan påvirke samtaleatferden viser seg som særlig sentrale, både ut fra logopedenes og partnernes erfaringer. For det første viste *afasiens omfang* seg som avgjørende for partnerens kommunikasjonsstrategi. Videre viste det seg at *tredjeparten* kan ha en avgjørende rolle for partnerens samtaleatferd. Både tredjepartens egen samtaleatferd, samt relasjonen til den

afasirammede og partneren, fremstår som avgjørende for hvilken kommunikasjonsstrategi partneren benytter. En tredje sentral faktor var *tid til rådighet* i samtalen. Samtalens kontekst og formål kan være avgjørende for hvor god tid deltakerne har til rådighet. Dette tidsaspektet fremstår også som avgjørende for partnerens samtaleatferd. Disse tre sentrale faktorene er i tråd med teorien knyttet til samtale som kommunikasjonsform (Lind, 2005b).

De to siste forskningsspørsmålene som ble formulert for å belyse studiens problemstilling er: 4) "*Hvilke erfaringer har partnere med logopedveiledning knyttet til egen samtaleatferd?*" og 5) "*Hvordan prioriterer logopeder veiledning knyttet til partneres samtaleatferd?*". I denne sammenhengen så vi både på hvilke behov informantene hadde erfart, samt hvilke konkrete erfaringer de hadde med veiledning i forhold til samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner. Både partnerne og logopedene formidlet behov for en slik type veiledning i afasibehandlingen. Dette stod likevel i kontrast til hva funnene viste om konkrete erfaringer med slik veiledning i praksis. Ingen av informantene viste til erfaringer med veiledning direkte knyttet til flerpartsinteraksjoner. Tre av seks viste imidlertid til erfaringer med veiledning knyttet til samtaleatferd i dyadisk interaksjon. En slik dyadisk veiledning har videre vist seg å potensielt kunne være fruktbar også for flerpartsinteraksjoner (Kagan, 1998; Lock et.al., 2001; Corneliussen et.al, 2006).

Selv om våre informanter beskriver relativt få konkrete erfaringer med veiledning på generell samtaleatferd, og ingen erfaringer direkte knyttet til flerpartsinteraksjoner, så framstilles samtaleatferd likevel som et sentralt og viktig tema. Dette er i tråd med litteraturens økende fokus på denne tematikken de senere årene (Corneliussen et.al, 2006; Ferguson & Harper, 2010). Analysen av våre resultater knyttet til de to siste forskningsspørsmålene, avsluttes derfor med en drøfting rundt *hvordan*, og *når*, en bør inkludere samtaleatferd og samtalemiljø som en del av logopedisk veiledning.

De identifiserte samtalerollene vil kunne føre til varierte konsekvenser, når det gjelder den afasirammedes mulighet til å bidra i samtaler. Kommunikasjonsstrategier som medfører en begrensning i sosial deltakelse, kan resultere i flere langsiktige psykososiale konsekvenser. Disse kan både ramme den afasirammedes psykososiale identitet, samt muligheten til å skape og bevare mellommenneskelige relasjoner (Kagan, 1998; Schiffrin, 1988; Simmons-Mackie & Damico, 2008). Det vi anser som den viktigste implikasjonen av denne studien er derfor at det bør vurderes å tilpasse fokuset i dagens afasirehabilitering, med tanke på denne tematikken. Logopedbehandling i kronisk fase består ofte av den veletablerte en-til-en-treningen mellom logopeden og den afasirammede (Kagan, 1998). Å hovedsakelig ta sikte på

å forbedre de språklige utfordringene gjennom en-til-en-trening, vil imidlertid ikke nødvendigvis forbedre den afasirammedes *funksjonelle* kommunikasjon i hverdagen. Årsaken til dette er at hverdagslige samtaler ikke kan sidestilles med en treningssituasjon. Videre støtter våre funn opp under tankegangen om at partneren ofte vil opptre i rollen som den afasirammedes kommunikative hjelper i sosial interaksjon med andre mennesker (Ferguson & Harper, 2010). Dermed vil flerpartsinteraksjoner, som er en sentral del av den afasirammedes hverdag, i stor grad kunne styres av partnerens samtaleatferd.

Veiledning av partnere i forhold til deres samtaleatferd, kan på denne måten anses for å ha en unik overføringsverdi til den afasirammedes funksjonelle kommunikasjon med andre mennesker. Dette tilsier at partneres samtaleatferd, samt hvordan å tilrettelegge for et positivt samtalemiljø, bør være et sentralt fokus for logopeder som arbeider med afasi. Dermed bør tematikken muligens vektlegges i større grad enn det som synes å være tilfellet i dag. I denne sammenhengen fremstår flerpartsinteraksjoner som en sentral samtaleform, og bør ikke neglisjeres i logopedisk veiledning.

