



FAKTORER SOM PÅVERKAR SJUKSKÖTERSANS KOMMUNIKATION MED BARN

**Författare: Marie Kahlman & Victoria Ohlsson
Handledare: Birgitta Gedda**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå I
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 01:H**

**Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Januari 2004**

Arbetets titel:	Faktorer som påverkar sjuksköterskans kommunikation med barn. Factors that influence the nurse's communication with children.
Författare:	Marie Kahlman & Victoria Ohlsson
Handledare:	Birgitta Gedda
Institution:	Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Arbetets art:	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I
Antal sidor:	38
Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 01: H
Datum:	Januari 2004

ABSTRACT

Nurses meet patients in different age groups, one of these groups is children. The aim of the study is to describe factors that can influence the communication between nurse and child. The study is a literature study. Factors that influence the encounter between nurse and patient are self-knowledge, self-confidence, humility, respect, a sensitive ear, courage, real interest and empathy, personal chemistry, time and teamwork. Communication is essential in health care. The result shows that faith and cooperation and to meet patients on the same wavelength is important. The beginning of the conversation is important because it is the basis for the continuing communication. The contents of the conversation vary depending on who takes the initiative. In a conversation the nurse is supposed to have a professional attitude and it is essential that the patient is the centre of attraction during the conversation. Parents and relatives can be both a support and an obstacle in the communication. There is a connection between non verbal communication and empathy. The nurse's engagement in care is important. The conclusion is that there are many factors that influence the communication between nurse and child.

Keywords: care, child, communication, patient and nurse

Nyckelord: barn, kommunikation, omvårdnad, patient och sjuksköterska

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Barnet	1
Utvecklingsnivåer	1
Enligt Cullberg	2
Enligt Piaget	2
Enligt Mireau	3
Sjuksköterskors uppfattningar om faktorer som påverkar möten i vården	4
Samspel och kommunikation mellan sjuksköterska och patient	5
Kommunikation – ett viktigt redskap	6
Verbal kommunikation	6
Icke verbal kommunikation	7
Transaktionsanalys	7
SYFTE	9
METOD	9
Litteratursökning	9
Urval	9
Analys	10
RESULTAT	12
Att vara på samma våglängd	12
Samtalets inledning	13
Samtalets innehåll	13
Utifrån sjuksköterskan	14
Utifrån föräldrarna	14
Utifrån barnet	15

Förhållningssätt i samtalet	15
Utifrån sjuksköterskan	15
Utifrån barnet	18
Föräldrar och närstående – ett stöd eller hinder i kommunikationen	18
Stöd i kommunikationen	18
Hinder i kommunikationen	19
Samband mellan icke verbal kommunikation och empati	20
Sjuksköterskans engagemang i vården	22
DISKUSSION	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	25
Att vara på samma våglängd	25
Samtalets inledning och innehåll	26
Förhållningssätt i samtalet	27
Föräldrar och närstående – ett stöd eller hinder i kommunikationen	28
Samband mellan icke verbal kommunikation och empati	29
Sjuksköterskans engagemang i vården	29
Konklusion	30
REFERENSER	32
Bilaga 1	36
Bilaga 2	37

INLEDNING

Sjuksköterskor möter patienter inom olika åldersgrupper, en av dessa grupper är barn som befinner sig i olika utvecklingsnivåer. Beroende på vilken ålder barnet befinner sig i är behovet av att vara självständig varierande, de behöver tid att skapa sin egen identitet och kan pendla mellan olika känslolägen. För att kommunicera med barn krävs kunskap om dem, eftersom det är stor skillnad på att möta en 3-åring respektive en 17-åring. Detta leder till att sjuksköterskan har ett ansvar att ha kunskap om och förmåga att kommunicera med barn.

BAKGRUND

Barnet

Barn kan beskrivas som underårig, minderårig och omyndig (Swedenborg, 1992), den som är under 18 år är omyndig (SFS 1949:381 kap. 9 §1). I Sverige är hälso- och sjukvårdslagen den lag som styr vård av barn på sjukhus och den syftar till att säkerställa att barnets rättigheter, tillväxt och utveckling tillvaratas (Tveiten, 2000). Hälso- och sjukvårdslagen innefattar bland annat att all vård ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet och att behandlingen ska bygga på respekt för patientens integritet¹, autonomi² och medbestämmande (HSL 1982:763).

Utvecklingsnivåer

Kommunikationens kvalitet beror på sjuksköterskans kännedom om patientens personlighet. Viktigt att komma ihåg är dock att mängden kommunikation inte alltid avspeglar kommunikationens kvalitet (Elliott & Wright, 1999).

¹ Integritet innebär att individen är okränkbar, d.v.s. att varje människa har rätt att bli behandlad med respekt för sin identitet och egenart (Arlebrink, 1996).

² Autonomi innebär att varje människa är en fri och självständig varelse (Arlebrink, 1996), med rätt att bestämma över sig själv (Solvoll, 1997).

Enligt Cullberg

Psykoanalytikern Johan Cullberg (1992) delar in barn- och ungdomars utvecklingsperioder i spädbarnsperioden, småbarnsperioden, slutet av småbarnsperioden och förskoleperioden, den tidiga skolåldern och tonårsperioden.

Barnet i spädbarnsperioden (0-1 år) är totalt utlämnat till föräldrarnas beskydd och kommunicerar med hjälp av exempelvis skrik, skrik som måste tolkas av föräldrarna. Från början har inte barnet någon jagupplevelse, de känner inte till någon egen avgränsning från mammas kropp. I senare delen av perioden börjar de markera att de känner igen föräldrarnas ansikten och röster. Småbarnsperioden (2-3 år) handlar om barnets autonomiutveckling och barnet börjar nu få en medveten personlig identitet. Slutet av småbarnsperioden och förskoleperioden (3-6 år) innebär att kroppsjaget, det vill säga den emotionella upplevelsen av den egna kroppens betydelse, är en av de första byggstenarna för den framtida identitetsupplevelsen (Cullberg, 1992).

I den tidiga skolåldern (7-12 år) är det viktigt att barnets känslor och behov i stort sett visas samma respekt som den vuxnes och att barnets enorma maktlöshet och utsatthet tas hänsyn till (Cullberg, 1992).

Tonårsperioden (13-19 år) är det förberedande stadiet till vuxenvärlden då vuxenlivet skall börja praktiseras och syntesen mellan barndomen och vuxenvärlden äger rum. I och med att barnet börjar bli vuxet kan de starkare hävda sina intressen och många reagerar med aggressiva attacker och utspel mot föräldrarna. Tonårsperioden är det viktigaste bidraget till personlighetstillväxt och identitetsutveckling, som även är starkt beroende av tidigare utveckling (Cullberg, 1992).

Enligt Piaget

En av de främsta utvecklingspsykologerna var Jean Piaget (1896-1980) som menade att barn passerar ett antal stadier på vägen mot kognitiv mognad. Han delade in den kognitiva utvecklingen i det sensori- motoriska stadiet, det preoperationella stadiet, det konkreta operationernas stadium och det formella operationernas stadium (Mitchell, 1993).

Det sensori-motoriska stadiet (0-2 år) infaller under spädbarnstiden och då antas att barnet har vissa sensoriska upplevelser (till exempel syn, hörsel och känsel) och motoriska rörelser (det vill säga rörelser i till exempel armar och ben), kopplingen mellan dem fungerar dock dåligt. I början av detta stadium kan barnet inte skilja på sig själv och omgivningen. I det preoperationella stadiet (2-7 år) utvecklar barnet snabbt sin skicklighet som språkanvändare (Mitchell, 1993).

I det konkreta operationernas stadium (7-12 år) kommer barnet inte bara med korrekta svar utan de kan även beskriva hur de tänker (Mitchell, 1993).

Det formella operationernas stadium (12 år och uppåt) innebär ett systematiskt tänkande kring olika saker som antar en hypotetisk form (Mitchell, 1993).

Enligt Mireau

Christine Mireau, läkare inom barn- och ungdomspsykiatri, delar in barns utvecklingsnivåer i åldrarna 0-6 år, 7-12 år och tonår. Hon menar att utvecklingen av talförmågan varierar mycket mellan barn. Det tycks som om olika barn har olika intresseområden, en del utvecklar först sin fysiska förmåga medan andra talar och kommunicerar tidigt. Det som också är viktigt för talförmågan och ordförståelsen är ordstimulansen i den miljö barnet befinner sig i, liksom kontakten och kommunikationen i familjen och i andra sammanhang. Barn som är sena i tal kan leva i en känslo- och kommunikationsfattig miljö (Mireau, 1996).

Mireau (1996) menar att det nyfödda barnet, som befinner sig i 0-6 års perioden, uppfattar lukt, smak, har ett sinne för känsel och de känner om någon tar i dem. Barnet hör och ser bra och har ett utvecklat känselsinne i munnen. Barnets rörelse har ett samband med det de hör, till exempel kan stimulans av mammans röst leda till livliga rörelser. Vid 4-5 månaders ålder börjar de vända huvudet efter ljud, medan de vid 10-12 månader kan uttrycka enstaka ord med en tydlig innebörd. Vid 18 månader har barnet en förståelseförmåga och ska därmed kunna förstå ord. När barnet nått 2 års ålder ska barnet kunna uttrycka sig med enstaka tvåords meningar när de vill ha något eller vill uttrycka något, medan de vid 3 års ålder bör kunna uttrycka sig med meningar

bestående av tre ord. Vid 4 års ålder förväntas barnet kunna använda ord och meningar på samma sätt som vuxna och vid 5 års ålder ska de kunna tala rent och grammatiskt riktigt.

