



RÖDA KORSET'S HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
KURS 17, 15 hp
VT 11

NÄRVARO I DEN VÅRDANDE RELATIONEN

Henrik Norberg och Katarina Elvås

SAMMANFATTNING

Syftet med studien var att beskriva vad som krävs för närvaro i den vårdande relationen, utifrån vårdarens och vårdtagares erfarenheter. Att se på vad som ger en närvaro som berör, ger ett samspel samt verkar lindrande i vårdmötet. Tolv vetenskapliga artiklar med kvalitativa metodansatser analyserades med avsikt att utifrån denna uppsats syfte beskriva innehållet. Innehållsanalysen resulterade i fyra kategorier; *Att se hela människan*, *Själslig och kroppslig beröring*, *Vägen till att knyta an* samt *Vårdarens tillgångar*. Resultatet visar att bekräftelse, vårdarens bemötande, fysisk och mental närvaro samt kommunikationen är väsentligt för hur närvaro upplevs av människor. Närvaro kan skapa en beröring som sker mellan vårdare och vårdtagare i den vårdande relationen. För att kunna mötas behövs avsatt tid samt kroppslig och mental närvaro. Beröring påverkar människan och därmed vårdandet. Att se på det osynliga som sker i närvarons sken kan ge kunskap till vårdare, som kan användas i det dagliga omvårdnadsarbetet, i mötet med vårdtagare.

Nyckelord: Närvaro, ”being with”, beröring, bekräftelse och kommunikation.

SUMMARY

The aim of this study was to describe what is required for presence in the caring relationship, based on caregivers and care receivers experience. To look at what gives a presence that touch, gives an interaction and soothes suffering. Twelve scientific articles with qualitative methodology approaches were analyzed, with the aim to describe the content from this paper's point of view. The content analysis resulted in four categories: *Seeing the whole person*, *Spiritual and physical touch*, *The path to connection* and *The assets of the caregiver*. The result shows that confirmation of the care receiver, caregivers attitude, physical and mental presence and communication is essential for how people experienced presence. Presence can create an interface that takes place between caregivers and care receivers in the caring relationship. In order to meet, time, physical and mental presence is required. Touch affects humans and thus caring. To look at the invisible that is happening in the light of presence, can provide insight to caregivers, which can be used in daily nursing care, in meetings with the care receivers.

Keywords: Presence, "being with", touch, confirmation and communication.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND.....	2
	2.1 Vårdandet	2
	2.2 Närvaro.....	3
	2.3 Kommunikation	4
	2.4 Mötet	5
3	PROBLEMFÖRMULERING.....	7
4	SYFTE	7
5	Metod	8
	5.1 Datasamling och urval	8
	5.2 Analys.....	12
6	ETISKA ASPEKTER.....	13
7	RESULTAT	14
	7.1 Att se hela människan	14
	7.2 Själslig och kroppslig beröring.....	15
	7.3 Vägen till att knyta an	16
	7.4 Vårdarens tillgångar.....	19
8	DISKUSSION.....	22
	8.1 Metoddiskussion	22
	8.2 Resultatdiskussion.....	23
	8.3 Slutsatser	25
	8.4 Klinisk betydelse.....	26
	8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling	26
	REFERENSER	27

