



Att skapa trygghet i vården – en viktig del i sjuksköterskans arbete

Författare: Eva Andersson & Carina Blomqvist

Handledare: Margaretha Gatel

Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå I

Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 01: V

Institutionen för omvårdnad

September 2003

Titel: Att skapa trygghet i vården – en viktig del i sjuksköterskans arbete
Titel: To create safety in nursing – an important part of the nurse work
Författare: Eva Andersson & Carina Blomqvist
Handledare: Margaretha Gatel
Institution: Institutionen för omvårdnad
Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I
Antal sidor: 34
Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 01V
Datum: September 2003

ABSTRACT

Safety is a conceptions that often occur within nursing. Thoughts over the conception safety started during clinical studies, within the education of nurses. The aim of our literature study was, to describe the responsibility the nurses have with concern and to spread safety. The authors started to search and found material by Segesten (1994), in which she described safety by the term “dimensions of safety”. The dimensions of safety comprise both inner and outer safety. In the work of analysis we used different articles and parts of doctor treatises, which we related to the different dimensions of safety, we also found many factors that can affect the nurses ability to mediate safety. It showed that there were not many studies made from the nurses point of view regarding safety. The result of this study shows, that it takes medical knowledge as well as care knowledge to mediate safety. Safety within the healthcare is a important factor which contribute to a high level of being for the patient as well as the nurse.

Keywords: caring, knowledge, nurse, relation, safety.

Nyckelord: kunskap, omvårdnad, relation, sjuksköterska, trygghet.

INNEHÅLL

INLEDNING

BAKGRUND	1
Trygghet – trygghetsdimensioner	1
Samtal	3
Faktorer som kan bidra till trygghet	4
Hälsa	4
Autonomi	4
Kasam	5
Coping	5
Omvårdnad	6
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar	7
SYFTE	8
Frågeställningar	8
METOD	8
Litteratursökning	8
Urval	9
Analys	10
RESULTAT	13
Inre trygghet	13
Förankring i tro – andlig trygghet	13
Förankring i tro – existentiell trygghet	15
Yttre trygghet	16
Miljötrygghet	16
Relationstrygghet	17
Kunskap- och kontrolltrygghet	19
Vad kan påverka sjuksköterskan att förmedla trygghet	21
Resultatsammanfattning	23
DISKUSSION	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion	25
Konklusion	29
REFERENSER	30

INLEDNING

På en specifik gynekologisk avdelning i Västra Götalandsregionen, där vi bedrev kliniska studier, möttes vi av en otrolig styrka hos såväl sjuksköterskor som hos de kvinnliga patienterna. På avdelningen rådde en atmosfär av lugn, trots att det var mycket aktivitet på gång. Den gick inte att ta på, men den kändes direkt då vi kom innanför dörrarna. Enheten hade strävat efter en hög sjukskötersketäthet vilket avdelningen ansåg gav en betydande kompetens hos personalen. Flera av sjuksköterskorna var kontaktsjuksköterskor med specialistutbildning inom onkologi. Sjuksköterskorna ingav ett starkt intryck av såväl lugn och stabilitet som trygghet. Alla dessa intryck gjorde att vi började fundera på hur trygghet påverkar sjuksköterskan i hennes yrkesutövning.

BAKGRUND

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen SFS (1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en bra vård på samma förutsättningar åt hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska utövas så att den infriar kraven på en god vård. Vilket innebär att vården ska vara av god kvalitet och tillfredsställa patientens behov av trygghet samt vidare bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Trygghet – trygghetsdimensioner

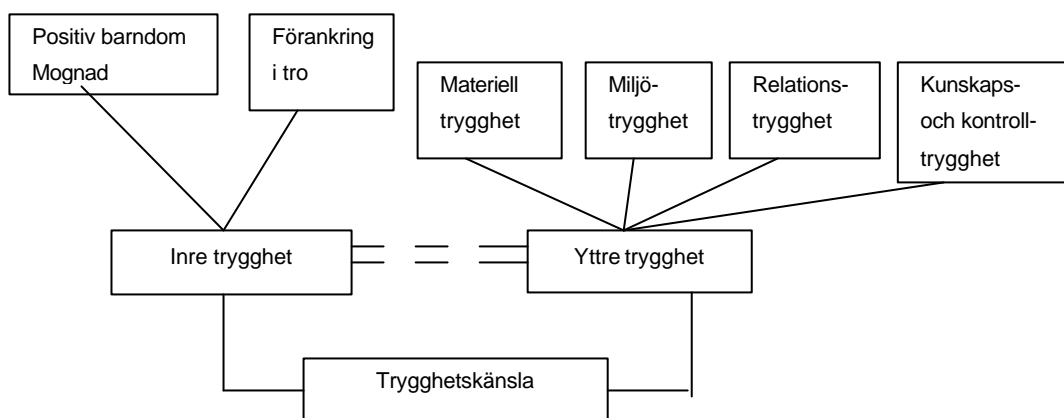
I den existerande verkligheten, anser Segesten (1994), att vi kan finna och skapa förutsättningar för trygghet, men själva tryggheten är en upplevelse av den enskilde individen. Trygghetskänslan är mycket central och något alla strävar efter och ses som ett visst mått av livskvalitet. Begreppet trygghet kan tyckas för de flesta människor vara ett begrepp, som de vet vad det innebär. När Segestens frågor ställdes, vad trygghet egentligen var, ifrågasattes begreppet. Segesten intervjuade fem personer med frågan ”Vad innebär trygghet för dig?” Från svaren på dessa intervjuer framkom två huvuddimensioner.

Den första dimensionen var inre trygghet som en känsla där ord som tillit, balans, värme, glädje, lycka, lugn, harmoni, själsfrid, vila, ro och energifrigörelse framkom.

I denna dimensionen sågs även trygghet som ett inre tillstånd, självtrygghet som hade en stark koppling till barndomen, men som även kan byggas upp hos vuxna genom erfarenhet och positiva upplevelser samt att ta sig igenom en kris. Ord som gemenskap, tillhörighet, tillåtenhet, ansvar, normer och ideal hamnade i denna dimension samt att kunna erkänna svagheter, lita på sig själv, veta vad man vill och tycker samt kunna hävda sig gentemot andra (Segesten, 1994).

Den andra dimensionen, enligt Segesten (1994), består av yttre trygghet till det liv man lever, till interaktionen med omvärlden. Denna trygghet har faktorer utanför individen som materiell trygghet, miljötrygghet och relationstrygghet. I denna dimension ingår även kunskap och kontrolltrygghet som innebar att förstå, förutse, hantera och kontrollera den tillvaro individen lever i samt även ha känslan av att inte vara utsatt för fara eller hot (Segesten, 1994).

Sambandet mellan trygghetsdimensionerna där inre trygghet och yttre trygghet tillsammans ger trygghetskänsla.



Figur 1 av olika trygghetsdimensioner och deras samband (Segesten, 1994, s.14).

Tamm (1991) skriver om Maslow, vilket Tamm anser är den mest kände teoretikern inom behovs- och motivationspsykologin, att människans behov och önskningar är ordnade i en hierarki. Med avseende på behovens elementära betydelse för människan är behoven ordnade schematiskt i en trappstegsmodell enligt följande: fysiologiska behov, trygghets- och kontakt behov, tillgivenhets- kärleks- och självuppskattningsbehov, kunskapsbehov, religiösa behov, estetiska behov samt etiska behov. Det vill säga att den första nivån måste tillfredsställas innan individen kan ägna sig åt önskningar på högre nivå.

Det andra steget, menar Maslow, i Tamm (1991), att behovshierarkin utgörs av trygghets- och kontaktbehov. Dessa behov av trygghet och medmänsklig kontakt ligger mycket nära de fysiologiska behoven och är av grundläggande betydelse för människan. Vuxna människors känslomässiga trygghet och säkerhet är i stor utsträckning förankrad i nära relationer i familjen, i vännerna och kärleksrelationer. Detta beroende av att andra individer gör människan mycket sårbar. Vid sjukdom förlorar patienten sin vanliga trygghet och blir på sätt och vis "övergiven" av de sina.

Enligt Blomquist (1998) är trygghet den gemensamma nämnaren för god vård, ibland måste hinder undanröjas för att ge tryggheten plats. Trygghet ger utrymme för glädjen medan frånvaro ger upphov till lidande. Trygghet för människor är resultatet av många samverkande faktorer i omvårdnadsarbetet.

Samtal

Enligt författarna Arlebrink (1996) och Johansson och Kihlgren (2000) förmedlar vi våra tankar och känslor, inte bara genom verbal kommunikation utan även med kroppsliga uttryck till andra människor

En svår konst och en förutsättning för samtalet, anser Arlebrink (1996), är att kunna lyssna. Den lyssnade tystnaden är aktiv, lyssnaren hör vad som sägs, men inte bara vad som sägs, utan hur det sägs.