I ålder 7-12 år börjar informationsfunktionen i barnets hjärna att aktiveras, vilket innebär att barnet blir allt mer intresserad av information. De finner nu mer ord att uttrycka sig med, särskilt flickor tycks utnyttja orden medan pojkarna istället för ord till exempel kan använda slagsmål som ett uttrycksmedel. Barn till föräldrar som ofta kommunicerar med dem får det lättare att kommunicera med andra människor, de får lättare att uttrycka sig i tal och skrift och därmed att ta in ny kunskap. Att kunna formulera och uttrycka en åsikt är en ovärderlig konst inför vuxenlivet. I denna ålder utvecklas barnets förmåga att härma och därigenom utvecklar de sitt språk och sin förmåga att uttrycka sig (Mireau, 1996).

I tonåren utvecklas hjärnans värderingsförmåga successivt, helt moget blir omdömet dock inte förrän efter puberteten. För att ha en bra kommunikation i familjen krävs uppmärksamhet och ett ömsesidigt lyssnande för att en dialog ska komma till stånd (Mireau, 1996).

Sjuksköterskors uppfattningar om faktorer som påverkar möten i vården

I en studie av Ekmark (2002) om möten i vården uttryckte de intervjuade sjuksköterskorna att det är oerhört viktigt att ha självkännedom, självtillit och en inre trygghet för att möjliggöra ett gott möte. God självkännedom utvecklas genom lång yrkeserfarenhet, vilket också gör att de mognar som människor, det leder till att de känner sig trygga och då förmedlar en känsla av trygghet och tillit till patienten. Om sjuksköterskan är kunnig och trygg i sitt yrke behöver hon inte tänka så mycket på vad som ska utföras rent praktiskt, utan kan då istället ägna tid till att se och möta patienten. Vidare betonar sjuksköterskor i studien att viktiga egenskaper är ödmjukhet och respekt, genom att vara lyhörd i ett möte och gå sakta fram får hon patienten att känna sig respekterad för just den han/hon är och kan då ta reda på just dennes individuella behov.

Viktigt är dock att låta patienten behålla sin integritet, för det krävs en oerhörd känslighet hos sjuksköterskan för att kunna känna var varje patients integritetsgräns går. Vissa patienter har ett stort behov av integritet medan andra lättare släpper människor nära in på livet, att respektera och förstå dessa olikheter är viktigt. Mod är nödvändigt för att möta patienter och ge svar på deras frågor, genom att vara tydlig och ärlig kan informationen ges till patienten på ett mer rakt sätt, vilket gör att missförstånd kan undvikas. För att ett gott möte skall uppstå krävs ett äkta intresse för människor, sjuksköterskan måste tycka det är roligt och intressant med nya människor och se möjligheter till att bygga upp en relation. Personkemin mellan sjuksköterska och patient har betydelse för hur ett möte kommer att utformas. Ibland stämmer personkemin perfekt, vilket ger möjligheter till nära möten, men det kan inte alltid ske eftersom vi alla är olika. För att göra ett möte möjligt har tiden avgörande betydelse, vilket gör att det måste få ta den tid det kräver, lite tid leder till stress både hos patient och sjuksköterska, vilket kan leda till missförstånd (Ekmark, 2002).

Vid möten i vården är det av stor vikt att sjuksköterskan har en empatisk³ inlevelseförmåga och visar respekt⁴ för patienten. Förhållandet mellan sjuksköterska och patient är komplicerat, eftersom bägge parter är i ett visst känslomässigt spänningsförhållande, patienten på grund av sin sjukdom och sjuksköterskan på grund av arbetssituationen och arbetets karaktär (Eide & Eide, 1997).

Samspel och kommunikation mellan sjuksköterska och patient

Ibland kan det vara svårt att dra gränser mellan kommunikation och samspel (Tveiten, 2000). Kärnan i all omvårdnad är samspelet mellan sjuksköterska och patient som måste präglas av värme och omsorg (Dahl Andersen, 1997). Det grundar sig på ett professionellt förhållande mellan närhet och distans i mötet. Kommunikationen är central och det är viktigt att bygga en bro i samspelet mellan dem, vilket symboliserar öppenhet i kommunikationen med professionell omtänksamhet och kompetens.

³ Empati innebär en förmåga att leva sig in i en annan människas situation (Malmsten, 2001).

⁴ Respekt betyder att visa en positiv uppskattning för och ta hänsyn till någon (Dahl Andersen, 1997).

Samspelet i mötet brister om det uppstår en vägg, den symboliserar negativ kommunikation eller ingen kommunikation alls med oengagemang, inkompetens, misstro och avskildhet (Halldórsdóttir, 1996).

En av grundstenarna i omvårdnaden är baserade på förmågan att möta patienter, det måste finnas en öppenhet och en vilja att möta andra människor (Halldórsdóttir, 1996). Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee anser, enligt Kristoffersen (1998), att när människor möts i vården sker en regelbunden kommunikation som innebär en ömsesidig process, då en person förmedlar sina tankar och känslor till en annan person. Kommunikationen syftar till att skapa kontakt mellan sjuksköterska och patient (Eide & Eide, 1997), så att sjuksköterskan lär känna patienten för att kunna tillgodose dennes behov. Därmed är kommunikationen mellan sjuksköterska och patient av central betydelse för att säkerställa att de åtgärder sjuksköterskan utför motsvarar patientens behov (Kristoffersen, 1998).

Kommunikation – ett viktigt redskap

Joyce Travelbee anser, enligt Kristoffersen (1998), att kommunikationen är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap.

Kommunikationen kan vara verbal eller icke verbal (Granum, 1994). Det är inte tillräckligt att enbart lyssna till det verbala språket (Eide & Eide, 1997). Det är omöjligt att inte kommunicera, allt vi gör eller inte gör kommer att förmedla ett budskap till omgivningen (Granum, 1994).

Verbal kommunikation

Med verbal kommunikation menas användning av språket i muntlig och/eller skriftlig form, vilket är unikt för människan (Hanssen, 1997). Människans allra viktigaste redskap är de som finns i vårt språk (Säljö, 2000), vilka fungerar som ett kommunikationsmedel som både sändaren och mottagaren har ett medvetet förhållande till (Hanssen, 1997). Ord och språkliga utsagor förmedlar omvärlden för oss och gör att den framstår som meningsfull. Med kommunikationens hjälp blir vi delaktiga och kan samspela med våra medmänniskor i olika sociala sammanhang (Säljö, 2000), vi kan

uttrycka våra tankar, känslor och upplevelser (Hanssen, 1997), samt redogöra för våra värderingar, attityder och antaganden. Genom språket kan vi också använda oss av komponenter som exempelvis liknelser, ironi och skämt (Säljö, 2000).

Icke verbal kommunikation

Barn i olika åldrar har olika ordförråd och begreppsförståelse. Icke verbal kommunikation är särskilt viktig hos barn om deras språk är föga utvecklat, allt beteende har ett kommunikationsvärde (Tveiten, 2000). Eide och Eide (1997) menar att icke verbal kommunikation är signaler mellan människor som förmedlas på annat sätt än via ord och begrepp. De kan vara en viktig källa till förståelse av den andra parten och har betydelse för själva relationen mellan vårdgivare och patient. Signalerna bidrar till en direkt kontakt människor emellan och är därför en grund till förtroende eller misstroende. Den icke verbala kommunikationen ger ett större djup genom att flera budskap kan förmedlas samtidigt, detta kanske utgör den djupaste kontakten mellan människor och avslöjar mycket om vårt förhållande till den andre parten. Signalerna avslöjar ofta mer om personen och kan vara en väg till förståelse av sidor som inte kommer till öppet uttryck. De tre viktigaste kanalerna till icke verbal kommunikation i omvårdnadssammanhang är syn, hörsel och hudkontakt, som exempelvis känsel och beröring (Eide & Eide, 1997).

Den icke verbala kommunikationen är både kulturellt och individuellt förankrad. Icke verbala uttrycksformer har en varierande repertoar i skilda kulturer och hos skilda individer, dock är vissa icke verbala uttryck universella (Eide & Eide, 1997).

Transaktionsanalys

Ökad förståelse av det egna och andras kommunikationsbeteenden kan erhållas genom kunskap om transaktionsanalys. Utgångspunkten i transaktionsanalysen är transaktionen, som är den minsta beståndsdelen i ett socialt umgänge. Om ett par människor samlas i en social grupp kommer någon av dem förr eller senare att genom något tecken eller tal visa att han uppmärksammat de andras närvaro, då kommer någon annan att säga eller göra någonting som en respons på detta stimulus. Centralt för transaktionsanalysen är tre termer, det vill säga tre jagtillstånd: "förälder", "vuxen" och

”barn”, som används för att beskriva personligheten. Alla har något av förälder, vuxen och barn i sig och det påverkar kommunikationen, det är alltså viktigt att inse att vuxna kan vara som barn och barn som vuxna (Dimbleby & Burton, 1997).