1 INLEDNING

Under våra verksamhetsförlagda utbildningar (VFU) har vi upplevt att i mötet med patienter har det varit påfallande att ”handpåläggning” eller blotta närvaron av vårdaren, har haft en lugnande och lindrande effekt hos individen. I detta sammanhang har handpåläggning ingen religiös innebörd utan är en slags osynlig beröring mellan vårdare och vårdtagare. Det är ett fenomen i den vårdande relationen. Det spelar ingen roll om mötet t ex skett inom psykiatrisk vård, i primärvården eller i ambulanssjukvården. Vår upplevelse har varit densamma oavsett plats och situation. Många gånger har vi i ambulanssjukvården mött en patient utan att ha utfört någon behandling av patientens symtom. I primärvården har ibland den enda åtgärd som utförts varit att överlämna läkemedel hemma hos patienten. I den psykiatriska vården har det varit många tillfällen då det funnits tid till att umgås med patienterna på avdelningen och att sitta ned och samtala. Patienterna har gett intryck av att vara nöjda utan att några behandlingar har utförts. Eller är det just det vi har? Exempelen ovan visar att vårdandet inte bara handlar om att behandla en patients kropp eller tillfredställa fysiska behov. Människans själ och ande behöver också vårdas. Denna osynliga beröring är ingenting som vi lärt oss hur vi ska uppnå rent praktiskt utan ibland finns den bara där i mötet, och det är uppenbart att fenomenet existerar. Många vårdare som vi pratat med under våra VFU placeringar har berättat om hur effektivt det är med ”handpåläggning”, men ingen har förklarat vad man faktiskt syftar på eller vad man konkret har gjort med patienten. Ändå har någonting hänt som bidragit till att en relation mellan patienten och vårdaren har skapats. Vårdarna har även berättat för oss hur närvaron haft betydelse i mötet med patienten. Genom närvaron har vårdaren ”fått med sig patienten”. Även detta fenomen har ingen riktigt kunnat förklara för oss på ett tydligt sätt. Det krävs alltså mer än att vårdaren bara är fysiskt närvarande i mötet med patienten. Detta har fångat vårt intresse och gjort att vi vill försöka bringa klarhet i, vad som krävs för att en närvaro ska uppstå i den vårdande relationen, och vad detta osynliga i relationen innebär.

2 BAKGRUND

2.1 Vårdandet

I dagens vård som blir alltmer specialiserad och teknologisk får vårdaren inte glömma bort att hela människan behöver vård (Kasén, Nordman, Lindholm & Eriksson, 2008). Det är vanligt förekommande att vårdaren i det dagliga arbetet fokuserar på tekniska moment och läkemedel för att hinna med sina arbetsuppgifter. Willman, Stoltz och Bathsevani (2006) menar att besparingar och rationaliseringar som skett i hälso- och sjukvården under de senaste åren leder till en fokusering på bot och effektivitet som kan bli inhuman och ineffektiv i slutändan, och att nyttan av omsorg och mänsklig omtanke inte kan kvantifieras. För att kunna ge vård som är vårdande är det därför viktigt att vårdgivaren har klarhet i vad vårdandet egentligen innebär och kräver enligt Benner (1993). *Nursing* är de vårdhandlingar vårdaren utför i arbetet och omvårdnadsprocessen som är riktade mot vårdtagaren. *Nursing* utgår från vårdarens *caring*, vilket betyder att *caring* är grunden för *nursing* (Boykin & Schoenhofer, 2001). Vårdande (*caring*) är enligt Eriksson (2002) en process som utgår ifrån Caritasmotivet, där kärnan utgörs av medmänsklig kärlek som ska skapa en grund för tillfredsställelse både fysiskt och psykiskt, skapa en känsla av tillit, och lindra lidandet. När vårdaren ser hela vårdtagaren blir det naturligt att vårdaren värnar om individens integritet och respekterar dennes livsvärld. Genom att se vårdtagaren som både kropp, själ och ande, behövs ett vårdande som täcker alla dessa delar hos den unika individen menar Eriksson. Det medmänskliga som finns inom människan kan därför ha stor betydelse för om en vårdrelation blir vårdande eller inte. Eftersom vårdandet är en del i människans beteende har alla individer därmed en vårdare inom sig hävdar Eriksson. Dahlberg (1997) menar att i ett vårdande möte finns ett mänskligt begär hos vårdtagaren om att få sin existens bekräftad, vilket är grunden för det fortsatta vårdandet. Narayanasamy och Owens (2001) menar att spirituell eller själslig vård främjar patientens välmående. Eriksson (2002) talar om att en människa kan ge själavård, både till sig själv och till andra. Ett spirituellt vårdande kan ge patienten en känsla av välbefinnande (Greasly, Chiu & Gartland, 2001). I vårdandet förekommer kunskap som inte kan ses eller höras som vårdaren utvecklat genom erfarenhet och som kan användas praktiskt (Dahlberg, 1997). Harley & Timmons (2010) menar att