## **5.2 Mulige innvendinger mot studien**

En generell innvending som ofte rettes mot kvalitativ forskning, er at denne typen studie ikke kan oppnå ekstern validitet. Forklaringen er at resultatene sjeldent kan generaliseres til en større populasjon, på grunn av et for lavt antall deltakere (Jacobesen, 2012). Ettersom denne studien omfatter seks informanters individuelle erfaringer, betyr dette at deres beskrivelser ikke kan generaliseres til alle logopeder, eller alle afasirammedes partnere. Studien er imidlertid en dybdeundersøkelse som belyser hva et utvalg på tre partnere og tre logopeder har erfart rundt tematikken, og resultatene viser seg å være relativt entydige. På bakgrunn av dette kan en derfor likevel argumentere for at studien kan bidra til en fruktbar innsikt i et viktig tema innen afasifeltet.

Imidlertid foreligger det også en mulighet for mer spesifikke innvendinger mot denne studien. Blant annet kan det muligens rettes kritikk mot at vi ikke har tatt hensyn til afasiens omfang eller ulike afasisyndromer, i rekrutteringen av partnere som informanter. I faglitteraturen beskrives det hvordan afasi kan arte seg svært forskjell fra person til person. Store variasjoner med hensyn til vanskenes omfang gjør det hensiktsmessig med en viss kategorisering av ulike typer afasi, hvor ekspressiv afasi, impressiv afasi og global afasi, fremstilles som de vanligste typene (Tesak & Code, 2008; Qvenild et.al., 2010). I ettertid ser vi at dette er noe vi muligens burde ha tatt ytterligere hensyn til i vår studie. Refleksjoner vi

har gjort oss underveis i forskningsarbeidet, har ført til en erkjennelse av at den rammedes afasitype og omfang, kan ha en større betydning for partnerens samtaleatferd enn hva vi tidligere antok. Dette bekreftes også av vår studie, ved at afasiens omfang blant annet viser seg som en sentral faktor som kan påvirke partnerens samtaleatferd. Vår vurdering om å ikke avgrense undersøkelsen til én bestemt afasitype eller vanskegrad ble imidlertid gjort på bakgrunn av de utfordringene dette kunne medføre. Et slikt kriterium ville innsnevret vår potensielle utvalgspopulasjon, og kunne bidratt til å gjøre rekrutteringsprosessen svært utfordrende. Videre ønsket vi informanter med lang erfaring med afasi, for å sikre at de hadde mest mulig erfaring knyttet til studiens tematikk. Vi gjorde derfor en avveining og valgte på grunnlag av dette å kun sette kronisk fase som kriterium for deltakelse i forskingsprosjektet. Dette kan muligens ha medført at partnere til personer med svært ulike kommunikative utfordringer, har blitt vurdert som en homogen gruppe.

Et annet spesifikt moment ved vår studie som det potensielt kan rettes en kritisk innvending mot, er de utvalgte informantene. Etersom vi har valgt å intervju afasirammedes partnere og logopeder, har vi på den andre siden valgt bort å intervju de afasirammede selv. Å utelate afasirammede som informanter i en studie som mer eller mindre omhandler dem konkret, kan potensielt forstås som at vi har ekskludert en sentral kilde til informasjon rundt tematikken. Personer med afasi vil nødvendigvis ha direkte erfaringer med hvordan deres partner opptrer i samtaler med dem og en tredjepart, og ikke minst hvilke konsekvenser denne samtaleatferden medfører for dem personlig.

I utgangspunktet ønsket vi å gjennomføre dette forskningsprosjektet ved å benytte nettopp afasirammede selv og deres partnere som informanter, for å analysere deres erfaringer opp mot hverandre. Imidlertid førte en kritisk refleksjon til en vurdering av at et slikt utvalg ville blitt for omfattende for dette masterprosjektet. Dette metodiske valget ble tatt med hensyn til de tids- og ressursbegrensinger en står overfor ved gjennomføring av et slikt forskningsprosjekt. Vi vurderte at gjennomføringen av intervju med afasirammede kunne bli svært utfordrende å få til i praksis, på grunn av deres kommunikasjonsvansker. Samtidig ville en analyse av et slikt datamateriale krevd ytterligere tid og ressurser, enn hva vi hadde tilgjengelig. Våre begrensede erfaringer som forskere og logopeder, var også medvirkende til at vi valgte å utelate afasirammede som informanter i denne omgang. Etersom vi ønsket å undersøke fenomenet samtaleatferd fra ulike perspektiver, vurderte vi derfor logopedenes faglige erfaringer som aktuelle og interessante å undersøke, sammen med partnernes egne erfaringer.