Genom att se på den som talar, läggs det märke till hur den personen ser ut just i det ögonblicket. Orden kan säga en sak och kroppsspråket något helt annat. Tystnaden kan vara kreativ och ge tid för reflektion och eftertanke, då båda parter samlar ihop vad som sagts och bearbetar det, för att få möjlighet att komma vidare och få en förnyad ansats i samtalet (Arlebrink, 1996). Tolonen (1986) anser att samtalet fungerar som det instrument som ska hjälpa vårdaren till att planera och genomföra vården. Vårdaren ställer inte diagnos utan söker istället kunskap om individens egna omvårdnadsbehov för förbättring av sin hälsa.

Faktorer som kan bidra till trygghet

Hälsa

Medin och Alexanderson (2000) framför att WHO:s definition av hälsa har ändrats sedan 1948, då var hälsa ett tillstånd av fullständig fysisk, psykisk och socialt välbefinnande. Nu ses hälsa, enligt WHO, som en resurs för den handlande människan att nå välbefinnande. Att inte ha hälsan innebär alltid en förlust av trygghet, med ens blir livet oförutsägbart, anser Tamm (1991). Människan har inte hälsa, utan är hälsa, enligt Eriksson (1987). Att vara hälsa innebär att vara hel och integrerad. Att existera som människa innebär att vara en helhet av kropp, själ och ande. Hälsan utgör ett dynamiskt tillstånd och inom individen pågår ständigt olika hälsoprocesser. Enligt Henderson i Marriner-Tomay (1989) är hälsa livskvalitet och grunden till de mänskliga funktionerna. Befrämjande av hälsa är av större vikt än att bry sig om det som är sjukt, hälsan i sig behöver oberoende och autonomi. Människan kommer att uppnå eller bevara hälsa om hon har nödvändig styrka, vilja, eller kunskap (Marriner- Tomay, 1989).

Autonomi

Autonomi, enligt Arlebrink (1996), innebär att varje människa är en fri och självständig individ. Vi har alla ett ansvar för varandra, vilket ibland kräver att vi ingriper i andra individers liv. Men utgångspunkten måste då vara den andra människan, respekten för henne och de behov hon har för att kunna leva utifrån henne, ett gott liv. Grunden får inte vara den egna personen, det vill säga, individen ingriper inte i en annans liv för sin egen skull.

Kasam

Antonovsky (1991) definierar inte vad hälsa är, utan beskriver istället begreppet hur hälsa kan uppnås. Antonovsky använder sig av tre centrala grundläggande delar: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, vilka han definierar som KASAM – känslan av sammanhang. En person med en känsla av hög begriplighet förväntar sig att de stimuli som hon kommer att möta i framtiden är förutsägbara, eller när de kommer som överraskningar, att de åtminstone går att ordna och förklara. Hanterbarhet innebär att en människa med hög hanterbarhet inte kommer att känna sig som ett offer för omständigheter eller att tycka att livet är orättvist. Meningsfullhet betraktas som motivationskomponent. I vilken utsträckning individen känner att livet har en känslomässig innebörd, att åtminstone en del av de problem och krav som livet utsätter människan för, är värda att investera energi på. Där utmaningar ses som mer välkomna, snarare än bördor (Antonovsky, 1991).

Coping

Coping betecknar det sätt individen använder för att hantera livssvårigheter säger Thernlund (1995). Coping är ett begrepp som saknar en korrekt svensk översättning. Det förklaras dock som strategier att möta stressfyllda situationer, stressbemästring eller anpassningsmekanismer Tamm (1991). Coping kan beskrivas som kognitiva och beteendemässiga ansträngningar att bemästra psykologisk stress anser Lazarus och Folkman (1984). Enligt Tamm (1991) har Lazarus och Folkman beskrivit olika strategier för coping och delat in dem i fyra huvudgrupper: informationssökande, direkta respektive återhållna handlingar, intrapsykiska processer samt socialt stöd. Den första huvudgruppen, i Tamm (1991), beskrivs Lazarus och Folkmans copingstrategier, informationssökning är den mest grundläggande formen av coping. Den innebär att patienten söker information då hon oftast saknar eller har begränsad kunskap om sin sjukdom. Genom att ha kunskap innebär det en större trygghet och kontroll över tillvaron. Andra huvudgruppen, direkta respektive återhållna handlingar, är ett dubbelt fenomen. När patienten insjuknar eller får en diagnos vill en del individer handla direkt för att komma tillrätta med sin sjukdom. Andra yrkar på ytterligare undersökningar för att verkligen försäkra sig om att diagnosen är korrekt (Tamm, 1991).

Den tredje huvudgruppen, intrapsykiska processer, avser sådana som hjälper patienten att bibehålla sin emotionella jämvikt. Hit hör de processer som traditionellt kallas försvarsmekanismer, exempel är förnekande, undvikande och isolering av känslor. Den fjärde huvudgruppen av copingstrategier är socialt stöd, vilket innebär att söka stöd hos andra. Den som insjuknar talar då om sin sjukdom med sina närmaste och med vänner, det vill säga, ventilerar sina känslor. Därigenom bearbetas den tanke- och känsloladdade som sjukdomen skapat (Tamm, 1991). För att förstå en individs copingstrategi är det viktigt att vara medveten om vilken form av stressituation eller hot det är som skall bemästras. Copingstrategier förändras över tid och påverkas av hur patientens livssituation förändras det enligt, Lazarus och Folkman (1984).

Omvårdnad

Vård och omvårdnad är enligt Kalkas och Sarvimäki (1996) och Johansson och Kihlgren (2000) verksamheter som styrs av övergripande värdepremisser och etiska ställningstaganden. De baseras på en strävan av att åstadkomma någonting gott för andra människor så som hälsa, trygghet, ett så bra liv som möjligt samt en fridfull död. I dessa verksamheter kommer man i kontakt med människor när de är som mest utsatta, sårbara och maktlösa. En etisk medvetenhet och känslighet är därför viktiga för att vården ska kunna utföras på ett så hänsynsfullt och respektfullt sätt som möjligt. Dahlberg (1994) framför att omvårdnaden bygger på en människosyn där människan ses som en helhet. Individen ska få respekt, inte efter sina prestationer, status eller ekonomi utan med synen att hon är unik. Omsorgen skall ses till hela individen som är sjuk eller skadad, inte bara ha blicken på hennes specifika sjukdom, skada eller funktionssvikt. Omvårdnad skall utövas utifrån en helhetsuppfattning, där människan förstås med en fysisk, psykisk, andlig och social dimension. Benner (1993) menar att sjuksköterskans iakttagelseförmåga är av största vikt, detta för att kunna se helheten hos patienten, vilket i sig bidrar till patientens bästa. Vårdandets yttersta syfte anser Eriksson (1987) är att befrämja hälsa och därmed livet självt. Omvårdnad enligt Wendt (1998) innebär att tillgodose vissa grundläggande behov hos patienten och har utvecklats till ett särskilt kompetensområde som sjuksköterskan har ett betydande faktiskt ansvar för.

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

Henderson (1991) anser att sjuksköterskan måste känna var och en av sina patienter från insidan för att på så sätt veta vad patientens önskningar är, och vad hon behöver för att upprätthålla livet och att återvinna hälsan. Ju snabbare patienten klarar sig själv och svarar för sin egen handling, desto bättre är det för henne. En vuxen person borde alltid få känna att avgörandet ligger i hennes egna händer. Henderson påpekar angelägenheten för sjuksköterskan, att inse betydelsen av att alla människor har gemensamma grundläggande behov. Men minst lika viktigt, är det att komma ihåg, att dessa behov tillfredsställs på ett oerhört varierande sätt och att två av dem inte är lika. Motiven växlar för olika individer och individens behov skiftar under livets gång.

Henderson (1991) anser att "Sjuksköterskans speciella arbetsuppgift består i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befördrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död); åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift skall utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende" (Henderson, 1991, s.10).

Enligt Norberg, Engström och Nilsson (1994) innebär omvårdnad både ett förhållningssätt (bry sig om) och vissa handlingar eller verksamheter (ta hand om). För att kunna ge en bra omvårdnad krävs att vårdaren måste se patientens värdighet och sårbarhet, känna med patienten, vilja, kunna och ha möjlighet att hjälpa. För omvårdnad som handling krävs det att vårdaren kan utföra de uppgifter som en relevant hjälp till det patienten kräver.

Sjuksköterskans specifika omvårdnadsansvar enligt SFS (1993:17) innefattar att skapa en hälsobefrämjande miljö, stärka hälsan, förebygga sjukdom och ohälsa, bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt att ge möjlighet till en värdig död.

Sarvimäki och Stenbock-Hult (1989) framför att sjuksköterskor förutsätts ha en professionell hållning som innefattar inlevelse, kunskap, empati och där ses empatin som en central del inom omvårdnaden.