I föräldratillståndet uppträder vi som en förälder, en gestalt med status som styr den andres liv och som fastställer normer och värderingar. De attityder och beteenden vi använder här har vi lärt oss av våra föräldrar (Dimbleby & Burton, 1997).

Dimbleby och Burton (1997) menar att vuxentillståndet karaktäriseras av objektivitet och logik. Den vuxne är en resonerande och beräknande person som inte låter sig styras av känslor och den icke verbala kommunikationen är neutral och återhållsam. Den vuxne hanterar information och fattar beslut, här finns inte utrymme för drömmar och antaganden. Den vuxna delen av oss tar och ger information som har relevans för den givna tidpunkten och används exempelvis när vi löser problem. Den som befinner sig i vuxentillståndet lyssnar, jämför och bedömer information och väger ny information mot gammal data.

Enligt Dimbleby och Burton (1997) är personen som befinner sig i barntillståndet impulsiv, fylld av känslor, instinktiv och emotionell. Barnet kan rymma positiva aspekter som kärlek, leklust och nyfikenhet likaväl som negativa yttringar som dåligt humör och surmulenhet. I barntillståndet ligger känslor och reaktioner på ytan och detta tillstånd tenderar att ta över vid starka känslor eller under kraftig stress.

I samtalet utgörs kommunikationen av informationsutbyte och genom en beskrivning av transaktioner får man förståelse av varför samtal kan få en positiv eller negativ utgång (Dimbleby & Burton, 1997).

Cullberg (1992), Piaget (Mitchell, 1993) och Mireau (1996) delar alla in barns utveckling i olika nivåer. I Ekmarks (2002) studie redovisas faktorer som påverkar möten i vården och för att åstadkomma en öppen kommunikation i ett möte är det av betydelse att bygga en bro i kommunikationen (Halldórsdóttir, 1996). Kommunikationen kan vara både verbal (Hanssen, 1997; Säljö, 2000) och icke verbal

(Eide & Eide, 1997) och genom transaktionsanalysen kan ökad förståelse för det egna och andras kommunikationsbeteende erhållas (Dimbleby & Burton, 1997).

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva faktorer som kan påverka kommunikationen mellan sjuksköterska och barn.

METOD

Studien är en litteraturstudie. Enligt Backman (1998) är syftet med en litteraturstudie att sammanfatta vad tidigare forskning visat inom ett specifikt område.

Litteratursökning

Litteratursökning har utförts i databaserna EBSCOhost och Cinahl på HTU:s högskolebibliotek i Vänersborg. I EBSCOhost begränsades sökningen till artiklar publicerade mellan åren 1995-2003. I Cinahl begränsades inte sökningen genom att ange årtal eftersom årtalsintervallerna var mer begränsade. De artiklar som valdes ut från Cinahl var dock publicerade från 1995 och framåt. Osystematisk litteratursökning har också utförts genom att läsa referenser i tidigare studier med inriktning mot kommunikation. Artiklarna är till största delen skrivna på engelska, men svenska artiklar förekommer också. Alla artiklar som använts har ett vetenskapligt upplägg det vill säga med abstract, inledning, bakgrund, syfte, resultat, diskussion och konklusion.

Urval

De sökord som använts i litteratursökningen var: communication, young people, care, nurse, child, patient och young patient. Olika kombinationer av sökorden användes, vilket gav olika antal träffar. Antalet träffar som sökorden gav redovisas i Bilaga 1. Ett flertal artiklar exkluderades eftersom de handlade om exempelvis droger,

tonårsgravitet, sex, adoption, rökning och alkohol, vilket vi inte ville inkludera i denna studie.

Antalet artiklar som handlade om kommunikation med barn var begränsat, därför har även artiklar använts som handlar om kommunikation med patienter i allmänhet om de var skrivna ur ett sjuksköterskeperspektiv. Resultatet är baserat på sju artiklar och dessa redovisas i Bilaga 2. De vetenskapliga artiklarna är det centrala i resultatet. För att ge en tyngdpunkt åt artiklarna har även självbiografiska och skönlitterära böcker använts i resultatet, för att på så vis belysa den vetenskapliga litteraturen med berörda egna upplevelser. Ur de skönlitterära böckerna har citat valts ut i syfte att spegla delar av vårt resultat.

Den självbiografiska boken "...så var leken förbi..." är skriven av Sverker Norén (1998), som är pappa till pojken i boken. Boken är upplagd på ett liknande sätt som en dagbok. Den handlar om Christian, även kallad Pu, som har fått cancer och hans möten med vårdpersonalen. Pojken var 14 år när han fick diagnosen och dog sommaren innan han skulle fylla 17 år. Andra centrala personer i boken är Fredrik som är lillebror och mamma Ina, sjuksköterskan Hans och läkaren Thomas.

De två andra böckerna kan beskrivas som skönlitterära böcker, den ena är skriven av Peter Pohl (2000) och heter "Jag är kvar hos er" som handlar om Anna som under en längre tid inte känner sig bra. Det visar sig att hon har en elakartad hjärntumör som inte går att operera bort. Hon får en mängd behandlingar, men det hjälper inte utan hon dör cirka ett och ett halvt år efter diagnosen. I boken skildras förutom Annas upplevelser också mammans, systemns och bästa vännens upplevelser. Den andra boken, "Anna på sjukhus", skriven av Aase Foss Abrahamsen och Torill Marö Henrichsen (1989) handlar om en liten flicka som drabbats av blindtarmsinflammation, vilket innebär att hon måste opereras. Anna tillfrisknade dock och kan lämna sjukhuset efter några dagar.

Analys

Analys används för att vetenskapligt analysera ett material som är dokumenterat, skrivet, uttalat eller symboliskt framställt. Meningsfullt för vårdforskningen är att det

som förmedlas är meningsbärande. Analysen kan utföras på flera olika sätt, exempelvis genom att beskriva innehållet och/eller att försöka dra slutledningar om innehållet (Eriksson, 1992).

Analysen i denna studie har till syfte att beskriva och sammanfatta innehållet i de artiklar som vi anser svara mot vårt syfte. Materialet analyserades med hjälp av en innehållsanalys, som enligt Pilhammar Andersson (1996) inte är den slutliga analysen utan ett led i sökandet efter ledtrådar för det fortsatta arbetet. Vi läste samtliga artiklar var för sig och markerade meningsbärande enheter, det vill säga meningar och uttryck som svarande mot vårt syfte. I nästa steg gjordes en sammanställning av de meningsbärande enheterna som skrevs ner och organiserades efter likheter. Ur likheterna bildades kategorier och innehållet i kategorierna bildade sedan teman. De teman som bildades var: Att vara på samma våglängd, Samtalets inledning, Samtalets innehåll, Förhållningssätt i samtalet, Föräldrar och närstående – ett stöd eller hinder i kommunikationen, Samband mellan icke verbal kommunikation och empati samt Sjuksköterskans engagemang i vården. I nedanstående tabell ges en illustration över analysens tillvägagångssätt.

Tabell 1

Exempel på kodning av textmaterial

Citat	Meningsbärande enhet	Kategori	Tema
”The highest degree of sensitivity to non-verbal communication (perceptual discrimination) is also found in this group” (Sand, Å. 2003, s. 181).	“The highest degree of sensitivity to non-verbal communication”	Icke verbal kommunikation + Empati	Samband mellan icke verbal kommunikation och empati

RESULTAT

Resultatet baserar på olika faktorer som påverkar kommunikationen mellan sjuksköterska och barn. Dessa faktorer är att vara på samma våglängd, samtalets inledning, samtalets innehåll och förhållningssätt i samtalet, samt föräldrar och närstående – ett stöd eller hinder i kommunikationen, samband mellan icke verbal kommunikation och empati och avslutningsvis sjuksköterskans engagemang i vården.

Att vara på samma våglängd

Wihlborg (1996) intervjuade 12 legitimerade sjuksköterskor om att vara på samma våglängd som innebär att kunna mötas i ett samförstånd, vilket resulterar i att sjuksköterskan och patienten kommer närmare varandra och kan hålla mer öppna samtal. Ett samtal mellan sjuksköterska och patient kan handla om vardagliga ting, sjukdom eller döendet och döden. Att vara på samma våglängd kan underlättas genom rak kommunikation, ju öppnare kommunikationen är desto lättare blir det för sjuksköterskan i samtalet. Det som också underlättar är samtalsämnen kring gemensamma intressen, men huvudsaken är att det gagnar patienten. Patientens livsinställning har betydelse i samtalet, liksom ålder (Wihlborg, 1996). Young, Dixson-Woods, Windridge och Heney (2003) intervjuade 13 barn, 13 mammor och sex pappor och fann att det kan vara problematiskt att ha en öppen kommunikation med unga patienter som är svårt sjuka, men det kan variera under sjukdomens förlopp. Detta kan underlättas genom att sjuksköterskan kan befinna sig på samma våglängd som patienten, vilket nedanstående citat ger uttryck för.