sjuksköterskans erfarenhet och kliniska blick inte kan ersättas av teknologi och maskiner. Även menar Lake, Moss & Duke (2009) att tyst kunskap finns i vårdandet och ligger till grund för den kliniska blicken som sjuksköterskan använder vid prioriteringar av patientens behov. Tyst kunskap finns omedvetet i människan och visar sig i olika beteenden (Kinsella, 2010). Detta visar på att det finns en oersättlig kunskap i vårdandet som vårdgivaren erfarit genom olika erfarenheter i livet. Individen upplever omvärlden genom sin kropp där kunskap och information lagras, och där bearbetas och används kunskapen omedvetet av individen (Polanyi, 1966).

2.2 Närvaro

När vårdaren och vårdtagaren möter varandra, sker ett fysiskt möte. Deras fysiska kroppar har en närvaro i tid och rum. Närvaro är ett sätt att vara med andra (Chinn & Kramer, 2007). Eftersom människan är mer än bara en fysisk kropp kan även ett möte ske mellan personer på ett mentalt plan enligt Eriksson (2002). Närvaro benämns inom omvårdnad som "being there" eller "being with". *Därvaro* (being there) syftar på en fysisk kroppslig närvaro, medan *medvaro* (being with) menas att vara psykiskt och mentalt närvarande (Fredriksson, 1999). Innebörden i begreppet *därvaro* är att vårdtagarens behov efterfrågar vårdarens närvaro, att vårdaren är fysiskt tillgänglig. I mötet mellan vårdaren och vårdtagaren är *medvaro* en viktig faktor för att en relation ska uppstå. Här möts och engagerar sig individerna med varandra men behåller sina roller. *Medvaro* innebär att vårdaren erbjuder och inbjuder sin närvaro till vårdtagaren. Om vårdtagaren accepterar inbjudan sker en djup interpersonell delaktighet (Fredriksson, 2003). Även Flygare (2008) beskriver olika former av närvaro, och att i det genuina mötet är deltagarna närvarande med "hela sitt väsen". Det har betydelse i mötet med patienten att vårdaren har ett bra bemötande och närvaro, "being with" (Fredriksson, 1999). För att vårdaren ska kunna möta och knyta an till vårdtagaren behöver därför vårdaren vara mentalt fokuserad på vad som händer just nu. Den som är vårdare måste kunna att i nuet vara mentalt närvarande (Eide & Eide, 1997). Vårdprocessen sker i presens och därmed i nutid, och kärnan utgörs av vårdrelationen (Eriksson, 2000). Den vårdande relationen består av fyra olika dynamiker varav en är "Caring by giving", där det krävs att vara närvarande och involverad i mötet med andra människor (Chinn & Kramer, 2007). Hur vårdgivaren ger vård till vårdtagaren i den

vårdande relationer ser olika ut beroende på vilken aspekt av människan som avses att vårdas. En kombination av olika vårdstrategier, t ex humor, informera patienten och fysisk behovstillfredsställelse är delar i vårdandet av patienten (Bottorff, Gogag & Engelberg-Lotzkar, 1995). Vårdgivarens närvaro har kraft och en läkande effekt om denne är mentalt på plats i situationen (Enqvist & Bengtsson, 2005). I en vårdande relation sker alltid ett möte både fysiskt och psykiskt där beröringen är ömsesidig (Wiklund, 2003). Från den första stunden i livet har fysisk beröring en påverkan på människan. Vetenskapen gör gällande att anknytning och nervutveckling hos det lilla spädbarnet påverkas positivt av mjuk beröring (Uvnäs Moberg, 2009). Även kroppsuppfattningen kan förstärkas hos det lilla barnet, men också hos den äldre människan som inte kan manövrera sin kropp som förut. Beröring, både positiv och negativ, stannar kvar i kroppsmminnet som återupplevs vid senare beröring. Mjuk och vänlig beröring kan också minska smärtimpulser då hjärnans receptorer tar upp impulser från mjuk beröring i snabbare takt, och i viss mån hindrar smärtimpulserna att komma fram. Däremot kan hård beröring öka på redan befintlig smärta. Mjuk beröring ökar produktionen av signalsubstansen oxytocin, som bland annat minskar känslan av stress och ger en lugn och ro effekt (Uvnäs Moberg, 2009).