### 5.3 Fremtidig forskning

I dette forskningsprosjektet har vi avgrenset studien til afasi i kronisk fase. Imidlertid viser vår studie at det kan være hensiktsmessig å gi veiledning knyttet til samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner, allerede i en tidligere fase av sykdomsforløpet. Subakutt fase kan i denne sammenhengen anses som en gylden middelvei mellom akutt og kronisk fase. I subakutt fase vil partneren og den afasirammede sannsynligvis være mindre fastlåste i sitt utviklede kommunikasjonsmønster, enn de kan være i en kronisk fase. Veiledning i en subakutt fase kan slik sett gi en bedre sjanse for å få til en endring av partnerens samtaleatferd. Samtidig vil paret ha levd med afasien lenge nok til at de mest sannsynlig har kommet seg igjennom krisens akutte fase, og dermed være mer mottakelig for informasjon enn i en akutt fase (Cullberg, 1994). Det kan dermed være interessant å forske videre på partneres samtaleatferd i subakutt fase.

Videre blir det viktig å understreke at konsekvensene av den samtaleatferden partnere benytter i flerpartsinteraksjoner, uavhengig av hvilken samtalerolle det er snakk om, først og fremst vil angå den afasirammede selv. Vurderingen av om partnerens samtaleatferd kan regnes som positiv eller negativ, handler dermed i første omgang om hvordan den afasirammede selv *opplever* dette kommunikasjonsmønsteret. Den afasirammedes opplevelse vil videre være avgjørende for vedkommendes kommunikative selvtillit. På grunnlag av dette kunne det vært fruktbart og interessant å undersøke afasirammedes egne erfaringer med partnerens samtaleatferd i flerpartsinteraksjoner.

## Litteraturliste

- Bondi, H. Ø. (Ektemann til afasirammet). (2015). Leserbrev: Gift med en slagpasient. *Afasiposten*, 4, 15.
- Booth, S. & Perkins, L. (1999). The use of conversation analysis to guide individualized advice to carers and evaluate change in aphasia: a case study. *Aphasiology*, 13(4-5), 283-304. doi: 10.1080/026870399402109
- Chaplin, J. P. (1985). *Dictionary of psychology*. New York: Laurel.
- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., Lind, M. & Qvenild, E. (2006). *Afasi og samtale: Gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus Forlag.
- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Qvenild, E. & Lind, M. (2015). Praktiske råd om det å snakke sammen: Samtalemiljø 1. *Afasiposten*, 26(3), 8-9.
- Croteau, C. & Le Dorze, G. (2006). Overprotection, “speaking for”, and conversational participation: A study of couples with aphasia. *Aphasiology*, 20(2-4), 327-336. doi: 10.1080/02687030500475051
- Cullberg, J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling: en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie*. Oslo: Aschehoug forlag.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: En kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ferguson, A. & Harper, A. (2010). Contributions to the talk of individuals with aphasia in multiparty interactions. *Aphasiology*, 24(12), 1605-1620. doi: 10.1080/02687038.2010.493296
- Goffmann, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig*. Oslo: Pax Forlag A/S.



- Goodwin, C. (1995). Co-construction Meaning in Conversations with an Aphasic Men. *Research on Language and Social Interaction*, 28(3), 233-260.  
doi: 10.1207/s15327973rlsi2803\_4
- Goodwin, C. (2003). *Conversation and Brain Damage*. Oxford: University Press.
- Grawburg, M., Howe, T., Worall, L. & Searine, N. (2013). Third-party disability in family members of people with aphasia: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 35(6), 1324-1341. doi: 10.3109/09638288.2012.735341
- Helland, T. (2012). *Språk og dysleksi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonalt retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/55/IS-1688-Nasjonalt-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon.pdf>
- Ingvaldsen, M., Hasli, E. & Tandsæther, A. K. (2010). Barn med ervervet språkskade. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. Knoph. & E. Qvenild (Red.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (s. 65-78). Oslo: Novus Forlag.
- Jacobsen, D. I. (2012). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Johannessen, E., Kokkersvold, E. & Vedeler, L. (2010). *Rådgivning. Tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816-830.  
doi: 10.1080/02687039808249575
- Kangasharju, H. (1996). Aligning as a team in multiparty conversation. *Journal of Pragmatics*, 26(3), 291-319. doi: 10.1016/0378-2166(95)00051-8