Tisdagen den 14 januari var det min tur att sova hos Christian. Hans hette den nattens sjukskötare. Han brukade alltid komma in till oss på kvällen och ha ett långt och intellektuellt samtal med Pu, som alltid blev stimulerad och uppmuntrad vid dessa tillfällen. Denna kväll började Pu prata om en tidigare medpatient som var ett par år äldre än han själv och som hade

Ewings sarkom⁵, ett sarkom som var släkt med vårt rabdomyosarkom⁶. På en obarmhärtig direkt fråga tvangs Hans berätta att den pojken inte fanns längre. Han hade dött den 2 januari. Det hade gått hastigt. Christian blev mycket skakad. Jag såg att han blev rädd och han tänkte mycket. På vad kunde jag lätt förstå. Hans satt länge hos Pu den kvällen. Han fick in samtalet på den keltiska kulturen. Som vanligt var Christians kunskaper enorma. Han diskuterade kelterna i allmänhet och irerna i synnerhet med sådan sakkunnighet att Hans var övertygad om att han gjort ett längre besök på Irland (Norén, 1998, s. 47).

Samtalets inledning

Ett samtal kan till en början handla om vardagliga ting för att sedan övergå till mer allvarliga samtalsämnen (Wihlborg, 1996). Poskiparta, Liimatainen, Kettunen och Karhila (2001) visar i sin kvalitativa observationsstudie med 38 olika sjuksköterska - patientsituationer att början på en konversation alltid är viktig eftersom deltagarna baserar sina handlingar för hela konversationen på de första minuterna. Sjuksköterskor i studien börjar ofta konversationen med att ställa frågor till patienten, dennes svar leder sedan konversationen, vilket resulterar i frågor från både sjuksköterskan och patienten samt råd från sjuksköterskan. Början på konversationen påminner om småprat vänner emellan och det leder till en varm atmosfär vilket gör det enklare för patienten att komma med reflektioner. Genom att pausa lite mellan meningarna ger sjuksköterskan patienten möjlighet att hantera känslomässiga samtalsämnen.

Samtalets innehåll

I en studie av Baggens (2001) på tre svenska sjukhus observerades 44 familjer med totalt 46 föräldrar, 44 barn (från fem dagar till fem och ett halvt år), tio syskon och åtta sjuksköterskor. I studien undersöktes vad som togs upp i ett samtal mellan sjuksköterska, barn och föräldrar. Det visade sig att sjuksköterskan, barnet och föräldrarna tog upp olika samtalsämnen.

⁵ Ewings sarkom betyder hos unga patienter elakartad skelettumör (Lindskog, 1997).

⁶ Rabdomyosarkom är en elakartad bindvävstumör (Lindskog, 1997).

Utifrån sjuksköterskan

Sjuksköterskan tog i samtalet med barn och föräldrar initiativet till de flesta samtalsämnen. Den kategori av samtalsämne som oftast kom upp då sjuksköterskan tog initiativet till samtalet rörde hälsoundersökningar och barnets utveckling, både den fysiska och psykiska utvecklingen och då gällde det syn, hörsel, tal, tänder, beteende och växelverkan med andra. Sjuksköterskan tog upp dessa samtalsämnen fyra gånger oftare än föräldrarna. Endast i tre av de möten som studerats tog deltagarna inte upp barnets utveckling, då gällde det istället andra specifika problem. Hur ofta samtalsämne rörande barnets utveckling kom upp i samtalet berodde i stor utsträckning på barnets ålder, men oberoende av barnets ålder så var det sjuksköterskan som tog initiativet till det. Samtalsämne relaterade till barnets tillväxt inträffade ofta, längd och vikt nämndes i nästan alla samtal och sjuksköterskan tog initiativet rörande barnets tillväxt tre gånger så ofta som föräldrarna. Sjuksköterskan tog upp diskussioner kring nästa möte när hon informerade föräldrarna i slutet av mötet om vad som skulle hända nästa gång, detta diskussionsämne inleddes av föräldrarna endast några gånger. Att informera föräldrarna om nästa möte var en rutin och föräldrarna verkade förvänta sig regelbundenhet kring sitt och barnets möte hos sjuksköterskan (Baggens, 2001).

Utifrån föräldrarna

När föräldrarna tog initiativet till ett samtalsämne rörde det oftast fenomen kring barnets kropp. Föräldrarna ville ha hjälp med exempelvis problem kring allergier, kräkningar, öroninflammation, växtvärk, kolik, utslag och mjäll. Vanligaste typen av problem rörde huden. Genom att ställa frågor eller antaganden om barnets kropp kunde de få fram egna problem och bekymmer i samtalet. Det fanns en skillnad i vad mamman och vad pappan tog upp i ett samtal. Pappan inledde sällan samtalsämne som rörde skötsel, sociala faktorer och daglig vård, i motsats till mamman. Däremot tog han upp ämnen relaterade till kropp och tillväxt i samma utsträckning som mamman. I två tredjedelar av alla samtal som undersökts uppmanade sjuksköterskan föräldrarna att ställa frågor under samtalets gång, föräldrarna uppmanades också att ta kontakt med sjukhuset om de hade några frågor eller om problem uppstod. Hälften av föräldrarna ställde frågor när de blev uppmanade att göra det. Genom att sjuksköterskan frågar föräldrarna om de har några frågor gör hon det lättare för dem att ta upp eventuella bekymmer. Under den fysiska

undersökningen som sjuksköterskan gjorde på barnet ställde föräldrarna ofta frågor om barnets utveckling och födointag. Föräldrarna inledde relativt ofta nya samtalsämnen som rörde speciella situationer, exempelvis om den fysiska eller sociala omgivningen eller andra aspekter i det aktuella ögonblicket (Baggens, 2001).

Utifrån barnet

När ett barn vill delta i ett samtal tar de upp ämnen om just den situationen som de befinner sig i eller något runt omkring situationen. Detta använder de som en biljett in i samtalet. När barn tar initiativ till ett samtalsämne accepterar de andra deltagarna ämnet som tas upp och engagerar sig i det. Dock pratas det inte om ämnen som barn tar upp särskilt länge, utan nya samtalsämnen inleds av de andra deltagarna direkt efter två eller tre yttranden (Baggens, 2001).

Förhållningssätt i samtalet

Utifrån sjuksköterskan

Att vara sjuksköterska i ett samtal innefattar ett professionellt förhållningssätt som innehåller en medmänsklig del, här ligger även sjuksköterskans ansvar att se patientens individuella behov (Wihlborg, 1996).

Både sjuksköterskan och patienten har en viktig roll i konversationen och det är av stor betydelse att sjuksköterskan bygger upp ett kommunikativt förhållande mellan dem. Om hon skapar en positiv atmosfär leder det till möjligheter för patienten att uttrycka sina åsikter och känslor. Genom att sätta patienten i centrum får hon/han möjlighet att prata och uttrycka sig. Om sjuksköterskan är i centrum under konversationen hindrar det patienten att prata och komma med reflektioner, hon/han reagerar då inte på dennes bekymmer och fortsätter med samma samtalsämne trots att patienten känner sig obekvämt (Poskiparta, m.fl., 2001).

Sjuksköterskan ska låta patienten styra samtalet (Wihlborg, 1996) och hon behöver därför inte alltid vara aktiv i konversationen, utan det viktiga är att hon i första hand

lyssnar, visar förståelse eller bara finns till (Poskiparta, m.fl., 2001; Wihlborg, 1996). Hennes roll blir då att förstå sammanhanget av det patienten säger och på så vis visar hon respekt för patientens kunskaper (Poskiparta, m.fl., 2001). I vissa fall fungerar sjuksköterskan som ett bollplank för patientens frågor och funderingar och i vissa situationer ställer hon själv frågor. Att vara ett bollplank för patienten upplevs hos de flesta sjuksköterskor som positivt, utom då de får frågor som de inte kan besvara, viktigt att tänka på är dock att vara rak och ärlig (Wihlborg, 1996), vilket nedanstående citat vill visa.

Under torsdagen blev det allt svårare för Christian att andas. När Albert på rondan kom in till oss frågade Christian: 'Skall jag dö nu?' Albert svarade mycket lugnt och med ett tryggt leende på läpparna: 'Nej. Så lätt går det inte att dö.' Pu blev lugnare (Norén, 1998, s. 96).

I en studie av Runeson, Hallström, Elander och Hermerén (2002) gjord på ett svenskt universitetssjukhus observerades 137 situationer för att se hur sjuksköterskan förhåller sig i kommunikationen till unga patienter, i åldrarna fem månader till 18 år. Studiens resultat delades in i fem nivåer.

Nivå ett karaktäriserades av att sjuksköterskan inte lyssnade på barnets åsikter, önsknings och värderingar. Tio situationer (7,3 %) bedömdes tillhöra denna nivå, där det generellt gavs väldigt kortfattad information, endast en antydning till vad som skulle ske nämndes. Dessa situationer innehöll beskrivningar av barnen vars integritet inte respekterades (Runeson, m.fl., 2002).

Till nivå två bedömdes elva situationer (8 %) tillhöra, vilka utmärktes av att sjuksköterskan lyssnade, men vägrade diskutera barnets åsikter, det förekom ingen tvåvägskommunikation. Barnen informerades om vad som skulle hända, men informationen var oftast kortfattad och det förekom ingen kontroll för att se om barnen förstod informationen. Sjuksköterskan försökte inte skapa ett tillitsfullt förhållande till barnen (Runeson, m.fl., 2002).