En empatisk förmåga intar en central plats, anser Holm (2001), i sjuksköterskans professionella hållning. Den grundar sig både på erfarenhet av andra och på en självkänedom samt förutsätter vissa grundläggande funktioner hos utövaren. Empati innebär en förmåga att sätta sig in i och förstå en annan människas känslor och psykiska situation. En sjuksköterska som empatiskt kan uppfatta vad som ligger bakom en hjälpsökandes utspel, provokation eller beroendehållning, har en större möjlighet att ta hand om dessa reaktioner på ett sätt, som är avpassat efter den andres behov och inte styrt av de egna känslorna. Sjuksköterskan måste i sitt dagliga arbete kunna förmedla styrka, kunna ge psykologiskt stöd och hjälp till patienter som befinner sig i såväl socialt, somatiskt som psykiskt svåra situationer. Dessa uppgifter blir svåra att genomföra om sjuksköterskan inte kan bygga upp en förtroendefull relation till patienten (Holm, 2001).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskans omvårdnadsansvar i att förmedla trygghet.

Frågeställningar

- Hur kan sjuksköterskan förmedla trygghet?
- Vad kan påverka sjuksköterskan att förmedla trygghet?

METOD

Litteratursökning

Metoden för datainsamlingen var litteraturstudier. Den kunskap som hämtas från litteraturen är, enligt Patel och Davidsson (1994), kunskap från teorier, modeller och kunskap från tidigare studier inom det aktuella området. I studien har använts artiklar samt delar ur avhandlingar. Då få funna artiklar svarade på syftets frågeställningar, valdes avhandlingar till stöd för det som framkommit i de påträffade artiklarna.

Polit och Hungler (1999) menar att svaren på litteraturstudien först och främst skall sökas i vetenskaplig litteratur, men icke vetenskapliga litteratur kan också användas för att öka förståelsen för problemområdet. Datainsamling har skett vid högskolans bibliotek i Vänersborg och Norra Älvsborgs läns sjukhusbibliotek. Artiklarna söktes med hjälp av databaserna; CINAHL, E-tidsskrifter, Karolinska institutet, Libris, Med Line, SOFIA och SveMed+. Med utgångspunkt i ämnesområdet och syftet började sökandet efter artiklar och avhandlingar. Sökningar gjordes även i olika tidskrifter. Backman (1998) benämner detta som manuell sökning. Manuell sökning har skett vid högskolans bibliotek i Vänersborg och Norra Älvsborgs läns sjukhusbibliotek.

Sökord: kunskap, omvårdnad, relation, sjuksköterska, trygghet, caring, confidence, conversation, coping, empathy, interaction, knowledge, nurse, nursing, relation, safety, security, spirituell

Urval

Backman (1998) menar att det slutgiltiga urvalet i de grundläggande studierna självklart beror på det valda problemet. Det är det specifika i studierna som blir föremål för urvalet. Författarna har till detta arbete haft Segestens (1994) trygghetsdimensioner som underlag samt vilka faktorer som kan påverka sjuksköterskan att förmedla trygghet och utifrån detta söktes material. Vi fann att det valda området inte studerats i någon större omfattning, av den orsaken gjordes ingen tidsbegränsning i sökningen, det vill säga, vi begränsade inte sökningen till något årtal. Via de sökvägar vi använt oss av fann vi totalt 67 artiklar. De artiklar som bearbetades var flertalet vetenskapliga artiklar. Enligt Spri (1996) är kriterierna för en vetenskaplig artikel att den ska vara publicerad för första gången i en tidskrift som är refereebedomd. För att kunna avgöra om artiklarna uppfyllde kriterierna för vetenskaplighet, lästes och granskades de 67 artiklar som valts ut. Engelsk och norsk litteratur bearbetades av författarna och artiklarna skulle svara på frågeställningarna för att anses relevanta. Vetenskapliga tidskrifter med artiklar om trygghet ur sjuksköterskeperspektiv visade sig vara begränsade. Detta ledde till att många av de vetenskapliga artiklar som ingår i resultatet, togs ur tidskriften *Journal of Advanced Nursing*. Av de 67 utvalda artiklarna, inkluderades 15 artiklar i resultatet, dessa svarade på syftets frågeställningar. Dessutom användes en bok om grundläggande omvårdnadsteorier samt fyra avhandlingar i form av monografier.

Övriga 52 artiklar exkluderades, dessa svarade inte på frågeställningarna i syftet. Av de inkluderade artiklarna innehöll elva empiriska studier och fyra bestod av litteraturstudier.

Analys

Artiklarna och delar av avhandlingar granskades, analyserades och utifrån detta sorterades materialet under de olika trygghetsdimensionerna. Materialet skulle beröra sjuksköterskans omvårdnadsansvar vad det gäller att förmedla trygghet. Ibland var författarna till detta arbete i behov av att stärka sjuksköterskans utförande genom att visa fram patienters upplevelser. Vi använde oss utav Segestens (1994) trygghetsdimensioner för att i resultatet presentera det som framkommit under rätt dimension vad det gäller att förmedla trygghet för sjuksköterskan. Den andra frågeställningen som användes, byggdes på artiklar utifrån sjuksköterske- och patientperspektiv vilka påvisade vad som kunde påverka sjuksköterskan i att förmedla trygghet.

Vad det gäller trygghetsdimensionerna valdes två dimensioner bort. En från den inre tryggheten beroende på att den handlade om positiv barndom och mognad, vilket i denna forskning är utifrån sjuksköterskan och det finns inte något material om detta. Vad det gäller den andra dimensionen som tillhörde den yttre tryggheten, valdes materiell trygghet bort. Detta för att det inte ansågs relevant för denna studie. Enligt Patel och Davidsson (1994) är målsättningen med analysen att hitta mönster, teman och kategorier ur textmaterialet. Backman (1998) skriver att det kan underlätta om en grov strukturering görs av materialet i samband med analysen. Först lästes abstrakten av författarna individuellt och i de fall abstrakten överensstämde med arbetets syfte översattes artikeln i stora delar till svenska. Litteraturen bearbetades därefter gemensamt utifrån arbetets ändamål, det vill säga, hur sjuksköterskan kan förmedla trygghet och vad som kan påverka detta. Utifrån syftet markerades de trygghetsdimensioner och faktorer som ansågs relevanta. En sammanfattning fästes som försättsblad till varje artikel. De trygghetsdimensioner samt vad som kan påverka sjuksköterskan att förmedla trygghet som stämde med syftet skrevs ned manuellt samt på data.

Därefter klipptes materialet samman under rätt dimension och vad som kan påverka sjuksköterskan att förmedla trygghet, för att sedan sammanställas gemensamt i det slutgiltiga resultatet.

Tabell 1. sammanställning av artiklarnas syfte, metod och urval.

Förf./ Publ.år/Titel	Syfte	Metod	Urval
Ahlström, G. (2000). A model for supporting the patients coping with chronic illness. <i>Vård i Norden</i> , 3, 34-38	Syftet var att hitta ett koncept utifrån sjuksköterskans perspektiv till en lyckad coping.	Tolkning utifrån tre frågor som ställdes vid stressituationer och utvärderade coping behov därefter.	Erfarna sjuksköterskor
Boman, L., Björvell, H., Cedermark, B. & Langius, A. (1999). Two models of care as evaluated by a group of woman operated on for breast cancer with regard to their perceived well-being. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 8, 87-96.	Syftet var att med två olika modeller utvärdera bröstcancer - patienters uppfattning av välbefinnande.	Två frågeställningar användes varav den ena var KASAM-skalan och den andra var frågor beträffande sjukhusvistelsen, uppfattningar om information, hälsa, socialt stöd, smärta och psykosocialt välbefinnande.	115 stycken patienter.
Carroll, B. (2001). A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. <i>Mortality</i> , 1, 81-98.	Syftet med denna studie var att försöka få fram den andliga dimensionen inom omvårdnad.	Intervjustudie.	Urvalet var 15 st. sjuksköterskor inom palliativ vård.
Dyson, J., Cobb.M., & Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 26, 1183-1188.	Syftet var att påvisa mening, hopp, sammanhang, övertygelse och uttryck av andlighet, vilket vårdpersonal kan använda sig av.	Litteraturstudie.	Artiklar och böcker.
Fagerström, L. (1998). The patients perceived caring needs as a message of suffering. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 28, 978-987.	Syftet var att komma fram till en djupare förståelse av patienters erfarenhet av omvårdnadsbehov.	Intervjuer på avdelningarna	38 stycken. från en kirurgavdelning och 37 st. från en medicinavdelning. Totalt 75 st. varav 29 var kvinnor.
Fagerström, L. (1999). The patients perceived caring needs: Measuring the unmeasurable. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 5, Sid. 199-208.	Syftet var att hitta ett instrument för att kunna mäta det omätbara fenomenet omvårdnadsbehov.	Intervjuer	38 stycken från en kirurgavdelning och 37 st. från en medicinavdelning. Totalt 75 stycken varav 29 var kvinnor.