2.3 Kommunikation

Kommunikationen är en del av vårdandet. Genom en fungerande kommunikation skapas förutsättning för vårdandet och beröring (Fredriksson, 2003). Kommunikationen fungerar som en länk mellan vårdare och vårdtagare i den vårdande relationen. Det finns många faktorer som kan påverka hur kommunikationen ska fungera mellan vårdare och vårdtagare. Dimpleby och Burton (2008) talar om att ta hänsyn till mekaniska, semantiska och psykologiska barriärer som kan förekomma i en interpersonell kommunikation. Även det att kommunikationen sker mellan två individer kan skapa problem eftersom alla människor upplever saker olika. I mötet med en ny människa finns en förförståelse och omedelbart skapas en bild av vem individen är utifrån hur personen ser ut och kommunicerar (Birkler, 2007). Till exempel i vården av barn är det av betydelse att vårdaren tänker på att anpassa kommunikationen efter barnet så det ska förstå (Schmidt, Bernaix, Koski, Weese, Chiappetta & Sandrik, 2007). En kommunikation sker alltid verbalt och icke verbalt,

och det kommer alltid att finnas feltolkningar som kan leda till missförstånd och oväntade reaktioner (Eide & Eide, 1997). I en icke-verbal kommunikation ingår till exempel att lyssna, kroppsspråk och ögonkontakt (Faulkner, 1998). Dougherty (2010) menar att ett av patienternas viktigaste behov är information och kommunikation angående deras hälsa och tilliten till vårdaren bygger på en bra kommunikation, vilket gör att det finns ett behov i framtiden att utveckla kommunikationen mellan personal och patienter. Anhöriga har uttryckt att det viktigaste vårdandet de fått av vårdare är när de kommunicerat och förklarat medicinska termer, och vad som händer under arbetet med traumapatienter (Clukey, Hayes, Merrill & Curtis, 2009). Makt är också något som påverkar kommunikationen mellan vårdare och vårdtagare. Den vårdande relationen är asymmetrisk vilket innebär att sjuksköterskan har mer makt, men också mer ansvar i relationen (Kasén, 2002). Det finns olika former av makt som påverkar relationen mellan vårdare och vårdtagare och detta kommer alltid att finnas i den professionella vårdrelationen (Thorsén, 2008). Makten visar sig i relationer, och bestäms av olika faktorer i den aktuella situationen (Danermark, 2008). I hemsjukvården ändras den privata känslan som finns i hemmet när de professionella vårdgivarna kommer (Lindahl, Lidén & Lindblad, 2011). Från att hemmet har varit en privat sfär, skiftar maktförhållandet när det blir någons arbetsplats. Vårdarnas och vårdtagarnas ålder, kön, etiska bakgrund och sociala situation kan också påverka hur relationen kommer att se ut (Gallant, Beaulieu & Carnevale, 2002).

2.4 Mötet

Kommunikation, bemötande och att vårdaren ser patienten är faktorer som påverkar mötet, och därmed vårdandet (Fredriksson, 1999). Götlind (2008) hävdar att det finns vissa givna faktorer som underlättar eller försvårar mötet, t ex tidspressen på den enskilda vårdaren. Tiden kan alltså ha betydelse för om ett möte mellan vårdaren och vårdtagaren ska uppstå. Dock är det inte tidens kvantitet utan snarare den kvalitén tiden har som kommer avgöra om ett möte kommer ske. Det är under de första minuterna i ett möte en kontakt etableras (Enqvist & Bengtsson, 2005). Genom att ge vårdtagaren av sin tid har vårdaren mycket att vinna i längden om en relation uppstår, och i slutändan är det vårdtagaren som förhoppningsvis ska ha fått ut någonting av sin