I nivå tre kommunicerade sjuksköterskan med barnet, men brydde sig inte om barnets svar, åsikter, önskningar och värderingar som inte överensstämde med sina egna, hit bedömdes femtioen situationer (37 %) tillhöra. Sjuksköterskan lyssnade på barnens åsikter och besvarade deras frågor. Hon försökte skapa ett tillitsfullt förhållande med dessa barn och förklarade och motiverade dem till medbestämmande i planeringen. En del barn protesterade, men det påverkade inte planeringen (Runeson, m.fl., 2002).

Sjutton situationer (12,4 %) bedömdes tillhöra nivå fyra, som karaktäriserades av att sjuksköterskan brydde sig om vad barnet sa, men handlade inte i överensstämmelse med barnets åsikter, önskningar och värderingar. Dessa barn fick information om vad som skulle hända och sjuksköterskan lyssnade på barnens åsikter och fortsatte en dialog med dem för att försäkra sig om att de förstod. I de fall då barnen var av en annan åsikt var det oftast möjligt att kompromissa (Runeson, m.fl., 2002).

Både i nivå fyra och fem gjordes försök att få barnen att medverka i det som skulle hända eller åtminstone få dem med i diskussionen. I praktiken innebar det att sjuksköterskorna pratade med barnen om vad som skulle ske, förklarade varför och försökte placera händelsen i ett större sammanhang för att barnen lättare skulle förstå. Sjuksköterskan diskuterade saker med barnen och deras åsikter, önskningar och värderingar togs hänsyn till och de försökte inte påskynda händelsen (Runeson, m.fl., 2002).

Anna känner plötsligt att hon är törstig och torr i munnen. –Kan jag få lite vatten? Frågar hon. –Nej, du får inte dricka så snart efter operationen. Men titta här! Sköterskan visar på slangen som går från plastpåsen in i röret på Annas hand. –Här droppar det in sockervatten i dig. Under operationen var det saltvatten. Jag kan låta det droppa lite mer, och så kan jag fukta din mun med något som smakar gott (Foss Abrahamsen & Henrichsen, 1989, s. 11).

I nivå fem placerades fyrtioåtta situationer (35 %), där handlade sjuksköterskan i överensstämmelse med barnets åsikter, önskningar och värderingar och de ansträngde sig för att skapa en tillitsfull relation till barnen. De unga patienterna samtyckte

dessutom i planeringen efter mottagen information och barnets uttalade önskan respekterades (Runeson, m.fl., 2002).

Utifrån barnet

Barn visar stora individuella skillnader i deras beteende och uppförande och det beror mycket på yttre faktorer som omgivande miljö och samspel med sjuksköterskan. Barn reagerar också på olika sätt i samband med att beslut ska fattas, allt från ett aktivt förhållningssätt, till ett passivt med ett fåtal frågeställningar. Det händer även att de protesterar starkt och tappar kontrollen över situationen (Runeson, m.fl., 2002).

Barn uttrycker olika krav på information och medbestämmande, allt från att ha total kontroll över situationen till att inte ställa några krav alls (Runeson, m.fl., 2002). Avgörande för vad patienten ska få för information beror på hur mogna de är för sin ålder och sårbarheten hos dem. Åldern har inte någon större betydelse för hur gränser ska sättas när det gäller kommunikationen. Exempelvis vill en del av de yngsta ha detaljerad information om sitt tillstånd medan en del av de äldsta bara önskar få veta det allra viktigaste (Young, m.fl., 2003).

Föräldrar och närstående – ett stöd eller hinder i kommunikationen

Sjuksköterskor i Wihlborgs (1996) studie, skildrar hur närstående kan ha både positiv och negativ inverkan på samtalen, men också på vården i stort. De flesta unga patienter vill att föräldrarna ska vara inblandade i kommunikationen, men de är inte alltid tillfredsställda med hur kommunikationen utförs (Young, m.fl., 2003).

Stöd i kommunikationen

Föräldrarna har en rad roller när det gäller kommunikationen och de är avgörande för att vårdpersonalen ska klara av kommunikationen med unga patienter. Möjligheten till att använda föräldrar i kommunikationen, i så stor utsträckning som barnet vill, beror på föräldrarnas samarbete med vårdpersonalen (Young, m.fl., 2003). Om kontakten mellan

sjuksköterskan och närstående fungerar bra inverkar det positivt på sjuksköterske-patientrelationen (Wihlborg, 1996).

Enligt Young med flera (2003) hjälpte föräldrarna sitt barn att diskutera effektivt med vårdpersonal och gav dem möjlighet att ställa frågor. Föräldrarna fungerade också som en agent, de fick klargöra och återge information som vårdpersonalen gav, så att barnet bättre skulle förstå vad som berättats för dem. Beroendet av föräldrarna uppstod särskilt när de talade med doktorn eftersom de inte tyckte att de hade någon framgång när de gav doktorn information. De tyckte endast att de hade en liten position i samtalet och trodde att det som de tyckte var viktigt inte var av intresse, många tyckte att det var lättare att prata med sjuksköterskan. En del barn tycker att det är bra att föräldrarna fungerar som en "buffert" så att de inte riskerar att bli så utsatta.

Hinder i kommunikationen

Det förekommer att sjuksköterskor har en negativ upplevelse av att närstående hindrar patienten att bli informerad om sin situation (Wihlborg, 1996; Young, m.fl., 2003). Det kan uppstå etiska konflikter för sjuksköterskan då läkare eller närstående anser att patienten inte ska få all information (Wihlborg, 1996).

På morgonen ringde sköterskan på Ögonmottagningen och sa att vi skulle komma omgående, hela familjen. Mer kunde hon inte säga. Då förstod jag att det var allvar, anade vad det är för sorts besked en sköterska inte får ge per telefon (Pohl, 2000, s. 101).

Samtal mellan föräldrar, barn och vårdpersonal utförs oftast endast mellan föräldrar och vårdpersonal, vilket medför att barnet inte får sin röst hörd. Utan att försvaga föräldrarnas roll måste vårdpersonalen hjälpa föräldrarna att ta hänsyn till sitt barn så att deras intresse tas tillvara på bästa sätt (Young, m.fl., 2003).

Klockan halv tre var Ina, Christian och jag på avd 91. Fredrik kunde givetvis inte vara med. Vi visste vad samtalet gällde. Thomas kom tillsammans med en av våra två kontaktpersoner. Vi slog oss ned runt bordet

i konferensrummet. Ina och jag hade skrivit upp punkter som vi ville avhandla. Det naturliga hade varit att sätta vår arme son mellan oss, men för mig var det viktigaste just då att både Ina och jag kunde läsa våra punkter. Christian hamnade till höger om mig, litet vid sidan av sällskapet. Han hade ingen till höger om sig. Jag kom sedan att ångra att han inte fick sitta mellan sina föräldrar, men jag befann mig fortfarande i chocktillstånd och reagerade inte som vanligt (Norén, 1998, s. 54-55).

Patienten kan också sätta gränser genom att hindra närstående att bli informerade. Sjuksköterskan hamnar då mitt emellan, vilket medför att hon känner sig utnyttjad. Det kan påverka hennes inställning till patienten negativt (Wihlborg, 1996).

Samband mellan icke verbal kommunikation och empati

Sands (2003) studie utfördes i två omgångar, i den första intervjuades 51 kvinnliga sjuksköterskestudenter och i den andra två år senare intervjuades 43 sjuksköterskor. I studien fann hon att det finns ett samband mellan graden av empati som vårdgivaren har för patienten och förmåga att uppfatta icke verbal kommunikation.

I en svensk studie av Bégat och Severinsson (2001) intervjuades 46 sjuksköterskor, varav 38 kvinnor och åtta män, deras resultat visar att det är av stor vikt att vara mottaglig och ta hand om patientens känslor både för sjuksköterska och patient. När sjuksköterskan har möjlighet att ta hand om patientens känslor, är det troligt att patienten känner sig accepterad som han/hon är (Bégat & Severinsson, 2001). Av den anledningen är det viktigt att känna igen den enskilde patientens sätt att uttrycka sig genom kroppsspråket (Wihlborg, 1996). I samtal kan patienten kommunicera icke verbalt med sitt kroppsspråk, det handlar då till exempel om motorisk oro, svårt att hitta rätt ställning i sängen eller beröring, som exempelvis att ta tag i någons hand (Wihlborg, 1996). Den icke verbala kommunikationen stödjer konversationen och kan även bestå av ögonkontakt sjuksköterska och patient emellan, samt huvudrörelser som till exempel nickningar. En positiv icke verbal kommunikation bygger upp en känslomässig positiv atmosfär. Frågor och rådgivning är därmed mer än verbala uttryck eftersom de också innehåller icke verbala signaler (Poskiparta, m.fl., 2001).

I Sands (2003) studie om icke verbal kommunikation och empati delas resultatet in i fyra grupper. Grupp ett karaktäriserades som bestämd och kraftfull och de som tillhörde denna grupp hade en hög grad av empati, det vill säga möjlighet att bli berörd av andra människors känslor. I denna grupp har sjuksköterskorna också den högsta mottagligheten för icke verbal kommunikation och det fanns ett starkt behov av dominans, men också behov av stöd, medan obehag inför olika omvårdnads situationer var låg.

Andra var visserligen bestämda, men ändå mjuka i rösten och rörelser, hänsynsfulla och med mjuka varma händer när dom tog i Anna (Pohl, 2000, s. 215).