Goldberg, B. (1988). Connection: an exploration of spirituality in nursing care. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . 27, 836-842	Syftet var att hitta ett sammanhang mellan andlighet och omvårdnad i relationen mellan sjuksköterska och patient.	Litteraturstudie.	Kategoriserat olika begrepp inom andlighet utifrån litteratur.
Gunnarsson, M & Niklasson, I. (1997). <i>Kontaktsjuksköterska för kvinnor med äggstockscancer. Foucentrum i Norra Älvsborg, Vänersborg.</i>	Syftet var att utveckla och tillvarata sjuksköterskans omvårdnadskompetens, genom att utarbeta ett kontrakt för kontaktsjuksköterska.	Patientstudie med intervjuer av en undersökningsgrupp samt en jämförelsegrupp.	Kvinnor med diagnosticerad äggstockscancer.
Halldorsdottir, S. (1996). Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. <i>An International Journal for Cancer care</i> . 1, 29-36.	Syftet var att få kunskap och förståelse för hur det är att få diagnosen cancer och behandling för detta.	Intervjuer.	Nio stycken patienter som fått återfall eller var i tillfrisknadsfasen av cancer.
Kloster, T. (1997). Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan o lever pasienterne dette? <i>Vård i Norden</i> , 3, 14-20.	Syftet var att ta reda på hur sjuksköterskorna fullföljer sin information / undervisning och ansvaret i praktiken.	Fältstudier, observationer på en ortopedisk avdelning.	Sjuksköterskor och patienter efter kön och ålder, uppdelade i två grupper med två män och två kvinnor i varje grupp.
Selmer, Å. W. (1997). Pasientinformasjon – undervisning. En utfordring for sykepleier. <i>Vård i Norden</i> , 1, 11-17.	Syftet var att ta reda på patienters erfarenheter av informasjon på sjukhus.	Fältstudie.	12 vuxna individer på en kirurg och en medicinavdelning i på ett sjukhus i Norge.
Sheldon, J. (2000). Spirituality as a part of nursing. <i>Journal of Hospice and palliative Nursing</i> . 3, 101-108	Syftet var att få fram ett koncept om hur andlighet kan tillämpas vid palliativ vård ur ett omvårdnadsperspektiv.	Litteraturstudier.	Artiklar och böcker.
Strang, P., & Strang, S. (2001). Spiritual thoughts, coping and sense of coherence in brain tumour patients and their spouses. <i>Palliative Medicine</i> , 15, 127-134.	Syftet var att utforska i vilken omfattning hjärntumörs- patienter och deras närmaste släktingar var kapabla att klara av att förstå och skapa mening i deras situation, att utforska huruvida andlighet kan ställa upp och analysera dessa koncept är relaterat till Antonovskys mall för känsla av sammanhang.	Intervjuer som spelats in på band, ett innehåll och sammanhang analyserades och utfördes med hjälp av hermeneutisk modell.	20 stycken patienter och 16 stycken närstående, utav dessa var 3 stycken religiösa.

Sumner, J. (2001). Caring in nursing: a different interpretation. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 6, 926-932.	Syftet var att tillämpa Habermas' teori om moral och kommunikation mellan sjuksköterska och patient	Litteraturstudie.	Utifrån litteraturen finna förklaringsmodeller i den moraliska kommunikationen mellan sjuksköterska och patient.
Van Dover, L. & Bacon, J. (2001). <i>Spiritual Care in Nursing Practice: A close- Up View. Nursing Forum</i> , 3, 18-30.	Syftet var att identifiera andliga behov som rör patienterna och deras familjer, en beskrivning om hur sjuksköterskorna gör i sitt dagliga arbete.	Intervjuer på avdelningen och använde sig av Grounded theory.	20 stycken sjuksköterskor som delvis använde sig av andlig vård i sitt utövande i arbetet.

RESULTAT

Resultatet presenteras genom användandet av Segestens (1994) trygghetsdimensioner, vilka har beskrivits i bakgrunden sidan två. Med hjälp av dessa dimensioner påvisas hur sjuksköterskan kan förmedla trygghet. Vad kan påverka sjuksköterskan att förmedla trygghet presenteras genom artiklar samt med stöd från delar av avhandlingar.

Inre trygghet

Förankring i tro - andlig trygghet

Andlighet kan vara, enligt Sheldon (2000), var och ens egen tro samt det innersta väsen hos varje människa. Sjuksköterskans omvårdnadsansvar innebär att se människan som unik och se dennes individuella behov. Dessa beskrivningar hänför till att varje människa har en andlighetsdel som är förenad till varje persons psykiska, mentala och sociala natur, även om denna del inte blir definierad eller känd för varje person. Sjuksköterskan som bortser från patientens andlighetsbehov, står inte för ett holistiskt synsätt inom vården (Sheldon, 2000).

En sjuksköterska, enligt Sheldon (2000), måste förstå vad andligt vårdande består av, vad andlig hälsa är och vad andlig smärta eller oro står för. För att förstå vad andlighet betyder gentemot en annan person, måste sjuksköterskan identifiera det med sig själv. Det finns en andlig dimension i vårdandet och sjuksköterskan är ibland ombud för patienten i olika vårdssituationer. När andlig smärta inte är kartlagd eller lämnats lämplig uppmärksamhet kan patientens vård bli hämmad. Om inte patientens behov observeras leder det till bekymmer som inre smärta och negativa symtom. Detta kan mynna ut i frustration mellan sjuksköterska och patient i deras strävan efter en bra relation. Andlighet är en del av vårdandet, en del av ett kontinuum av god vård. Sjuksköterskor måste i sin yrkesprofession utföra en bedömning av varje patients andliga behov och önsningar, detta för att utveckla en vårdplan, som vänder sig till hela vården av patienten (Sheldon 2000).

Andligt omhändertagande är i praktiken en av många delar inom vårdandet. Sjuksköterskorna i studien av Van Dover och Bacon (2001) identifierade andliga behov och engagerade sig i patienterna och deras familjer. Sjuksköterskorna gjorde en tidig, lämplig omsorgsfull bedömning av varje enskild situation. Denna nivå av förmåga att ge andlig vård är bara möjligt, när sjuksköterskan är skicklig och flexibel i mötet med patientens andliga angelägenheter.

Sjuksköterskorna skapade en mening för patienterna och gav dem tydliga erkännande, att det andliga är en central mänsklig kunskap om hälsa och välbefinnande (Van Dover och Bacon, 2001). Goldberg (1998) visade att det inte är tvunget att ha någon andlig tro, även om sjuksköterskans arbetsdefinition av andlighet omnämns med sökandet efter en mening. Innebörden av mening kan upplevas på många sätt, eventuellt skapande genom poesi, målning, anhängare till en politisk ideologi eller i förhållande till andra människor. Inom denna öppna definition av andlighet finns ett sökande efter mening i tillvaron, för var och en.

En studie gjord av Carroll (2001) åskådliggjorde att sjuksköterskorna tolkade innebörden av termerna andlighet, ande och själ olika och att meningen med andlighet kan ändra sig genom livet.

Tolkningen av termerna berodde på sjuksköterskornas kultur, religion och sociala bakgrund. Andlighet är det innersta väsen av att vara, inte som en separat del, men som en helhet av kropp och själ. Studien visade att den andliga dimensionen uppdagades hos sjuksköterskorna genom utveckling av ett förtroligt förhållande mellan sjuksköterska och patient (Carroll, 2001).

Förankring i tro - existentiell trygghet

Söderlund (1998) visade i sin avhandling att ett ömsesidigt utbyte av erfarenheter mellan sjuksköterska och patient var av stor vikt. Det var sjuksköterskans bemötande som var avgörande om patienten kände sig tillfreds eller inte. När sjuksköterskan lät patienten överta ansvaret för sig själv, gav det känslan av kontroll över sin egen situation, vilket ledde till såväl trygghet som existentiell säkerhet. Existentiell säkerhet innebär att som patient betyda något som människa. Sjuksköterskans lyhördhet, enligt Andersson (1994), för det som inte syns, kan på ett grundläggande sätt påverka patientens upplevelse av trygghet inom vården.

Detta beskrivs av en patient. ”Om jag känner mänsklig kontakt, att dom tar kontakt med mig, att dom verkar bry sig. Att dom i största allmänhet är vänliga och ställer upp och har kunskap om att jag är sjuk fast jag inte har ett stort bandage. Om jag känner det i luften att dom har den kunskap och den förståelsen, då blir saker runt omkring av mindre betydelse”
(Andersson, 1994, s. 51).

Fagerströms (1999) studie belyste fenomenet omvårdnadsbehov hos patienter och utgångspunkten var att studera patienters uppfattningar av deras omvårdnadsbehov. Patienters omvårdnadsbehov utgick från deras problem, önskningar, behov av ett värdigt liv, kärlek, meningsfullhet, existentiella och spirituella behov. Författarens resultat visade att patientens existentiella och spirituella behov inte framkom klart och tydligt. De flesta patienter som intervjuades i undersökningen fann det svårt att beskriva dessa omvårdnadsbehov. Många patienter upplevde en tomhet som de inte kunde förklara (Fagerström, 1999).