- Kristoffersen, H. G. (2005). Hva er språk? I K. E. Kristoffersen, H. G. Simonsen & A. Sveen (Red.), *Språk. En grunnbok*. (s. 17-35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Laakso, M. & Klippi, L. (1999). A closer look at the 'hint and guess' sequences in aphasic conversation. *Aphasiology*, 13(4-5), 345-363. doi: 10.1080/026870399402136
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode*. Trondheim: Tapir Akademisk forlag.
- Lassen, L. (2014). *Rådgivning. Kunsten å hjelpe og sikre vekstfremmende prosesser* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lerner, G. H. (1992). Assisted storytelling: Deploying shared knowledge as a practical matter. *Qualitative Sociology*, 15(3), 247–271. doi: 10.1007/BF00990328
- Lerner, G. H. (1993). Collectivities in action: Establishing the relevance of conjoined participation in conversation. *Text-Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 13(2), 213-246. doi: 10.1515/text.1.1993.13.2.213
- Lind, M. (1999). Deltakelsesfremmende strategier i samtale med en afasirammert talar. *Norsk Lingvistisk Tidsskrift*, 17(1), 109–121.
- Lind, M. (2000). Diskursanalyse. I M. Lind, H. Uri, I. Moen & K. M. Bjerkan (Red.), *Ord som ikke vil. Innføring i språkpatologi* (s. 263-322). Oslo: Novus forlag.
- Lind, M. (2005a). Samtaleanalyse: hva – hvordan – hvorfor? *Norsk Tidsskrift for Logopedi*, 4, 5-8.
- Lind, M. (2005b). Samtalen – den grunnleggende språkbruksformen. I K. E. Kristoffersen, H. G. Simonsen & A. Sveen (Red.), *Språk. En grunnbok* (s. 121-140). Oslo: Universitetsforlaget.

- Lind, M., Moen, I., Uri, H. & Bjerkan, K. M. (2000). Lingvistikk og språkpatologi. I M. Lind, H. Uri, I. Moen & K. M. Bjerkan (Red.), *Ord som ikke vil. Innføring i språkpatologi* (s. 13-95). Oslo: Novus forlag.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145–153. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Linell, P. (2009). *Rethinking language, mind, and world. Dialogically: Interactional and contextual theories of human sense-making*. Linköping: Linköping Universitet.
- Lock, S., Wilkinson, R., Bryan, K., Maxim, J., Edmundson, A., Bruce, C. & Moir, D. (2001). Supporting partners of people with aphasia in relationships and conversation. *International journal of language & communication disorders*, 36(S1), 25-30. doi: 10.3109/13682820109177853
- Lorentzen, P. (2003). *Fra tilskuer til deltaker. Samhandling og kommunikasjon med voksne utviklingshemmede*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative forskningsmetoder innen medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Murray, L. & Chapey, R. (2001). Assessment of language disorders in adults. I R. Chapey (Red.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (s. 55-118). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nichols, F., Varchevker, A. & Pring, T. (1996). Working with people with aphasia and their families: an exploration of the use of family therapy techniques. *Aphasiology*, 10(8), 767-781. doi: 10.1080/02687039608248449
- Papathanasiou, I. & Coppens, P. (2013). Basic Concepts and Operational Definitions. I I. Papathanasiou, P. Coppens & C. Potagas (Red.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s. xx-xxiii). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

- Parsons, T. & Fox, R. (1952). Illness, therapy and the modern urban American family. *Journal of Social Issues*, 8(4), 31–44. doi: 10.1111/j.1540-4560.1952.tb01861.x
- Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. Knoph & E. Qvenild (Red.), *Afasi: et praksisrettet perspektiv* (s. 23-37). Oslo: Novus forlag.
- Reinvang, I. (2003). *Afasi. Språkforstyrrelse etter hjerneskade*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ringdal, B. (2003). *Pårørende i fokus. Grupper for afasirammedes pårørende*. Oslo: Novus forlag.
- Saldert, C., Backman, E. & Hartelius, L. (2013). Conversation partner training with spouses of persons with aphasia: A pilot study using a protocol to trace relevant characteristics. *Aphasiology*, 27(3), 271-292. doi: 10.1080/02687038.2012.710317
- Schiffrin, D. (1988). *Conversation analysis. In Linguistics: The cambridge Survey*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Servaes, P., Draper, B., Conroy, P. & Bowring, G. (1999). Informal carers of aphasic stroke patients: Stresses and interventions. *Aphasiology*, 13(12), 889-900. doi: 10.1080/026870399401632
- Silverman, D. (2011). *Interpreting qualitative data* (4. utg.). London: Sage publications.
- Simmons-Mackie, N. & Damico, J. S. (2008). Engagement in group therapy for aphasia. *Seminars in Speech & Language*, 30(1), 18–26. doi: 10.1055/s-0028-1104531
- Simmons-Mackie, N., Kingston, D. & Schultz, M. (2004). Speaking for another: The management of participant frames in aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13, 114-127. doi: 10.1044/1058-0360(2004/013)
- Skjelstad, R. (1987). *En felles utfordring for samtalepartnere: Afasi hos eldre*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Språkrådet.no. (2014, 29. august). *Mekle*. Hentet 16. mars 2016 fra

<http://www.sprakradet.no/Vi-og-vart/hva-skjer/Aktuelt-ord/Mekle/>

Tesak, J. & Code, C. (2008). *Milestones in the history of aphasia. Theories and protagonists. Brain Damage, Behaviour and Cognition*. Hove: Psychology Press.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Theie, S. & Qvenild, E. (2010). ICF brukt i utredning av afasi. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 56(4), 10-18.