Bland dem som hörde till grupp två, de obehagsbenägna, fanns en måttlig grad av empati, men också den lägsta mottagligheten för icke verbal kommunikation. Behov av order och försäkran om att det som gjordes, gjordes rätt var tämligen stark. Sjuksköterskorna som hamnade i denna grupp hade störst obehag, speciellt inför kroppsliga avsöndringar och närhet till avlidna patienter, försvarsmekanismen för att undvika detta var isolering, dock visade sig denna mekanism inte vara effektiv (Sand, 2003).

Jag tror att människan har en sorts försvarsmekanism inbyggd, en form av skydd för att förskonas från det outhärdliga (Pohl, 2000, s. 225).

I den tredje gruppen, de servicevänliga, fanns det en måttlig grad av empati och känsligheten för icke verbal kommunikation var tämligen låg. Dessa låter istället andra personer vara i centrum och dominera och de har svårt att värna om sina egna intressen. Behov av stöd och försäkran om att det som gjordes, gjordes rätt fanns. Graden av obehag inför olika omvårdnadssituationer är lägst i denna grupp och några speciella försvarsmekanismer inför olika situationer fanns inte (Sand, 2003).

I grupp fyra, den dominerande, är graden av empati låg, däremot är förmågan att uppfatta icke verbal kommunikation god. Behovet av att dominera är högt, likaväl som

behovet av självständighet, medan obehag inför kroppsliga avsöndringar är hög och närheten till avlidna patienter är låg (Sand, 2003).

Systrarna gav ju inte med sig. Somliga av dom var väldigt burdusa. Slet upp dörren, talade med hårt röst och hade kalla händer (Pohl, 2000, s. 215).

Sjuksköterskans engagemang i vården

En förutsättning i samtalet är äkta engagemang från sjuksköterskan, samtidigt som det kan vara påfrestande att våga engagera sig och komma patienten nära (Wihlborg, 1996). För att utöva god omvårdnad krävs reflektion från sjuksköterskan, likaväl som att hon litar på sin intuition, är uppmärksam, tar initiativ samt har tålamod och mod (Bégat & Severinsson, 2001).

Hela natten går en sköterska med jämna mellanrum bort till Anna och ser till att hon har det bra, och att vattnet droppar som det ska (Foss Abrahamsen & Henrichsen, 1989, s. 10).

I sjuksköterske- patientrelationen är det betydelsefullt med kontinuitet och regelbundenhet, det är det som gör att ett förtroende byggs upp. För att bygga upp ett förtroende mellan sjuksköterska och patient är en förutsättning en varaktig kontakt, vilket också är en förutsättning för att sjuksköterskan ska lära känna patienten och tolka patientens signaler (Wihlborg, 1996).

Stressfulla situationer förekommer på många pediatrika avdelningar, vilket resulterar i att barnen sällan ges tid att tänka efter eller att ställa frågor (Runeson, m.fl., 2002).

När pappa har läst i en hel timme somnar Anna. Men Petter är vaken. -Det går bra att ligga här, säger han allvarligt. Alla är jättesnälla, och man får mat och man får se på teve och så. Men alla har alltid bråttom (Foss Abrahamsen & Henrichsen, 1989, s. 17).

Och dom frågade och frågade hur det var och hur hon kände sig. Dom var underbart vänliga men jag tror inte att dom hörde svaren så noga, för dom hade för mycket att göra (Pohl, 2000, s. 16).

Situationer med stress innebär att personalen inte alltid har tid att reflektera, tänka efter och överväga alternativ som är individuellt anpassade för barnen (Runeson, m.fl., 2002).

Sammanfattningsvis framkommer det i studiens resultat att det är angeläget att möta patienten på samma våglängd. Samtalets inledning är viktigt eftersom det är grunden för den fortsatta kommunikationen och samtalets innehåll varierar beroende på vem som tar initiativet. Att vara sjuksköterska i ett samtal innefattar ett professionellt förhållningssätt och det är väsentligt att patienten är i centrum under samtalet. Föräldrar och närstående kan vara både ett stöd eller hinder i kommunikationen. Det finns ett samband mellan icke verbal kommunikation och empati och sjuksköterskans engagemang i vården är betydelsefullt.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vår utgångspunkt i denna litteraturstudie var att det skulle kunna vara stor skillnad på att möta exempelvis en 3-åring respektive en 17-åring, därför tänkte vi koncentrera oss på en åldersgrupp till exempel tonåringar. När vi sedan påbörjade artikelsökningen visade det sig att studierna var baserade på barn, det vill säga 0-18 år, vilket var anledningen till att vi valde att inrikta oss på barn i alla åldrar. I studierna har alltså ingen skillnad gjorts på att möta spädbarn och nästan vuxna människor.

Vi valde att göra en litteraturstudie för att sammanställa aktuell forskning kring vårt syfte, vad en litteraturstudie går ut på fick vi klart för oss genom att läsa Backman (1998). Vi har valt att inte använda oss av frågeställningar i arbetet eftersom vi ansåg att

syftet var tydligt nog, vad detta har haft för betydelse för resultatet är osäkert men vi tror inte att det varit av avgörande betydelse.

Databasen EBSCOhost tilltalade oss mest, därför att mer avancerad sökning kunde utföras och artiklarna fanns att tillgå i fulltext. Här fann vi till största delen de artiklar som använts i denna studie. Litteratursökningar utfördes även i databasen Cinahl, där fann vi endast ett fåtal lämpliga artiklar. Att hitta artiklar som stämde överens med litteraturstudiens syfte var svårare än vi trott. Det visade sig att de inte gjorts så många studier om vilka faktorer som kan påverka kommunikationen mellan sjuksköterska och barn, vilket resulterade i ett begränsat antal användbara artiklar. I och med att utbudet av studier som rörde kommunikation med barn var mycket begränsad, har vi valt att även inkludera studier om kommunikation med patienter i allmänhet. Dessa artiklar är dock skrivna ur ett sjuksköterskeperspektiv. Även om sökorden gav många träffar exkluderades många artiklar på grund av att de handlade om bland annat graviditet, sex och droger.

Orsaken till vårt val av tidigare nämnda självbiografiska och skönlitterära böcker var att barnens utvecklingsnivåer och omständigheter överensstämde med litteraturstudiens syfte. Fördelen med att inkludera citat ur självbiografiska och skönlitterära böcker är att litteraturstudien blir intressantare och nöjsammare att läsa, samt att resultatets innehåll belyses på ett mer intressant sätt då citaten speglar verkligheten utifrån patienten och de anhörigas värld. Vi ser endast fördelar med att använda självbiografiska och skönlitterära böcker som ett komplement till de vetenskapliga artiklarna.

Vad en analys innebär står att läsa om till exempel i Eriksson (1992). De funna artiklarna översattes och lästes igenom av oss båda, därefter plockades meningsbärande enheter ut som överensstämde med vårt syfte. Efter detta påbörjades kategoriseringen, som så småningom bildade teman, dessa teman blev grunden till våra rubriker. Att förstå hur kategoriseringen skulle gå till var till en början problematiskt, men med hjälp av Pilhammar Andersson (1996) och genom att läsa andras arbeten blev det enklare att förstå, när vi väl kom underfund med hur processen skulle gå till flöt det på bra. Eftersom vi till en början hade svårt att förstå vad kategorisering innebar har vi valt att

ha med ett exempel på det i metoden för att tydliggöra detta för läsaren, men även för att visa att vi använt metoden på ett tillförlitligt sätt.

Resultatdiskussion

Vi anser att kommunikationen är av stor och värdefull betydelse och att den ska ha en självklar plats i omvårdnadsarbetet. Wihlborg (1996) menar att det i dag gäller att i hög grad medvetandegöra samtalets betydelse och självklara plats i omvårdnadsarbetet och Baggens (2001) menar att samtalet är ett av huvudinstrumenten i barnhälsovården. Enligt Ledlow, Hair och Moore (2003) måste kommunikationen vara av hög kvalitet i en värld full av information.

Att vara på samma våglängd

Att vara på samma våglängd innebär till exempel att kunna använda sig av transaktionsanalysen som verktyg, vilken enligt Dimpleby och Burton (1997) gör att en person lättare kan förstå sitt eget och andra människors kommunikationsbeteende. Kunskap om transaktionsanalysen gör att en människa kan möta den som han/hon kommunicerar med på samma nivå, det vill säga samma våglängd, som den personen befinner sig på, alltså föräldrar, vuxen eller barntillståndet. Att möta en människa på samma våglängd gör, enligt Wihlborg (1996), att sjuksköterskan och patienten kommer närmare varandra och kan hålla mer öppna samtal.

Ekmark (2002) betonar i sin studie att det är viktigt att vara lyhörd i ett möte, vi menar att sjuksköterskan har ett ansvar att se vilket jagtillstånd som patienten befinner sig i, i den aktuella situationen. Samtalet kan få en mer positiv utveckling om sjuksköterskan befinner sig på samma nivå, samma våglängd, som patienten. Ansvar måste, enligt Bégat och Severinsson (2001), ses som absolut nödvändigt i omvårdnaden och är någonting som vi måste ta som självklart.