Yttre trygghet

Miljötrygghet

Den yttre miljöns betydelse för att skapa trygghet är enligt Selmer (1997) beroende på sjukdom, information och behandling. Tidpunkten och kontakten runt informationen har betydelse för trygghet i miljön mellan sjuksköterska och patient. I en studie av Kloster (1997) klargjordes att tillfället då informationen ägde rum, styrdes huvudsakligen av situationen på avdelningen. Nästan all information visade sig ske på patientens rum eller i korridoren. Sjuksköterskorna bekymrade sig över att tystnadsplikten i dessa möten, inte regelmässigt kunde följas. Där det fanns ett rum att tillgå, nyttjades det av sjuksköterskan. När och hur informationen gavs var upp till sjuksköterskan samt den tid som stod till förfogande. Det visade sig att någon patient fick mycket god information och var väldigt nöjd, medan andra fick mindre och sämre information och uttrycker sig mer kritiskt. Vidare framförde Kloster att enskilda patienter uttryckte obehag över att andra patienter hela tiden kunde följa med i vad som skedde och att detta av och till hindrade dem till ett förtroligt samtal. Den obehagliga känslan av att flera patienter behöver hjälp samtidigt och att sjuksköterskan måste lämna en patient utan att få avsluta samtalet upplevdes som otillfredsställande. Tidsproblematiken var påtaglig för såväl sjuksköterskan som patienten. En vanlig störning i miljön anser Strandmark Kjölrsrud (1994) är bristen på enskilda rum. Det är inte lämpligt att utföra personliga samtal på en sal med flera patienter där endast draperier avgränsar den enskilda sängen.

Svärdson (1999) beskriver faktorer som kan underlätta en interaktion mellan sjuksköterska och patient. Författaren beskriver vikten av en vacker hemlik miljö, vilken påverkar både personal och patient. Hemlik miljö kan vara vackra färger, god kvalitet på möbler och gardiner, tavlor, blommor och lite gamla saker. En vacker och genomtänkt miljö beskrivs som att den ger lugn, frid, harmoni och respekterar den som rör sig i miljön (Svärdson, 1999).

Relationstrygghet

All trygghet, enligt Andersson (1984), framförallt den som är situationsrelaterad, har samband med människans interaktion med omgivningen. Den berör hela individen och inte någon liten del som går att lyftas ur helheten. Helhetssynen i vården byggs upp, anser Strandmark Kjölrsrud (1994), genom att sjuksköterskan ser patienten som en hel person. Till det mänskliga hör människans grundläggande värderingar, vilka i sig ger livet en mening och ett innehåll. Relationer människor emellan uppstår genom kommunikation och samspel. Kommunikationen blir därmed ett hjälpmedel för sjuksköterskan att nå fram till en helhetssyn. Denna helhetssyn främjar patientens hälsa genom att sätta igång en utvecklingsprocess. En bra relation skapar i sig, ett välbefinnande hos patienten. Patientens och sjuksköterskans grundläggande värderingar möts i en relation och bådats perspektiv på helhetssynen smälter samman till en gemensam helhetssyn, vilket då främjar hälsan hos patienten (Strandmark Kjölrsrud, 1994). Enligt Selmer (1997) är kommunikation alltid ett samspel mellan två eller flera parter. Samspelet har inte bara en innehållsmässig sida, den har också en relationsbefrämjande sida.

Svärdson (1999) anser att empati är en interaktion mellan två individer. Samspelet mellan människor är en förutsättning för att empati ska kunna uppstå. En sjuksköterskas empatiska uppträdande berörs av samverkan mellan sjuksköterskan, patienten och den omgivande miljön. Detta beteende ingår i ett samspel som påverkas av sammanhanget.

Kloster (1997) understryker i sin studie betydelsen av att ha en eller några få sjuksköterskor, som patienten kan vända sig till. Patienterna upplever frustration över att det ofta kommer nya sjuksköterskor som inte känner dem sedan tidigare. Bristande kontinuitet kommer till uttryck i flera situationer och patienterna framhäver betydelsen av att kunna ha tillit till sjuksköterskan. Den sjuksköterska som i sin profession visar ansvar och omtanke inger trygghet.

Gunnarsson och Niklasson (1997) fann, i en studie gjord på en gynekologisk avdelning i Västra Götalandsregionen, betydelsen av kontaktsjuksköterskor. Syftet i studien var att utveckla och tillvarata sjuksköterskans omvårdnadskompetens, genom att utarbeta ett kontrakt för kontaktsjuksköterska, vilket sedan utvärderades efter ett år. Resultatet visade att införandet av kontaktsjuksköterska resulterade i att sjuksköterskans arbetstillfredsställelse samt kunskap om patientens omvårdnadsbehov ökade.

Svärdson (1999) framlägger i sin avhandling att det ibland kan råda bristande samarbete mellan personalgrupper, en bristande lyhördhet och respekt för varandras arbete. Respekten för andras arbetsuppgifter samt att vara lyhörd för varandra är en viktig uppgift i samarbetet mellan sjuksköterskor. Alla sjuksköterskor i studien betonade vikten av bra relation samt ett bra arbetsklimat för samspelet. Detta påverkar starkt både personal och patienter. En bra stämning leder till att man orkar mer, bjuder mer på sig själv. Viktigt är att ha ett tillåtande klimat, en närhet, en vilja att lära känna varandra, strävan efter en positiv människosyn och en gemensam målsättning (Svärdson, 1999).

Andersson (1994) ansåg att sjuksköterskan alltid bör ta hänsyn till patientens värderingar och önskemål, både utifrån individens upplevelser av sjukdom, konsekvenserna av den i livssituationen samt upplevelser av gränser för den personliga zonen. Med utgångspunkt av detta lyfter Andersson fram den grundläggande betydelsen som respekt för patientens integritet. Respekten för patientens integritet utgår från en medvetenhet hos sjuksköterskan och ett hänsynstagande till att människan är sårbar. Individer är olika känsliga, vilket innebär att upplevelsen av beroende i interaktionen till sjuksköterskan blir olika för olika patienter (Andersson, 1994).

Sjuksköterskan bör ta reda på vad patienten upplever som problem, ge patienten betydelsefull information samt försäkra sig om att patienten tillgodogjort sig denna (Andersson, 1994). Svärdson (1999) anser att i ett professionellt förhållningssätt gentemot patienterna ingår, att sjuksköterskan skapar en bra relation vilket leder till en trygghet för båda parter.

Det uppfattas, enligt Sumner (2001), som ett moraliskt ideal, att var och en för med sig sin egen historia och kulturella bakgrund i en specifik omvårdnadssituation. Det är viktigt att förhållandet mellan sjuksköterska och patient har kognitiva och känslomässiga beståndsdelar, detta för att komma fram till en överenskommelse och en accepterad riktning i omvårdnadshandlingen. Med dessa mål blir såväl sjuksköterska som patient bekräftade i ett jämlikt ideal, även om det är vissa ingående ojämlikheter i förhållandet.

Fokuseringen på en studie gjord av Ahlström (2000) var ett koncept av coping utifrån sjuksköterskans perspektiv. Detta för att skapa trygghet i relationen mellan sjuksköterska och patient. Författaren beskriver hur sjuksköterskan kan använda modeller som en grund för patientens guidning i riktning till en lyckad coping i avseende till välbefinnande. Sjuksköterskan medverkar till att förbättra välbefinnandet hos patienten, genom att förstå dennes uppfattning av sin sjukdomssituation. Detta med hjälp av att stödja och förstärka copingresurserna, mobilisera hopp, utveckla känsla av sammanhang och meningsfullhet. Det är viktigt att sjuksköterskan förstår den enskilde patientens upplevelser i speciella situationer. Coping används när sjukdomen startar, utvecklas och när sammanhanget ändras. Sjuksköterskan ser och tolkar hur patienten ser ut, kroppsspråk, röstläge, rörelseförmåga och smärtreaktioner. Förutom hjälpanandet, är målet för sjuksköterskan att träna andra människor till att åstadkomma deras egna maximala kapacitet och välbefinnande (Ahlström, 2000).

Kunskap- och kontrolltrygghet

I en studie, skriven av Strang och Strang (2001), fann författarna hur ytterst viktigt det var att sjuksköterskan lyssnade på patienten samt gav relevant information. En bra undervisning medförde att begripligheten blev tydlig hos patientens egna tankar och funderingar, trots en otrygg situation. Patientens hantering av informationen åstadkoms genom aktivt sökande efter strategier, detta med hjälp av socialt stöd och coping. Meningsfullhet var en central kvalitet av livet och skapades vid nära relationer, vilket i sig gav styrka (Strang & Strang, 2001).

Strang och Strang (2001) skriver om betydelsen av att ta bort orealistiska tolkningar för att skapa ordning ut ur kaoset och höja känsla av sammanhang. Sjukdom, olycka och död är inte önskvärda, men när de inträffar, skall det åtminstone bli begripliga i mening i att uppnå ett accepterande.