vårdare. Patienter upplever vården annorlunda än vårdare och det behövs därför ett mer patientcentrerat förhållningssätt (McCance, Slater & McCormack, 2009). När vårdaren har ett patientcentrerat förhållningssätt visar det vårdtagaren att det finns en vilja att vårda, och därigenom ger sjuksköterskan en god omvårdnad (McCabe, 2004). Gustafsson (2009) menar att i patient- och personalmötet kan patientens osäkerhet öka om personen inte känner sig sedd, hörd och förstådd. Vårdaren kan vara ett vittne i relationen med patienten genom att vara närvarande och därmed bekräfta individen och se dennes behov (Arman, 2007). Det har därför betydelse i mötet med vårdtagare att den som är vårdare har ett inbjudande bemötande och är närvarande. Vårdaren ser då och bekräftar vårdtagaren så att en tillit uppstår. Att det finns en trygghet mellan patient och sjuksköterskan har betydelse menar de Raeve (2002). Trojan och Yonge (1993) pekar på vikten av att utveckla tillitsfulla vårdande relationer genom att se och bekräfta patienten. En känsla av trygghet är viktigt för människor i deras livsvärld (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suseryd & Fagerberg, 2003). Om det skapas en tillit mellan vårdare och vårdtagare så finns det en möjlighet att en vårdande relation ska utvecklas, men det motsatta kan inträffa. Vårdaren bör vara uppmärksam på tecken som visar att tilliten har gått förlorad eftersom det är svårt att återskapa den igen enligt Hupcey & Miller (2006). Patienten måste också bjuda in vårdaren för att det ska kunna uppstå en vårdande relation (Kasén, 2002).

3 PROBLEMFORMULERING

I inledningen beskrivs hur vårdarens närvaro påverkar vårdtagaren i olika situationer. Detta fenomen bara sker och det har inte funnits någon förklaring till detta att tillgå som kan hjälpa att förstå vad som hänt. I bakgrunden tas olika komponenter upp som finns i grunden för den vårdande relationen, men det finns uppenbarligen även något osynligt som ingår. Att belysa fenomenet med denna studie kan bekräfta det som vårdpersonal tar för givet, vilket kan frambringa och lyfta kunskap som fyller ett tomrum. Det är önskvärt att utveckla den kunskapen för att få vårdare som kan ta vara på närvaron i mötet med vårdtagaren och därmed minska ett eventuellt vårdlidande.

4 SYFTE

Att beskriva vad som krävs för närvaro i den vårdande relationen utifrån vårdaren och vårdtagarens erfarenheter.

5 METOD

Denna studie är en kvalitativ, deskriptiv litteraturstudie, som innebär att beskriva människors upplevelser och erfarenheter i redan utförda kvalitativa, empiriska studier. En kvalitativ ansats är lämplig att använda för att beskriva människors upplevelser och erfarenheter enligt Dahlborg Lyckhage (2006). Enligt Sandelowski (2000) finns vid en kvalitativ studie inte något tillvägagångssätt som är rätt eller fel, så länge det noggrant redovisas hur det har gått tillväga.

5.1 Datainsamling och urval

Studien har utgått ifrån kvalitativa, vetenskapliga artiklar, vars innehåll har överensstämmt med denna studies syfte. Artiklarna söktes från databaserna CINAHL with full text, MEDLINE och AMED. Sökord (se tabell 1) som användes var bland andra presence, heal, care och interpersonal. Artiklarna var publicerade mellan åren 2000-2011. Att använda aktuella vetenskapliga artiklar resulterar i att den senaste forskningen och de senaste rönen redovisas (Segesten, 2006). Inklusionskriterier var att alla artiklar innehöll abstract och referenser, samt var peer reviewed. Önskvärt var också att studierna var utförda inom vitt skilda områden av sjukvård. Artiklar exkluderades när de uteslutande handlade om barn i åldern 0-17 år, var publicerade innan år 2000, visade sig vara litteraturstudier eller inte svarade på denna studies syfte. Trots många träffar på använda sökord, var det inte många artiklar som svarade på studiens syfte. Av 73 lästa abstracts valdes 27 artiklar ut för vidare genomläsning, då de såg ut att innehålla material som överensstämde med denna studies utgångspunkt. Efter en fördjupad granskning av artiklar exkluderades 15 artiklar då de visade sig vara litteraturstudier eller inte helt stämde med studiens syfte. Detta resulterade i att 12 artiklar (se tabell 2), vars innehåll beskrev vårdares och vårdtagares upplevelser och erfarenheter av närvaro i den vårdande relationen, inkluderades i analysen. Artikelsökning (Tabell 1) och artikelmatris (Tabell 2) redovisas nedan.