I samtal mellan sjuksköterska och barn kan sjuksköterskan som vuxen människa förvänta sig att barnet kan ha en lägre kognitiv funktionsnivå, än vad åldern tyder på,

det krävs alltså att kommunikationen är individuellt anpassad till barnets faktiska kognitiva nivå och inte till åldern (Øvreeide, 1998). I motsats till Øvreeide (1998) har Wihlborg (1996) kommit fram till att patientens ålder har betydelse i samtalet. Ett sätt att missbruka transaktionsanalysen är, enligt Dimbleby och Burton (1997), att förutsätta att förälder, vuxen och barntillståndet nödvändigtvis är förknippade med en viss ålder, men så behöver det inte vara eftersom människan kan ha olika kommunikationsbeteende oavsett vilken ålder hon/han befinner sig i. Dimbleby och Burton (1997) menar att det är viktigt att inse att ett barn kan bete sig som en vuxen och en vuxen som ett barn. Øvreeide (1998) menar att bedömning av vilket jagtillstånd barnet befinner sig i sker på bästa sätt genom att den vuxne aktivt observerar barnet. Vuxenjaget börjar utvecklas strax efter tio månaders ålder och karaktäriseras av logiskt tänkande och problemlösning (Dimbleby & Burton, 1997). Piaget (Mitchell, 1993) menar däremot att förmågan till systematiskt tänkande kring saker och ting först utvecklas i det formella operationernas stadium, vilket innebär från 12 år och uppåt, därför kan det inte förväntas att barn yngre än 12 år ska ha ett vuxenbeteende.

Samtalets inledning och innehåll

Liksom Poskiparta med flera (2001) anser vi att början på konversationen är väldigt viktig. Det första intrycket är oerhört grundläggande för den fortsatta kommunikationen, det är då förtroendet byggs upp till motparten. Människans viktigaste redskap är det som finns i vårt språk, vilket gör att kommunikationen är betydelsefull, för det är genom den vi kan samspela med våra medmänniskor (Säljö, 2000). Att ta vara på och hantera detta verktyg på ett bra sätt är, enligt oss, en konst.

Piaget (Mitchell, 1993) menar att barn under det preoperationella stadiet (2-7 år) snabbt utvecklar sin skicklighet som språkanvändare, medan Mireau (1996) förväntar sig att en 4-åring ska kunna använda ord och meningar på samma sätt som vuxna. Vi anser därför att en sjuksköterska måste vara medveten om de olika utvecklingsnivåerna så att hon vet vad som kan förväntas av barnets kommunikation. Poskiparta med flera (2001) menar att deras studie visar att en detaljerad analys tillför viktig kunskap om kommunikationen mellan sjuksköterska och patient och att kommunikationen ska anpassas till patientens behov, vilket stödjer och gynnar förhållandet mellan patient och sjuksköterska.

Baggens (2001) fann i sin studie att sjuksköterskorna visade olika samtalsämnenets viktighet genom att introducera specifika samtalsämnen. Problemet vi ser med detta är att en risk finns att barnet och föräldrarna tror att deras frågor inte är viktiga och därmed inte tar upp dem för diskussion. Även Baggens (2001) ser en risk med detta, nämligen att föräldrarna då har svårt att introducera individuella frågor och bekymmer i samtalet. Baggens (2001) upptäckt av att samtalet domineras av sjuksköterskorna är skrämmande, vilket väcker tankar om dels vilka möjligheter föräldrarna har att få sina röster hörda, men även barnens.

Förhållningssätt i samtalet

Vi anser att ett förhållningssätt är något som måste tränas upp, det har alltså med arbetserfarenhet och kompetens att göra. Sand (2003) anser att sjuksköterskans kompetens är ett mångsidigt koncept som är svårt att mäta, patienter måste också bli bättre på att uppskatta detta hos sjuksköterskan.

Poskiparta med flera (2001) drar slutsatsen att om sjuksköterskan är i centrum under samtalet är det hon som är den kontrollerande och styrande parten, det blir hon genom att ställa frågor och ge råd. Wihlborg (1996) menar att det är patienten som ska vara den styrande parten i samtalet och det upplevde sjuksköterskorna i de flesta fall att patienten gjorde i Wihlborgs (1996) studie.

Intressant och skrämmande är det Runeson med flera (2002) fann i deras studie om hur sjuksköterskan förhåller sig i kommunikationen till unga patienter, nämligen att de flesta sjuksköterskor kommunicerar med barnet, men att de inte alltid bryr sig om barnets svar, åsikter, önskningar och värderingar som inte överensstämmer med sina egna. Detta motsäger en viktig egenskap som Ekmark (2002) fann i sin studie, nämligen lyhördhet. Lyssnar sjuksköterskan inte på patientens svar, åsikter, önskningar och värderingar är hon inte lyhörd inför patienten och därmed saknar hon, enligt Ekmark (2002), en viktig egenskap. Ekmark (2002) menar vidare att andra viktiga egenskaper är ödmjukhet och att visa respekt.

Barnets förhållningssätt i ett samtal har med barnets mognadsnivå att göra och det är då betydelsefullt att ha transaktionsanalysen i åtanke eftersom, som tidigare nämnts,

Dimbleby och Burton (1997) anser att vuxna kan vara som barn och barn som vuxna eftersom alla har något av förälder, vuxen och barntillståndet i sig. I tonåren kan barn, enligt Cullberg (1992), starkare hävda sina intressen och reagera med aggressiva attacker. Det är viktigt att sjuksköterskan som möter barn vet att detta är ett normalt reaktionssätt, så att hon inte uppfattar denna eventuella aggressiva attack som hotande eller avvikande. Vår erfarenhet av barn är att de speciellt när de är små använder sig av det icke verbala kroppsspråket, men också en nästan vuxen människans kroppsspråk avslöjar mycket om den fysiska och psykiska hälsan. Som Tveiten (2000) betonar har allt beteende ett kommunikationsvärde och barn i olika åldrar har olika ordförråd och begreppsförståelse. Hos barn med föga utvecklat språk är den icke verbala kommunikationen särskilt viktig.

Runeson med flera (2002) studie vittnar om att barn är tillåtna att medverka i att fatta beslut i olika utsträckning. Studien visar även att i en del situationer borde barnen få medverka i högre omfattning. Vi anser, liksom ovanstående författare, att det är av stor vikt att komma ihåg att tysta barn, kanske inte är tysta av den anledningen att de håller med, utan det kan mycket väl vara raka motsatsen, men att de inte vågar protestera mot en vuxen människas åsikter. När barn medverkar i att fatta beslut kan det i långa loppet ses som ett steg i barnets utveckling, detta kan ses som en förberedelse för mer seriösa beslut i barnets framtid.

Föräldrar och närstående – ett stöd eller hinder i kommunikationen

Som Young med flera (2003) betonar är det viktigt att sjuksköterskor som arbetar med barn är medvetna om föräldrarnas unika roll. Som vi ser det ligger mycket av barnets trygghet hos föräldrarna, men bara på grund av detta ska sjuksköterskan inte ta förgivet att barnet alltid vill ha föräldrarna med på exempelvis undersökningar. I Wihlborgs (1996) studie framkom beskrivningar från sjuksköterskorna om att patienten i en del situationer tog upp ämnen med sjuksköterskan som denne inte vågade eller ville diskutera med sina närstående. Det gäller alltså för sjuksköterskan att läsa av situationen och ställa sig frågan; är föräldrarna eller de närstående ett stöd eller hinder i just denna situation. Även här har barnets ålder betydelse, exempelvis är barnet under spädbarnsperioden, enligt Cullberg (1992), totalt utlämnat till föräldrarnas beskydd.

Närstående kan hindra patienten från att bli informerad om sin situation, vilket sjuksköterskor har negativ upplevelse av (Wihlborg, 1996; Young, m.fl., 2003), på så vis kan sjuksköterskan, enligt Ekmark (2002), inte undvika missförstånd eftersom det är genom att vara rak och ärlig som sjuksköterskan kan ge patienten information på ett mer rakt sätt.

Ledlow med flera (2003) tror att framtida studier kommer att visa att äldre personer blir mer tillfredsställda med information i lägre tempo. Detta bör sjuksköterskan vara medveten om när hon informerar föräldrar och närstående.

Samband mellan icke verbal kommunikation och empati

I ett samtal mellan sjuksköterska, barn och förälder tar parterna upp olika samtalsämnen, enligt Baggens (2001). I samtal inom hälso- och sjukvården, precis som i alla samtal sker en regelbunden kommunikation (Eide & Eide, 1997) som består av både verbal och icke verbal kommunikation (Granum, 1994). Granum (1994) menar att allt vi gör eller inte gör förmedlar ett budskap. Vi anser att det är viktigt att som sjuksköterska inte sända dubbla budskap, eftersom det då kan bli svårt för barnet att förstå och en risk finns att barnet mister sitt förtroende för sjuksköterskan. Sand (2003) talar om sambandet mellan icke verbal kommunikation och empati. Vi anser att det som sjuksköterska är viktigt att vara observant på patientens kroppsspråk eftersom det förmedlar om patienten exempelvis har förstått mottagen information från sjuksköterskan, eller om han/hon har ont, är ledsen eller bekymrar sig för någonting. Eide och Eide (1997) menar att vid kommunikation i vården är det betydelsefullt att sjuksköterskan har en empatisk inlevelseförmåga för patienten. Vi menar att empati hos en sjuksköterska är nödvändigt för att kunna tolka patientens kroppsspråk, liknande ovanstående exempel, medan empati även är viktigt för att kunna trösta och förstå patienten. Vi ser detta som två delar av en helhet, där den ena delen, empati, inte klarar sig utan den andra, det vill säga att tolka patientens kroppsspråk.