Boman, Björvell, Langius och Cedermark (1999) uppmärksammade i sin studie att då KASAM användes av sjuksköterskan inför en operation stärktes patienten emotionellt. Genom att ge patienten en detaljerad information innan ingreppet fick patienten svar på sina funderingar. Sjuksköterskan uppskattade patientens KASAM via en ökad kontinuitet mellan sjuksköterskan och patienten. Detta resulterade till utvidgade möjligheter att identifiera specifika stöd i samband med operationen samt att vårdtiden blev kortare. Ju starkare KASAM desto positivare var patientens känslomässiga uppfattning och förståelse för sin allmänna hälsa och mentalt välbefinnande efter operationen.

Kloster (1997) kom fram till, att om sjuksköterskan ska vara en god undervisare, måste hon ha kunskap om det hon ska undervisa i samt ha en pedagogisk utbildning. Sjuksköterskan fokuserar sig på patienten och huvudinnehållet i undervisningen bör vara faktainformation. Sjuksköterskan inriktar informationen på vad som skall ske, rutiner på avdelningen, förklarar tillvägagångssättet inför omvårdnadsåtgärder och vilka mediciner patienten får. Detta ger patienten en kunskapskontroll. I studien framkom att den emotionella informationen inte fick mycket utrymme, med andra ord, patientens känslomässiga upplevelse i samband med behandlingen inte prioriterades, trots att det är detta patienten önskar att få information om.

I en studie, av Halldorsdottir (1996), framkom det att sjuksköterskor i allmänhet är kategoriserade av samhället som att vara omhändertagande. Denna yrkesgrupp förmodas kunna ta hand om människors känslor och deras komplexa situationer. Speciellt nyutexaminerade sjuksköterskor känner emellanåt att de inte har tillräcklig kunskap.

Halldorsdottir (1996) pekar på värdet av att sjuksköterskor tar del av den vetenskapliga utvecklingen genom att läsa artiklar som framlagts inom olika ämnesområden. Detta kan hjälpa sjuksköterskan i sin strävan att förstå mänskliga känslor och människors unika situationer.

Svärdson (1999) anser att sjuksköterskan kan skaffa sig kunskap, till exempel genom att läsa skönlitteratur där människor berättar om sina upplevelser och sedan använda denna kunskap i förståelsen av andra.

Strandmark Kjölsrud (1994) belyser att professionell kunskap krävs inte bara i de traditionella ämnena som handlar om sjukdomar, hälsa, symtom och behandlingsmetoder. Insikt krävs dessutom vid alla förändringsprocesser, som pågår i en människas liv för att uppnå hälsa och välbefinnande. Vetskap om empati, vuxen-vuxen relationer, otrygghet och existentiella krisreaktioner är nödvändiga för att en fungerande relation mellan sjuksköterskan och patienten skall uppstå. Strandmark Kjölsrud menar att förutom medmänsklighet krävs det kunskap i omvårdnad för att skapa fungerande relationer i vården. Sjuksköterskan måste kunna omsätta teoretisk kunskap i praktiskt handlande för att ge patienterna god vård.

Vad påverka sjuksköterskan att förmedla trygghet

Dyson, Cobb och Forman (1997) anser att sjuksköterskan i sin profession inriktar sin omvårdnad till kroppsliga, sociala och psykiska aspekter, medan andlig omvårdnad oftast försummas av sjuksköterskan, eller lämnas över till präster eller andra andliga ledare. Den professionella sjuksköterskan behöver inse sitt ansvar, arbeta närmare tillsammans med hela vårdkedjan och identifierar lämpligt stöd för andliga behov. Vidare anser Dyson, Cobb och Forman, att andlighet är en hörnsten för sjuksköterskan i sitt holistiska synsätt.

Information berör alltid två parter, enligt Selmer (1997), i dennes studie var det patientens erfarenheter som beskrevs och belystes.

Patienters synpunkter, i Selmers (1997) studie, beträffande informationen vilka var vanliga, var till exempel, ”förstår inte vad de säger”, ”jag får ingen information” samt ”informationen var irrelevant.” Sjuksköterskan är den person i personalgruppen som har mest kontakt med patienten. Sjuksköterskan finns där dygnet runt vilket gör att patienten kan vända sig till henne. Trots detta ansåg inte många patienter att de fick någon information från sjuksköterskan. Sjuksköterskan vägleder och undervisar samtidigt som hon gör andra patientuppgifter. I samband med dessa uppgifter talar sjuksköterskan med patienten, instruerar vid behov, förklarar vad som görs och varför det görs. Detta är ett informellt möte att kommunicera på. Det sker utan någon klar planläggning och föregår ofta utifrån det som sker i den specifika situationen (Selmer, 1997).

Kloster (1997) konstaterade liksom Selmer (1997) i sitt resultat att sjuksköterskan undervisade och informerade patienten under tiden de utövade andra praktiska uppgifter, patienten uppfattade inte detta som information. Sjuksköterskan planerade inte sin information och under hektiska tider gavs ingen information alls, det som gavs var då enbart fakta.

De intervjuade sjuksköterskorna i Klosters (1997) studie fick frågan hur de reagerade när patienten inte gjorde det som sjuksköterskan själv ansåg var bäst. Det framkom i studien att någon sjuksköterska var mer påstridig än de andra och försökte övertala patienten. Patientens rätt till autonomi blev påtaglig i intervjuerna med sjuksköterskorna, de framhävde betydelsen av att patienten hade tillräcklig kunskap och att de kunde förstå konsekvenserna av sina val. En situation som belyste patienternas autonomi var när patienten ville skriva ut sig själv, mot sjuksköterskans önskan. Det framkom att sjuksköterskan ibland kände sig orolig för patientens beslut och eventuella följder. Men oftast litade sjuksköterskan på att patienten förstod sitt tillstånd och att dennes egna beslut var helt sitt eget (Kloster, 1997).

Strandmark Kjölsrud (1994) anser att svårigheter finns för sjuksköterskan att förstå när patienterna önskar och har behov av annan hjälp. Dessa patienter kan se det som ett intrång i sin personliga integritet om personalen börjar fråga ut dem om deras personliga liv. Däremot bör sjuksköterskan, om de har en helhetssyn, vid val av behandlingsmetoder och i omvårdnaden, utgå från sin kunskap om hela människan, förstå sambandet mellan människa och miljö samt helhetssynen i människans förändringsprocess (Strandmark Kjölsrud, 1994).

Resultatsammanfattning

För att sjuksköterskan ska kunna förmedla trygghet krävs det att hon har kunskap, om både den inre- och yttre trygghetsdimensionen, såväl som hos sig själv som hos patienten. Dimensionerna måste tillfredställas för att skapa trygghetskänsla. Detta innebär att sjuksköterskans omvårdsansvar är att se människan och dennes individuella behov. Sjuksköterskan bör även vara medveten om att det finns såväl inre- som yttre faktorer som kan påverka hennes omvårdnadsarbete i att förmedla trygghet.

Andlig trygghet går inte att lyfta ut ur helheten, utan är en viktig komponent som kan orsaka smärta om den inte tillfredsställs. Andlighet är inte bara av religiös karaktär utan innebär även att ha en eventuell tro inom sig själv. Synen på andlighet är svår, enligt Carroll (2001) att definiera, den är beroende på var och ens sociala och kulturella bakgrund, betydelsefullt är att sjuksköterskan måste ha självinsikt om var hon själv står. Den existentiella tryggheten menar Söderlund (1998), innebär att sjuksköterskan bekräftar patienten och att hon är värd att vårda. Patientens rätt till autonomi är en viktig vetenskap hos sjuksköterskan vilket framkom i Klosters (1997) studie. Det innebär att patienten är delaktig i sin behandling och fattar sina egna beslut utifrån den information hon fått om sin sjukdom och eventuella behandling och dess konsekvenser.

Inom miljötrygghet påträffades svårigheter för sjuksköterskan att förmedla den trygghet och information som hon önskade framföra. Detta, enligt Kloster (1997), beroende på utrymmesskäl, tidsbrist och svårigheter att följa sekretesslagen. Fanns det samtalsrum och tid för enskilda samtal tog sjuksköterskan till vara på dessa möjligheter.

Sjuksköterskan, enligt Kloster (1997), utförde ofta flera arbetsuppgifter samtidigt då de informerade patienten, vilket patienten inte uppfattade som information. En god relation mellan sjuksköterska och patient uppstår genom en bra kommunikation och samspel. Samspelet i relationen är, anser Svärdson (1999), en förutsättning för att empati ska kunna uppstå. Kontinuitet och respekt är viktigt ur såväl sjuksköterske- som patientperspektiv även kognitiva och känslomässiga beståndsdelar är viktiga.