Tabell 1 Redovisning av artikelsökning

Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Antal utvalda artiklar för analys	Artikel
being with care* presence	395	21	1	Artikel nr 7.
witness* care*	295	23	2	Artikel nr 1. och 5.
therapeutic relationships trust*	32	8	1	Artikel nr 4.
phenomenon interpersonal healing	2	1	1	Artikel nr 8.
presence interpersonal heal*	44	8	2	Artikel nr 2. och 9.
phenomenon presence caring	13	3	1	Artikel nr 12.
experience presence caring	50	7	4	Artikel nr 3., 6., 10. och 11

Tabell 2 Artikelpresentation

Artikel	Syfte	Metod	Resultat
1, Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2007). The "little extra" that alleviates suffering. <i>Nursing Ethics</i> , 14(3). Sverige.	Att undersöka vad som utgör den ideala vården.	Sokratisk dialog med 6 ssk och 2 författare vid ett tillfälle och en sokratisk dialog med 4 ssk studenter och 1 författare vid ett annat tillfälle, samt intervjuer med 2 patienter. Analyserades med fenomenologisk ansats.	Att symboliska aktiviteter, det lilla extra, överbygger avståndet mellan vårdare och patient.
2. Attree, M. (2000). Patients' and relatives' experiences and perspectives of "Good" and "Not so good" quality care. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 33(4). Storbrittanien.	Att undersöka patienters och anhörigas uppfattning om, och identifiera kriterier för god kvalitetsvård.	Semistrukturerade intervjuer med 34 akutmedicinska patienter och 7 anhöriga. Analyserades med grounded theory metodologi.	De mellanmänniska aktiviteterna, och inte de medicintekniska aktiviteterna, ansågs viktigast i den goda vården, av patienter och anhöriga.

<p>3. del Barrio, M., Lacunza, M. M., Armendariz, A. C., Margall, M. A. & Asiain, M. C. (2004). Livertransplant patients: their experience in the intensive care unit. A phenomenological study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 13. Spanien</p>	<p>Att beskriva levertransplantations patienters erfarenheter på en intensivvårdsavdelning.</p>	<p>Djupintervjuer med 10 patienter, i åldern 43-67 år. Analyserades med fenomenologisk, deskriptiv ansats.</p>	<p>Patienters upplevelse och erfarenheter under vårdtiden.</p>
<p>4. Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C. & Ward-Griffin, C. (2004). Nurse-client processes in mental health: recipients' perspectives. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 13. Kanada</p>	<p>Att undersöka och beskriva sjuksköterskors stödjande relationer i den psykiatriska vården.</p>	<p>Tre semistrukturerade patientintervjuer och fältobservationer med etnografisk ansats. Ljudinspelningar analyserades, och kompletterades med fältstudier.</p>	<p>Ökar kunskapen och medvetandet om mötet mellan sjuksköterskan och patienten i mentalvården.</p>
<p>5. Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. <i>Contemporary Nursing</i>, 34(2). Australien</p>	<p>Att utforska utveckling av terapeutiska relationer och dess gränser, i den kommunala, psykiatriska rehabiliterings vården.</p>	<p>Intervjuer med 15 sjuksköterskor, samt fältnoteringar med författarens tankar och intryck under intervjun. Analyserades enligt grounded theory.</p>	<p>Ett möte och en relation, som accepteras av patienten bör upprättas mellan sjuksköterska och patient, innan en terapeutisk relation kan inledas.</p>
<p>6. Frid, I., Haljamäe, H., Öhlén, J. & Bengbom, I. (2007). Brain death: close relatives' use of imagery as a descriptor of experience. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 58(1). Sverige</p>	<p>Att utforska och beskriva erfarenheter hos människor, vars nära anhöriga har drabbats av hjärmdöd.</p>	<p>Berättande dialog av 17 anhöriga. Analyserades med fenomenologisk, hermeneutisk ansats.</p>	<p>Vårdpersonalen kunde i möte med de anhöriga, öppna upp för en bearbetning av känslor och intryck, med hjälp av bildligt tal och uttryck.</p>
<p>7. Långegård, U. & Ahlberg, K. (2009). Consolation in conjunction with incurable cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i>, 36(2). Sverige</p>	<p>Att öka kunskapen om vad patienter med obotlig cancer, fann tröstande och lugnande under sjukdomsförloppet.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med 10 patienter, i åldern 30-90 år. Analyserades med en jämförande metod.</p>	<p>Tröstande och lugnande att sjuksköterskan finns närvarande med stor mental närvaro, som stöd i svåra stunder.</p>