Turgeon, Y. & Macoir, J. (2008). Classical and contemporary assessment of aphasia and acquired disorders of language. I B. Stemmer & H. A. Whitaker (Red.), *Handbook of the neuroscience of language* (s. 3-11). London: Academic Press.

World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization.

Worrall, L., Papathanasiou, I. & Sherratt, S. (2013). Therapy Approaches to Aphasia. I I. Papathanasiou, P. Coppens & C. Potagas (Red.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (s. 93-111). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Østvik, J. & Almås, H. (2006). *Social network: En kommunikasjonsoversikt for mennesker med store kommunikasjonsvansker og deres kommunikasjonspartnere*. Manual. Norsk oversettelse. Levanger: Trøndelag kompetansesenter.

**Vedlegg**

## Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Bjørg Mari Hannås  
Profesjonshøgskolen Universitetet i Nordland  
Postboks 1490  
8049 BODØ

Vår dato: 26.11.2015

Vår ref: 45439 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.11.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45439	<i>Afasi, kommunikasjon og samtale</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Bjørg Mari Hannås</i>
<i>Student</i>	<i>Christine Bakkemo og Maria Hernes Stefansdottir</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet. Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 16.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54  
Christine Bakkemo [christinebakkemo@icloud.com](mailto:christinebakkemo@icloud.com)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)



# Personvernombudet for forskning

## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 45439

Formålet med prosjektet er å undersøke erfaringene til afasirammedes partnere når det gjelder egen samtaleatferd.

Rekruttering foregår via logopeder. Personvernombudet forstår det slik at logopeder formidler informasjonsskriv til aktuelle deltakere på vegne av studenter, slik at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Partnere til personer med afasi skal intervjues, det blir dermed innhentet sensitive personopplysninger om tredjeperson. Som avklart pr telefon med student Chistine Bakkemo, vil det bli lagt opp til at pårørende innhenter samtykke fra sin partner til at de kan oppgi opplysninger om dem ifm. intervju. Det vil bli tilføyd et punkt om dette i informasjonsskrivet, slik at partnere kan avklare dette før de evt. takker ja til å delta.

Videre blir det gjennomført intervjuer med logopeder. Disse skal kun uttale seg på generelt grunnlag, ikke om enkeltpasienter. Personvernombudet forutsetter at det ikke innhentes personopplysninger om pasienter/brukere, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted. Vi anbefaler at studenten minner logopeder om deres taushetsplikt ifm. intervju.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Nordland sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 16.05.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak



## **Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt om samtaleatferd**

Vi er to masterstudenter i logopedi ved Nord Universitet, som for øyeblikket arbeider med avsluttende masteroppgave. Temaene for forskningsprosjektet er afasi og samtale. Formålet med studien er å undersøke hvordan partnere til personer med afasi kan opptre med egen samtaleatferd, i samtaler sammen med den afasirammede og en tredjepart. Videre vil vi undersøke eventuelle erfaringer med veiledning på dette området.

For å tilegne oss kunnskap rundt denne tematikken ønsker vi å gjennomføre individuelt intervju med både partnere til afasirammede og logopeder. Under intervjuet vil vi benytte lydopptaker, samt ta feltnotater. Lydopptak og notater vil destrueres når masterprosjektet ferdigstilles, 18.05.2016.

Anonymitet vil bli sørget for i alle ledd, i henhold til regler om personvern. Vi vil overholde alle regler og forskrifter, slik at ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Videre forholder vi oss til Nord universitet og deres retningslinjer, der alle våre avgjørelser i forskningsprosjektet vil bli vurdert av universitetet.

Deltakelse i studien er frivillig, og du kan trekke deg fra prosjektet når som helst, uten begrunnelse. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen. Vi vil signere denne under intervjuet. Hvis du skulle ha noen spørsmål er vi tilgjengelig per telefon: +47 980 28 634, og e-post: [christinebakkemo@icloud.com](mailto:christinebakkemo@icloud.com).

Vi håper du vil ta deg tid til å delta i studien!