Ahlström (2000) och Fagerström (1998) menar att sjuksköterskan kan skapa kunskapstrygghet hos patienten genom att undervisa och ge relevant information. Detta förutsätter att sjuksköterskan har kunskap om det hon undervisar och informerar om.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Arbetet är en litteraturstudie. Backman (1998) menar att i en litteraturstudie, följs forskningsprocessen på samma sätt som vid annan forskning. Problem formuleras, data i form av tidigare forskning samlas in, analyseras och tolkas. Arbetets syfte var att ta reda på hur sjuksköterskan kan förmedla trygghet samt vad som kan påverka sjuksköterskan att förmedla trygghet. Vi har använt oss av Segestens (1994) trygghetsdimensioner och arbetat utifrån dessa, vilket vi tyckte vara en bra utgångspunkt till vårt arbete. Segesten definierar olika trygghetsdimensioner, vilka vi ansåg vara viktiga och användbara komponenter i sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Med hjälp av dessa trygghetsdimensioner och våra frågeställningar har vi uppnått vårt syfte. Material sorterades och inordnades under våra frågeställningar. Därefter bearbetade vi vårt framkomna resultat, vilket ibland kunde vara svårt. Orsaken till detta var att flera trygghetsdimensioner inte hade någon tydlig gräns gentemot varandra. Det var även svårt att se skillnaden mellan trygghetsdimensioner och vad som kan påverka sjuksköterskan att förmedla trygghet. Artiklar söktes i databaser, vilka skulle fokusera på sjuksköterskan, men oftast fann författarna att studierna var skrivna ur patientperspektiv, vilket inte var vårt syfte. Författarna analyserade artiklarna, gjorde en första sortering, bedömde relevansen och använde de artiklar som var relevanta. Författarna sökte mer material och fann ytterligare genom manuell sökning fyra artiklar.

Backman (1998) skriver att den manuella sökningen kan vara till nytta men att den lika gärna kan utföras i datoriserad form. Dessa artiklar är vi tvivlande till om vi funnit på annan väg än genom den manuella sökningen. Svårigheter att finna relevanta artiklar upptäcktes ganska tidigt i vårt sökande efter material och av den orsaken har vi använt delar av doktorsavhandlingar. Dessa doktorsavhandlingar var till största del ur sjuksköterskans perspektiv. Funnet forskningsmaterial visade att det inte fanns mycket om begreppet trygghet inom omvårdnad ur sjuksköterskans perspektiv. Däremot fanns det mycket forskning ur patientens perspektiv. Författarna har därmed tagit med material utifrån det perspektivet, för att beskriva vad som upplevs som viktigt inom omvårdnad och som kan bidra till att sjuksköterskan kan förmedla trygghet.

Resultatdiskussion

Segesten (1994) anser, för att kunna skapa en trygghetskänsla måste det finnas ett samband mellan den inre- och yttre trygghetsdimensionen. Vi utgick från Segestens trygghetsdimensioner och fann att andlig trygghet inte ses som något självklart inom sjuksköterskans omvårdnadsansvar. Ofta är detta en del som faller bort eller överlåts till andra yrkeskategorier. En förklaring kan vara, anser vi, att sjuksköterskan inte själv vet var hon står, det diskuteras inte inom yrkeskåren och inom sjuksköterskeutbildningen ingår inte detta i kursplanen. Cusveller (1998) framhäver i sin studie att sjuksköterskors förståelse för andlighet inte ska ignoreras utan betraktas som en källa av bidrag till bästa möjliga omvårdnad. Önskvärt vore att sjuksköterskor kommunicerar sig emellan och diskuterar sin egen uppfattning av andlighet. Vi anser att inom den existentiella tryggheten har bemötandet av varandra en betydande roll. Skapas det en bra relation i tidigt skede, känner sig både sjuksköterska och patient bekräftade och trygga.

Inom miljötryggheten har vi tagit upp om tidsproblematiken, sekretessen och dåligt med utrymmen för enskilda samtal. Vår erfarenhet visar att sjuksköterskan oftast har mycket att göra och uträttar många saker samtidigt. Under tiden sjuksköterskan utför arbetsuppgifter som till exempel, provtagningar, ger intravenösa infusioner eller delar medicin, instruerar och informerar sjuksköterskan patienten. Detta urskiljer inte patienten som tydlig information. Detta tror vi kan vara en orsak till att missförstånd uppstår mellan sjuksköterska och patient.

Sjuksköterskan anser att hon informerat, medan patienten inte uppfattat det som ett informationstillfälle. Därför är det av stor betydelse att sjuksköterskan stämmer av med patienten vid nästa tillfälle att denne tillgodogjort sig informationen.

Selmer (1997) fann i sin studie att patienterna inte uppfattade detta informella samtal som information. Om patienten skall ha någon nytta av den informationen hon får, måste den ges så att patienten har möjlighet att förstå innebörden. Resultatet visar att det är stor skillnad mellan den information sjuksköterskan menar att hon ger och vad patienten erfar att hon får. Vi är av den åsikten att sjuksköterskan spelar en huvudroll i patientinformationen och där undervisning av patienten är en viktig komponent i omvårdnaden. Sjuksköterskan är tillgänglig dygnets alla timmar och har möjlighet att undervisa när patienten är i behov av det. För att tillmötesgå patientens situationsbestämda kunskapsbehov, är det viktigt att inkludera den formella och den informella undervisningen, det vill säga, den planlagda och den spontana.

Vi anser att kommunikation troligtvis är sjuksköterskans viktigaste verktyg. Det är betydelsefullt att sjuksköterskan använder ord och uttryck som patienten förstår. Vid hög arbetsbelastning och tidspress hos sjuksköterskan visar hennes kroppshållning att hon saknar tid, vilket är frustrerande för sjuksköterskan och leder till att patienten inte vill störa. Båda parter upplever otillfredsställelse beroende på bristen på tid för kommunikation.

Vikten av att tala i klartext med patienten och inte använda latinska ord beskrivs i en artikel skriven av Corner (2002), vilken berättar om en kvinna när hon fick sin cancerdiagnos och inte förstod vad läkaren sa. Hon var ledsen, rädd och tankar kring döden började komma. Vid ett tillfälle kom det en sjuksköterska som uppmärksammade att kvinnan var bekymrad. Sjuksköterskan satte sig ned på sängkanten och kvinnan förklarade sin ängslan. Sjuksköterskan gick ut på expeditionen och läste vad som stod där och kom tillbaka och förklarade hennes situation. För kvinnan var det goda nyheter och hon fick stillat sin oro.

Citat från kvinnan ”Jag såg aldrig sjuksköterskan igen efter det jag lämnat sjukhuset, men jag skulle gärna vilja att hon fick veta att hon var viktig för min överlevnad” (Corner, 2002, s.193-194).

I Sekretesslagen SFS (1980:100) framförs bestämmelser avseende förbud att uppgifter röjs, vare sig det sker muntligt eller genom utlämnande av allmänna handlingar. Vad det gäller sekretesslagen framkom det att sjuksköterskan inte i alla lägen kan följa lagen, vilket leder till otrygghet hos både sjuksköterskan och patienten. Bristen på samtalsrum medför att samtalen med patienten sker på patientrummet, då övriga patienter kan höra. Strandmark Kjölrsrud (1994) menar att en vanlig störning i miljön är bristen på enskilda rum vilket vi instämmer i. Det är inte lämpligt att utföra privata samtal på ett rum med fyra patienter med endast draperier runt den enskilda sängen. Sjuksköterskan upplever att stolarna oftast är belamrade med filter och sängen uppfattas som patientens revir. Samtalet börjar oftast stående, berättar en sjuksköterska i studien och när en dialog uppstår sätter hon sig ofta ned efter medgivande från patienten.

Vi anser att relationstrygghet grundar sig på om sjuksköterskan har en helhetssyn på patienten. Benner (1993) menar att det är bara när sjuksköterskan kan se helheten som hon kan förstå betydelsen av sjuksköterskans bidrag till patientens bästa. Vi anser att den humanistiska tanken är att sjuksköterskan behandlar varje människa utifrån dennes egna förutsättningar. Detta innebär inte att alla patienter behandlas lika inom sjukvården, utan varje patient behandlas utifrån dennes specifika behov, med utgångspunkt från dennes aktuella livssituation.

Selmer (1997) menar, för att patienten ska ha möjlighet till att samtycka till behandlingsalternativen måste hon ha medbestämmande. Autonomi innebär rätt till att ta beslut som angår det egna välbefinnandet. En regel som utgår från autonomiprincipen, är att den som berörs av ett beslut och måste leva med konsekvenserna av det, bör också vara med och ta beslutet.

För att patienten ska kunna fatta egna beslut, anser vi, krävs det tydlig information om sjukdom, dess behandling och konsekvenser vid val mellan olika alternativa behandlingsformer. Det är viktigt att sjuksköterskan tillåter patienten att fatta egna beslut och på så sätt ser sjuksköterskan patienten som en egen individ. Vilket sjuksköterskan gör, då hon har kunskap om autonomi.

För att skapa en relation menar vi att begreppet empati är en förutsättning hos sjuksköterskan för att kunna förmedla trygghet. Begreppet empati framför Svärdsön (1999) står för hur en individ kan förstå en annan individs känsla och situation samt har stor betydelse för samspelet mellan sjuksköterska och patient. Empati är en flerstegsprocess som uppstår i en ömsesidig interaktion mellan två individer. Detta leder till att den ene förstår den andres känslor och situation. Resultatet av den empatiska processen är en del av en inre upplevelse, av att förstå en annan individs situation och känslor, dels ett yttre uttryck för den inre upplevelsen. Vi anser att inom omvårdnad bör empati ses som en väsentlig del i sjuksköterskans omvårdnadsansvar.