<p>8. Mok, E., Wong, F. & Wong, D. (2009). The meaning of spirituality and spiritual care among Hong Kong Chinese terminally ill. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 66(2). Hong Kong</p>	<p>Att studera fenomenet spiritualism och själslig omvårdnad, bland Hong Kong kineser med obotlig sjukdom.</p>	<p>Intervjuer med 15 patienter på palliativa vårdavdelningar. Analyserades med fenomenologisk ansats.</p>	<p>Om vårdpersonal kan ge en kärleksfull och medmänsklig vård och bemötande, hjälper det patienten att förstärka sitt själsliga liv, sitt egenvärde och kan uppfattas helande.</p>
<p>9. Mottram, A. (2008). Therapeutic relationships in day surgery: a grounded theory study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 18. Storbritannien</p>	<p>Att utforska patienters upplevelser av dagkirurgi.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med 145 patienter på kirurgiska avdelningar. Analyserades enligt grounded theory.</p>	<p>Patienterna uppskattade sjuksköterskornas närvaro och de relationer som byggdes under den korta vårdtiden.</p>
<p>10. Sigurgeirsdottir, J. & Halldorsdottir, S. (2007) Existential struggle and self-reported needs of patients in rehabilitation. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 61(4). Island</p>	<p>Att öka förståelsen för patientens upplevelser och behov under rehabilitering.</p>	<p>Sexton djupintervjuer med 12 patienter i åldern 12-85 år. Analyserades med en fenomenologisk ansats.</p>	<p>Rehabilitering innebär nya existentiella utmaningar för patienten, som bör mötas på ett individuellt plan av vårdpersonal.</p>
<p>11. Skott, C. & Eriksson, A. (2004). Clinical caring – the diary of a nurse. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 14. Sverige</p>	<p>Att utforska den individuella sjuksköterskans omvårdnadsaktiviteter, och diskutera detta i relation till begreppet omvårdnad.</p>	<p>En sjuksköterskas dagbok, som förts på en onkologavdelning under en sex månader lång period. Analyserades enligt en innehållsanalys.</p>	<p>Det framträdande var det mellanmänskliga, och inte det kroppsliga.</p>
<p>12. Sundin, K. & Jansson, L. (2002). ”Understanding and being understood” as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 12. Sverige</p>	<p>Att belysa kommunikationsmetoder med personer drabbade av afasi efter stroke.</p>	<p>5 vårdare videofilmades under morgonskötingarna av 5 patienter. Vårdarna blev sedan intervjuade om sina erfarenheter av kommunikation med personer med afasi. Materialet analyserades med en fenomenologisk hermeneutisk ansats.</p>	<p>Närhet, följsamhet och uppmärksamhet möjliggjorde kommunikation och samarbete.</p>