Beste hilsen fra Christine Bakkemo og Maria Hernes Stefansdottir

### *Vedlegg 3: Samtykkeerklæring for partnere*

#### **Samtykkeerklæring**

*Jeg har lest og forstått informasjonen som er gitt i informasjonsskrivet, og samtykker til deltakelse i studien. Videre har jeg innhentet samtykke fra min partner til å delta i dette intervjuet.*

Signatur:

\_\_\_\_\_

Intervjuperson

\_\_\_\_\_

Forsker/Student

\_\_\_\_\_

Forsker/Student

## *Vedlegg 4: Samtykkeerklæring for logopeder*

### **Samtykkeerklæring**

*Jeg har lest og forstått informasjonen som er gitt i informasjonsskrivet, og samtykker til deltakelse i studien.*

Signatur:

\_\_\_\_\_

Intervjuperson

\_\_\_\_\_

Forsker/Student

\_\_\_\_\_

Forsker/Student

## **Intervjuguide - Partnere**

### **Fase 1. Rammesetting**

#### *a. Igangsettende spørsmål*

- Relasjonsskaping gjennom uformell småprat.
- Forsøke å skape trygghet og tillit.

#### *b. Informasjonsdeling*

- Informasjon om hvem vi er (navn og bakgrunn), som er relevant for studien.
- Gi informanten informasjonsskrivet og fortell litt om temaet for intervjuet (Bakgrunn, hensikt, formål).
- Forklar hvordan informasjonen som kommer fram gjennom intervjuene skal benyttes.
- Forklar taushetsplikt, anonymitet og trygg oppbevaring/destruering av datamaterialet.
- Gi informanten tid til å lese gjennom informasjonsskrivet.
- Spør om det er noen uklarheter og om informanten har noen spørsmål.
- Få samtykke til deltakelse og underskrift på informasjonsskrivet.
- (Start lydopptaker).

### **Fase 2. Innledning**

#### *a. Innledende og generelle spørsmål om tilværelsen med afasi*

**Spørsmål 1: Hvor lenge har du og (navn) vært gift/sammen?**

**Spørsmål 2: Når fikk (navn) afasi?**

**Spørsmål 3: Kan du fortelle litt om det du husker fra når (navn) fikk afasi? /**

**Kan du fortelle litt om det (navn) har fortalt deg fra tiden når han fikk afasi?**

Oppfølgingsspørsmål ved behov:

- Omstendigheter og årsak til afasien (sykdom, traume, tilleggsvansker?)
- Omfang/alvorlighetsgrad av afasien?
- Afasiens utvikling (I hvilken grad har (navn) opplevd bedring?)

### **Fase 3. Fokusering**

#### *a. Overgangsspørsmål*

#### **Spørsmål 4: Hvordan vil du beskrive at hverdagen deres som par preges av afasien?**

Oppfølgingsspørsmål ved behov:

- Hva er din oppfatning av hvordan hverdagen har endret seg for (navn) etter at afasien inntraff?
- Kan du beskrive dine erfaringer som partner/ektefelle, når det gjelder hvordan din hverdag har endret seg etter at (navn) fikk afasi?  
(Nye styrker/ressurser, utfordringer/vansker)

#### *b. Nøkkelspørsmål*

#### **Spørsmål 5: Hvordan opplever du deres sosiale liv (sammenlignet med før afasien inntraff)?**

Oppfølgingsspørsmål ved behov:

- Hvordan opplever du (navn) sin interesse for sosialt samvær (etter at afasien inntraff)?  
(Stor endring fra før afasien?)
- På hvilken måte bidro (navn) i samtaler med andre mennesker før afasien inntraff?  
(Var han aktiv/ordstyrer, tilbaketrukket/stille/lite verbal?)
- Hvordan vil du beskrive ditt eget bidrag i samtaler med andre mennesker før (navn) fikk afasi?  
(Var du aktiv/ordstyrer, tilbaketrukket/stille/lite verbal?)

**Spørsmål 6: Kan du ta oss gjennom en samtale hos dere slik den arter seg etter at afasien inntraff, når dere to i fellesskap snakker med andre mennesker?**  
(som familie, venner, eller i andre dagligdagse situasjoner)

Oppfølgingsspørsmål ved behov:

- Hvordan bidrar (navn) i samtaler, etter at afasien inntraff? (Er han aktiv/prøver å delta, eller tilbaketrukket/uinteressert?)
- Hva erfarer du som (navn) sine kommunikative styrker i slike sosiale situasjoner?
- Hva erfarer du som (navn) sine største kommunikative utfordringer i slike sosiale situasjoner?
- Hvordan vil du beskrive utviklingen i dette samtalemønsteret, i løpet av tiden med afasi? (Har det skjedd en endring i hvordan slike samtaler arter seg?)
- I hvilken grad opplever du at situasjonen dere er i preger samtalen?
  - (Opplever du noen forskjell avhengig av hvem som deltar i samtalen? Venner og familie, kjente og kjære, kontra fremmede/ medisinsk eller fagrelaterte situasjoner?)
  - (Opplever du noen forskjell avhengig av hvor dere befinner dere? Hjemme i kjente og trygge omgivelser, kontra i nye / ukjente omgivelser?)
- Hvordan opplever du at den dere snakker med (tredjepersonen) påvirker samtalen?
  - (Er det noen forskjell i (navn) sitt bidrag i samtalen, avhengig av hvordan vedkommende opptrer? Hvordan? Hva skjer? Kan du utdype?)