Sjuksköterskans engagemang i vården

För att som sjuksköterska engagera sig inom vården, anser vi, att det krävs ett äkta intresse för människor, hon måste tycka det är roligt och intressant med nya människor.

Att ägna tid åt patienten är betydelsefullt, även korta möten är av betydelse. Därför är det synd att sjuksköterskorna som till exempel i Wihlborgs (1996) studie inte anser att korta möten är exempel på samtal som kan vara värdefulla för både sjuksköterskan och patienten.

Vi anser att alla sjuksköterskor bör besitta en grund för de faktorer som framkommit genom vår litteraturstudie, som måste vidareutvecklas hos varje yrkesverksam individ i sjuksköterskekåren.

Konklusion

I bakgrunden redovisas faktorer som påverkar möten i vården, dessa är: självkänedom, självtillit, inre trygghet, ödmjukhet, respekt, lyhördhet, mod, äkta intresse, personkemi och tid (Ekmark, 2002), samt empati (Eide & Eide, 1997) och samspel (Dahl Andersen, 1997). De nio förstnämnda faktorerna som påverkar möten i vården anser vi vara faktorer som sjuksköterskan bör besitta. De tre sistnämnda faktorerna som påverkar mötet mellan sjuksköterska och patient är faktorer som hon själv inte helt kan styra över. Personkemi och samspel är beroende av alla inblandade parter, men givetvis måste sjuksköterskan ha det största ansvaret och tiden måste alla i mötet hjälpas åt att utnyttja effektivt. Ett bra möte är grunden för en bra och innehållsrik kommunikation.

I resultaten beskrivs faktorer som påverkar kommunikationen i vården. Dessa faktorer är att vara på samma våglängd, samtals inledning och innehåll och förhållningssätt i samtalet. Även föräldrar och närstående är faktorer som påverkar kommunikationen, liksom sambandet mellan icke verbal kommunikation och empati, samt sjuksköterskans engagemang.

Om dessa faktorer är specifika i kommunikationen med barn är svårt att säga, utan de är sannolikt generella faktorer oavsett vilken åldersgrupp som sjuksköterskan möter. Oavsett vilken åldersgrupp hon möter måste hon anpassa kommunikationen till patientens individuella behov i den aktuella situationen.

Det finns många faktorer som påverkar kommunikationen mellan sjuksköterska och barn, men det finns endast ett fåtal studier om detta. Därför menar vi, liksom Baggens (2001), att det finns behov av mer studier kring sjuksköterske- förälder/barn kommunikationen under familjens besök i vården. Även den icke verbala kommunikationen finns det ett fåtal studier om, vilket gör att vi liksom Baggens (2001) och Poskiparta med flera (2001) föreslår vidare studier även inom detta område.

REFERENSER

Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik: teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Baggens, C. (2001). What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. *Journal of Advanced Nursing*, 36, (5), 659-669.

Bégat, I. B. E., & Severinsson, E. I. (2001). Nurses' reflections on episodes occurring during their provision of care – an interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 38, (1), 71-77.

Cullberg, J. (1992). *Kris och utveckling: en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie*. Stockholm: Natur och kultur.

Dahl Andersen, I. (1997). Kapitel 9. *Omvårdnadsprocessen*. i Kristoffersen, N. J. (red.). *Allmän omvårdnad Del 2*. Stockholm: Liber.

Dimbleby, R., & Burton, G. (1997). *Oss emellan: mellanmänsklig kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.

Eide, H., & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Ekmark, E. (2002). *Möten i vården. Sjuksköterskors upplevelser av goda och problematiska möten i vården*. Uppsats 10 poäng. Vårdvetenskap 71-80 poäng. Uppsala Universitet. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. Enheten för vårdvetenskap.

Elliott, R., & Wright, L. (1999). Verbal communication: what do critical care nurses say to their unconscious or sedated patients? *Journal of Advanced Nursing*, 29, (6), 1412-1420.

Eriksson, K. (1992). *Broar: introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Åbo: Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.

Foss Abrahamsen, A. & Henrichsen, T. (1989). *Anna på sjukhus*. Malmö: Richters Förlag AB.

Granum, V. (1994). *Att undervisa i vårdsituationen – en självständig omvårdnadsfunktion*. Lund: Studentlitteratur.

Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing health care: developing a theory*. Linköping: Universitetet.

Hanssen, I. (1997). Kapitel 10. Kommunikation. i Kristoffersen, N. J. (red.). *Allmän omvårdnad Del 2*. Stockholm: Liber.

HSL 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Kristoffersen, N. J. (1998). Kapitel 6. Teoretiska modeller i omvårdnad. i Kristoffersen, N. J. (red.). *Allmän omvårdnad Del 1*. Stockholm: Liber.

Ledlow, G., Hair, H., & Moore, S. (2003). Predictors of communication quality: the patient, provider, and nurse call center triad. *Health communication*, 15, (4), 431-455.

Lindskog, B. (1997). *Medicinsk terminologi*. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag.

Malmsten, K. (2001). *Etik i basal omvårdnad: -i någon annans händer-*. Lund: Studentlitteratur.

Michell, P. (1993). *Barns psykiska utveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Mireau, C. (1996). *Barns utveckling och livsvillkor*. Nyköping: Athena lär.

Norén, S. (1998). ...så var leken förbi... Stockholm: Barncancerfonden.

Pilhammar Andersson, E. (1996). *Etnografi i det vårdpedagogiska fältet: en jakt efter ledtrådar*. Lund: Studentlitteratur.

Pohl, P. (2000). *Jag är kvar hos er*. Falun: AiT Falun AB.

Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T., & Karhila, P. (2001). From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Education and Counseling*, 45, (1), 69-79.

Runeson, I., Hallström, I., Elander, G., & Hermerén, G. (2002). Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study. *Nursing Ethics*, 9, (6), 583-598.

Sand, Å. (2003). Nurses' personalities, nursing-related qualities and work satisfaction: a 10-year perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 12, (2), 177-190.

SFS 1949: 381. *Föräldrabalk*. Stockholm: Justitiedepartementet.

Solvoll, B. (1997). *Kapitel 12. Identitetens betydelse*. i Kristoffersen, N. J. (red.). *Allmän omvårdnad Del 2*. Stockholm: Liber.

Swedenborg, L. (1992). *Ord för ord: Svenska synonymer och uttryck*. Stockholm: Norstedt.

Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken. Sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Prisma.

Tveiten, S. (2000). *Omvårdnad i barnsjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

Wihlborg, F. M. (1996). Att vara på samma våglängd. En studie av sjuksköterskors beskrivningar av sina upplevelser i samtal med döende patienter. *Vård i Norden*, 17, (4), 30-35.

Young, B., Dixon-Woods, M., Windridge, K. C., & Heney, D. (2003). Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. *British Medical Journal*, 326, (7384), 305-308.

Øvreeide, H. (1998). *Samtal med barn: metodiska samtal med barn i svåra livssituationer*. Kristiansand: Høyskoleforl.

Bilaga 1

Översikt av antalet sökord i databaserna EBSCOhost och Cinahl.

Sökord	EBSCOhost	Cinahl
communication & child	1120	6274
communication & young people	134	358
communication & patient	2921	10962
communication & nurse	618	7675
communication & patient & nurse	350	4844
communication & care	2771	14693
communication & child & nurse	20	1216
communication & child & care	136	2886
communication & young people & nurse	2	113
communication & young people & care	8	245
communication & young patient	2	5

Bilaga 2

Översikt av analyserad litteratur, dess använda metoder och syften.

Författare/år	Metod	Syfte
Baggens, C. (2001).	Observations studie	Att undersöka innehållet i samtalen och analysera samtalens förhållande till både det barnhälsofrämjande programmet och vilken part som bestämmer vad som skall tas upp i dessa möten.
Bé gat, I. B. E. & Severinsson, E. I. (2000).	Intervju studie	Att undersöka sjuksköterskors funderingar och tolkningar beträffande sitt vårdutövande.
Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T. & Karhila, P. (2001).	Observations studie	Att undersöka lämnandet och mottagandet av råd och frågor i interaktionen mellan sjuksköterskor och patienter och beskriva språkliga kännetecken i uppbyggandet av hälso rådgivning med sjuksköterskan i centrum.
Runeson, I., Hallström, I., Elander, G. & Hermeren, G. (2002).	Observations studie	Att undersöka barns medverkan i att fatta beslut angående deras egen vård.
Sand, Å. (2003).	Intervju studie	Att undersöka i vilken grad personliga faktorer som psykogenetiska behov, oro- och identitetsförsvaret och personliga kvalitéer som empati, mottaglighet för icke verbal kommunikation och graden av fysiska obehag, som upplevs i olika omvårdnads-situationer, står i relation till vårdkompetens och tillfredsställelse med omvårdnadsarbetet, i både kort- och långsiktigt perspektiv.

Wihlberg, F. (1996).	Intervju studie	Att beskriva sjuksköterskors återgivande av sina upplevelser i samtal med döende patienter.
Young, B., Dixon-Woods, M., Windridge, K. C. & Heney, D. (2003).	Intervju studie	Att undersöka unga människors och föräldrars redogörelse av kommunikation om cancer i barndomen.

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