Kontinuitet av sjuksköterskor, enligt Kloster (1997), är ofta ett förekommande önskemål från patienter. Många patienter tycker det är påfrestande, då det ofta kommer ny personal. Patienterna känner att de ofta får upprepa det de redan har sagt. Vi uppmärksammade under de kliniska studierna att avdelningen hade en hög sjukskötersketäthet och använde sig av kontaktsjuksköterskor. Sjuksköterskorna liksom patienterna upplevde detta som en trygghet att ha en regelbunden kontakt med varandra.

Segesten och Segesten (1995) har intervjuat tio stycken sjuksköterskor från andra länder med ledande befattningar inom omvårdnad. De intervjuade, anser att omvårdnad och medicin måste ses som jämställda kunskapsområden och att en högre kompetens är viktig för att stärka självkänslan hos sjuksköterskan. För att sjuksköterskans, och därmed vårdens framtid, ska bli så bra som möjligt, är det nödvändigt att sjuksköterskan ständigt följer med i kunskapsutvecklingen. Forskning och utveckling bedrivs i en ökande omfattning inom såväl omvårdnad som medicin. Om sjuksköterskan ska kunna försvara sin position som en självständig och kompetent yrkesgrupp måste hon, inte bara följa utvecklingen, utan även ta aktiv del av den. Det innebär bland annat att sjuksköterskan ska kunna läsa vetenskapliga artiklar och även tillämpa nya vetenskapliga rön i det praktiska vårdarbetet (Segesten & Segesten, 1995).

Vår uppfattning är att ska sjuksköterskan trivas med sitt arbete och bedriva god omvårdnad behöver hon ha en självkänsla i sin yrkesroll. En väsentlig del för yrkesstoltheten och självkänslan är att sjuksköterskan känner sig respekterad och erkänd för sin kunskap inom sitt eget område.

Konklusion

För att kunna förmedla trygghet behöver sjuksköterskan såväl kunskap som insikt i var hon själv står, både vad det gäller den inre och yttre tryggheten. Inom omvårdnadsarbetet är kraven höga på sjuksköterskan. Sjuksköterskans uppgift är att se till att patienten uppnår välbefinnande, hon ska med andra ord göra gott. Sjuksköterskans förståelse ökar i den aktuella vårdssituationen, när hon ser hela människan med bakgrund och erfarenheter. Utgångspunkt för att sjuksköterskan ska kunna inge trygghet är att hon har en helhetssyn av patienten, både andligt och kroppsligt, detta är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna skapa trygghet hos patienten och sig själv. Detta kan vara svårt beroende på tidsbrist och hög arbetsbelastning.

Författarna hoppas med detta arbete kunna lyfta fram trygghetens betydelse inom omvårdnad. Trygghet leder till ett ökat välbefinnande hos såväl sjuksköterska som patient. Betydelsefullt är att sjuksköterskan utvecklar sin kunskap genom att hålla sig ajour med de senaste forskningsrönen. Kunskap i sig leder till trygghet hos sjuksköterskan vilket patienten uppfattar genom att få svar på sina frågor. Författarna fann under sin studie att det inte fanns mycket forskat om trygghet ur ett sjuksköterskeperspektiv. Detta anser författarna är ett väsentligt område att forska vidare i med tanke på sjuksköterskans omvårdnadsansvar.

Avslutningsvis vill vi avsluta med några tänkvärda ord:

Det kristna kärleksbudet: "...allt vad I viljen att människorna skola göra eder det skolen I ock göra dem" (Matt. 7:12).

REFERENSER

- Ahlström, G. (2000). A model for supporting the patients coping with chronic illness. *Vård i Norden*, 3, 34-38.
- Andersson, K. M. (1984). *Omvårdnad och trygghet. En metateoretisk och en fenomenologisk studie*. Arlöv: Esselte Studium.
- Andersson, M. (1994). *Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling* (avhandling för doktorsexamen). Åbo: Åbo universitet.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.
- Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert- mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Blomquist, K. (1998). Trygghet och humanitet i vården. *Vård*, 1, 78-83.
- Boman, L., Björvell, H., Langius, A., & Cedermark, B. (1999). Two models of care as evaluated by a group of woman operated on for breast cancer with regard to their perceived well-being. *European Journal of Cancer Care*, 8, 87-96.
- Carroll, B. (2001). A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. *Mortality*, 1, 81-98.
- Corner, J. (2002). Nurses experiendes of cancer. *European Journal of Cancer care*, 11, 193-199.

- Cusveller, B. (1998). Cut from the right wood: spiritual and ethical pluralism in professional nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 2, 266-273.
- Dahlberg, K. (1994). *Vårdandets helhetssyn*. Lund: Studentlitteratur.
- Dyson, J., Cobb, M., & Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 1183-1188.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm. Almqvist & Wiksell.
- Fagerström, L. (1998). The patients perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 5, 978-987.
- Fagerström, L. (1999). The patients perceived caring needs: Measuring the unmeasurable. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 199-208.
- Goldberg, B. (1998). Connection: an exploration of spirituality in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 836-842.
- Gunnarsson, M., & Niklasson, I. (1997). *Kontaktsjuksköterska för kvinnor med äggstockscancer. Vänersborg: FoU-centrum i Norra Älvsborg*.
- Halldorsdóttir, S. (1996). Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *An International Journal for Cancer Care*, 1, 29-36.
- Henderson, V. (1991). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet* (3:e uppl.). Borås: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Holm, U. (2001). *Empati att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och Kultur.

Johansson, G., & Kihlgren, M. (red.). (2000). *Sjuksköterskan, ledande och ledare inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Kalkas, K., & Sarvimäki, A. (1996). *Omvårdnadsetikens grunder*. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Kloster, T. (1997). Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasienterne dette? *Vård i Norden*, 3, 14-20.

Lazaeus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Marriner-Tomay, A. (1989). *Nursing theorists and their work* (2nd ed.). St. Louis: The C.V. Mosby Company.

Matteus 7:12, *Bibeln*. 1917 års översättning.

Medin, J., & Alexandersson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Norberg, A., Engström, B., & Nilsson, L. (1994). *God omvårdnad - Grundvärderingar*. Falköping: Bonnier Utbildning.

Patel, R., & Davidsson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. C. (1999). *Nursing research. Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Company.

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (1989). *Vård, ett uttryck för omsorg*. Kristianstad: Almqvist & Wiksell.

Segesten, K. (1994). *Patienters upplevelse av trygghet och otrygghet*. Göteborg: Göteborgs universitet.

Segesten, K., & Segesten, K. (1995). *Framtidens sjuksköterska. Tio internationellt ledande sjuksköterskor om framtidens omvårdnad*. Göteborg: Liber Utbildning AB.

Selmer, Å. W. (1997). Pasientinformasjon – undervisning. En utfordring for sykepleiere. *Vård i Norden*, 1, 11-17.

Sheldon, J. E. (2000). Spirituality as a part of Nursing. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 3, 101-108.

SFS 1980:100. *Sekretesslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.

Spri (1996). *Vad är en vetenskaplig artikel? Riktlinjer och litteraturtips*. Stockholm: Spri.

Strandmark Kjölrsrud, M. (1994). *Vård i verkligheten – om människovärde, maktrelationer och helhetssyn i professionell omvårdnad* (avhandling för doktorexamen). Lund: Lunds universitet.

Strang, P., & Strang, S. (2001). Spiritual thoughts, coping and sense of coherence in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*, 15, 127- 134.

Sumner, J. (2001). Caring in nursing: a different interpretation. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 926-932.

Svärdson, Å. (1999). *Empati och samspel: studier ur ett sjuksköterskeperspektiv* (avhandling för doktorexamen). Stockholm: Stockholms universitet.

Söderlund, M. (1998). *"En mänsklig atmosfär". Trygghet, samhörighet och gemenskap – God vård ur ett patientperspektiv* (avhandling för doktorexamen) Uppsala: Uppsala universitet.

Tamm, M. (1991). *Psykologiska teorier i vården*. Göteborg: Akademiförlaget.

Therlund, G. (1995). Från psykodynamisk kristeori till coping begrepp. En jämförande historik. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1, 1-10.

Tolonen, L. (1986). Kommunikation i vårdförhållande. *Omvårdaren*, 2, 12-14.

Van Dover, L. J. & Bacon, J. M. (2001). Spiritual Care in Nursing Practice: A Close-Up View. *Nursing Forum Volume*, 3, 18-30.

Wendt, R. (1998). *Att vara och att göra. Motsägelser inom sjuksköterskeyrket*. Stockholm: Vårdförbundet.

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Institutionen för omvårdnad

Box 1236

462 28 Vänersborg

Tel 0521-26 42 00 Fax 0521-26 42 99

www.htu.se