**Spørsmål 7: Kan du fortelle litt om hvordan du opptrer (og bidrar) i slike samtaler, som dere to i fellesskap har med andre mennesker?**

Oppfølgingsspørsmål ved behov:

- Hvordan bidrar du i samtalen, sammenlignet med (navn)?
  - (Styrer du aktivt, har ordet mest, er det jevn turtaking, gir du bevisst ordet til (navn)?)
- Hvordan påvirkes ditt bidrag i samtalen av hvordan den dere snakker med opptrer?
  - (Dersom tredjeparten er aktiv/styrer samtalen eller tilbaketrukket. Hvordan preger det hva du gjør i samtalen? På hvilken måte?)

- Hva opplever du som viktig at du gjør for at (navn) skal klare å kommunisere på mest mulig måte i slike samtaler?
- I situasjoner hvor (navn) står fast eller opplever utfordringer med å formidle det han ønsker, hvordan vil du beskrive at samtalen fortsetter?
  - (Hva gjør du da? Har du noen eventuelle strategier for å hjelpe (navn) med formidlingen, fullføre for han ...)
- Hvordan opplever du at samtaletemaet påvirker hvordan du bidrar i samtalen?
  - (Samtaler om nøytrale tema /personlige meninger /hendelsesforløp /personlig fakta)
- Hvordan opplever du at situasjonen dere befinner dere i påvirker hvordan du bidrar i samtalen? (Hjemme/borte, vennskapelig, familiær/fremmede, upersonlig)
- Har dere pratet sammen eller avklart noe på forhånd, om hvordan du skal bidra i slike sosiale situasjoner?
  - (F.eks. om det er greit at du styrer samtalen, hvem som skal prate, hva du skal gjøre dersom det oppstår kommunikative utfordringer for (navn) o.l)
- Har dere noen gang pratet sammen i etterkant av slike sosiale situasjoner, om hvordan det opplevdes? (Hva som fungerer godt/ikke så godt o.l)

**Spørsmål 8: Hvilke erfaringer har du med veiledning fra logoped når det gjelder slike samtaler som du og (navn) har med andre mennesker, og ditt bidrag i disse?**

Oppfølgingsspørsmål ved behov:

- Hvilke erfaringer har du med generell veiledning fra logoped, rettet mot deg som pårørende/partner?
- Hvilke tema har vært vektlagt ved eventuell veiledning hos logoped?
- Hvor ofte opplever du at du som partner har blitt inkludert i (navn) sin logopedbehandling?
- Hvordan opplever du behovet for å få veiledning fra logoped, når det gjelder denne tematikken? (felles samtaler med andre mennesker, og hvordan du kan bidra i disse)

#### **Fase 4. Avslutning**

a. Åpne «trakten» og runde av

- Gi beskjed om at vi nærmer oss slutten av intervjuet.

**Spørsmål 9: Er det noe du synes er viktig, som vi ikke har snakket om, eller noe annet du vil legge til?**

- Oppklare eventuelle uklarheter

**Spørsmål 10: Kan du beskrive hvilke tanker du sitter igjen med etter dette intervjuet?**

- Gi informanten mulighet til å komme med spørsmål.
- Takke for deltakelse.



## **Intervjuguide - Logopeder**

### **Fase 1. Rammesetting**

a. Igangsettende spørsmål

- Relasjonsskaping gjennom uformell småprat.
- Forsøke å skape trygghet og tillit.

b. Informasjonsdeling

- Informasjon om hvem vi er, navn og bakgrunn – som er relevant for studien.
- Gi informanten informasjonsskrivet og fortell litt om temaet for samtalen (Bakgrunn, hensikt, formål).
- Forklar taushetsplikt, anonymitet og trygg oppbevaring samt destruering av datamaterialet.
- Gi informanten tid til å lese gjennom informasjonsskrivet selv.
- Spør om det er noen uklarheter og om informanten har noen spørsmål.
- Få samtykke og underskrift på informasjonsskrivet, samt underskriv selv.
- (Start lydopptaker).

### **Fase 2. Innledning**

a. Innledende og generelle spørsmål

**Spørsmål 1: Hvor lenge har du jobbet som logoped?**

**Spørsmål 2: Hvor mye har du jobbet med afasi som fagområdet?**

**Spørsmål 3: Kan du fortelle litt om ditt arbeid med afasi?**

### **Fase 3. Fokusering**

a. Overgangsspørsmål

**Spørsmål 4: Hvordan vil du beskrive ditt fokus på partnere (som pårørende), i arbeidet med afasi?**

Oppfølgingsspørsmål ved behov:

- Inkluderer du partnere til afasirammede i behandlingen?
  - Hvis ”ja”: Hvordan vil du beskrive at du gjør dette?
- Hvordan erfarer du behovet for å inkludere partnere i behandlingen? (Hvorfor / hvorfor ikke, fordeler / ulemper).

**Spørsmål 5: Hvordan opplever du partneres interesse for å bli inkludert i behandlingen?**

(Interesse for å inkluderes i den afasirammedes behandlingsopplegg, eller eventuell interesse for egen veiledning).

Oppfølgingsspørsmål ved behov:

- Hvilke områder opplever du at det er størst ønske om veiledning på, fra partnerne? (Hvilke tema?)
- Hvilket område eller områder, opplever du som logoped at det er størst behov for veiledning av partnere på?
- Hva opplever du som de største kommunikative utfordringene for partnere til afasirammede?

**Spørsmål 6: Hvordan opplever du afasirammedes ønsker, når det gjelder å inkludere partneren deres i behandlingen?**

Oppfølgingsspørsmål ved behov:

- På hvilke områder ønsker afasirammede eventuelt at deres partner skal inkluderes? (Hvilke tema?)

b. Nøkkelspørsmål

**Spørsmål 7: Hvilke erfaringer har du med samtaler hvor den afasirammede og deres partner sammen snakker med andre mennesker, og utfordringer knyttet til dette?**

Oppfølgingsspørsmål ved behov:

- Hvilke erfaringer har du med hvordan partnere kan opptre i slike samtaler?
  - (Hva gjør de? F.eks. fullføre setninger for den afasirammede, hjelpe den afasirammede med å fullføre selv, inkludering av den afasirammede, eller ta over samtalen selv o.l.)
- Er dette noe du jobber med i din arbeidspraksis?  
(Kan du utdype? Hvorfor/ hvorfor ikke)
- Hvordan oppfatter du viktigheten av dette temaet i afasirehabilitering?  
(Hvorfor viktig / hvorfor ikke viktig)

**Spørsmål 8: Vi tenker at partnere kan opptre på ulike måter med sin samtaleatferd, i samtaler som de sammen med den afasirammede har med andre mennesker. Dermed tenker vi at de kan opptre i ulike såkalt “samtaleroller”. Er dette et begrep du har kjennskap til?**

Oppfølgingsspørsmål ved behov:

- Er dette noe du jobber med i din arbeidspraksis?
  - Hvis ”Ja”: Kan du fortelle litt om dine erfaringer med slike såkalte samtaleroller?

**Spørsmål 9: Hvilke erfaringer har du med hvordan partnere kan bidra på en positiv måte i slike samtaler, hvor de sammen snakker med en tredjepart?**

- (Hvordan anser du disse bidragene som positive?)

**Spørsmål 10: Hvilke erfaringer har du med hvordan partnere kan bidra på en negative måte i slike samtaler, hvor de sammen snakker med en tredjepart?**

- (Hvordan anser du disse bidragene som negative?)

**Spørsmål 11: I hvilken grad legger du vekt på partneres samtaleatferd i eventuell veiledning av partnere? (Begrunnelse – hvorfor / hvorfor ikke?)**

Oppfølgingsspørsmål ved behov:

- (Hvis det gis veiledning på tematikken) Kan du beskrive hvordan du gjennomfører veiledning på dette området? (Hvordan jobber du med tematikken?)
- Er partneres samtaleatferd og samtaleroller noe du kunne tenkt deg å legge mer vekt på i eventuell veiledning av partnere? (På hvilken måte?)

**Spørsmål 12: Kan du beskrive ditt inntrykk av om veiledning på partneres samtaleatferd i slike samtaler, er viktig for afasirammede?**

Oppfølgingsspørsmål ved behov:

- Hvordan opplever du det generelle behovet fra afasirammede sin side, på dette området?
  - (Ønsker de at du skal veilede partneren på dette? Er det en tematikk de snakker om /anser som en utfordring i hverdagen?)

**Spørsmål 13: Vet du noe om hvordan andre logopeder arbeider med denne tematikken, i når det gjelder veiledning av partnere?**

**Fase 4. Avslutning:**

a. Åpne «trakten» og runde av

- Gi beskjed om at vi nærmer oss slutten av intervjuet.
- Gi informanten mulighet til å tilføye det han/hun måtte ønske.
- Avklare eventuelle uklarheter.

**Spørsmål 14: Kan du beskrive hvilke tanker du sitter igjen med etter dette intervjuet?**

- Gi respondenten mulighet til å komme med spørsmål.
- Takke for deltakelse.