5.2 Analys

Artiklarnas resultat genomlästes åtskilliga gånger för att få en djupare förståelse för vad de handlade om. Fokus låg på att finna ledtrådar till vårdares och vårdtagares erfarenheter och upplevelser av närvaro i den vårdande relationen. För att analysera artiklarna hämtades inspiration angående innehållsanalys från Graneheim och Lundman (2003). Därefter togs 111 meningsbärande enheter ut ur texterna som överensstämde med syftet för denna studie. Meningsbärande enheter kondenserades för att beskriva innehållet i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2008). Det kondenserade materialet fick sedan vila ett dygn för att innehållet skulle få sjunka in och ge en djupare förståelse. Därefter speglades och reflekterades innehållet, innan koder skapades. Materialet fick sedan vila ytterligare ett dygn för att få lite distans till koderna, och för att vara säkra på att koderna motsvarade det som stod i de meningsbärande enheterna. Koderna klipptes ut och delades upp till olika kategorier som diskuterades och reflekterades fram. De urklippta koderna samlades ihop och lades i ett kuvert för varje kategori. Efter det öppnades kuverten och koderna lades ut för att reflekteras och flyttas om vid behov. Slutligen framkom fem stycken kategorier och koderna samlades ihop och lades i respektive kategorikuvert. Polit och Beck (2010) beskriver att denna process kräver tid och reflektion för att kunna fånga nyanserna i det framkomna materialet. Efter diskussion med handledaren, beslutades att göra ytterligare en analys av materialet. Detta för att analysen blev för onyanserad. Denna analys genomfördes med samma steg som den första analysen. Vid detta tillfälle framkom 113 meningsbärande enheter. Dock hölls kondenseringarna denna gång närmare det som beskrevs. Allt detta gjordes för att få en så grundlig analys som möjligt av materialet. Slutligen framkom kategorierna *Att se hela människan*, *Själslig och kroppslig beröring*, *Vägen till att knyta an* och *Vårdarens tillgångar*.

Tabell 3 Exempel från analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Kategori
1.1 "seeing the hole person, giving them respect and acting accordingly: beeing able to see the hole person delivers the caring acts..."	Att se hela personen, visa respekt och agera därefter.	Se hela personen	Att se hela människan
11. 5 'I felt the immediate change when his wife held his hand and quietly talked to him. He seemed to relax...'	Vårdaren kände direkt förändringen när pat fru höll hans hand och talade tyst till honom. Pat verkar slappna av.	Beröring skapar lugn.	Själslig och kroppslig beröring

11.1 'I spent a lot of time with the newly arrived patient... he took me into his confidence'	Vårdaren spenderade mycket tid med pat...han tog in henne i sitt förtroende.	Skapade förtroende	Vägen till att knyta an
12.12 "The careprovider likes being with the patient."	Tycker om att vara hos pat.	Vårdarens vilja	Vårdarens tillgångar

6 ETISKA ASPEKTER

Ur etisk aspekt kan nämnas att studierna som låg till underlag för analysen var etiskt granskade. Det faktum att artiklarna är skrivna på engelska, kan ha medfört vissa tolkningsskiftningar och felaktigheter vid översättning till svenska.

7 RESULTAT

Ur analysarbetet utkristalliserades fyra kategorier: *Att se hela människan*, *Själslig och kroppslig beröring*, *Vägen till att knyta an* och *Vårdarens tillgångar*.

7.1 Att se hela människan

Vårdtagare har ett behov av att bekräftas av sina vårdare. Denne har en önskan om att bli sedd och hörd av sin vårdare. När vårdaren visar att denne ser och hör individen, bekräftar det vårdtagaren som individ (Frid, Haljamäe, Öhlén & Bergbo, 2007; Langegard & Ahlberg, 2009; Sigurgeirsdottir & Halldorsdottir, 2007). Det är även detta som skänker vårdtagaren en känsla av att inte bara vara ett objekt för vårdaren, utan en person. Om vårdaren visade sina känslor för vårdtagaren, upplevdes även detta som en bekräftelse av den andra personen.

“Especially that your own doctor who you go to see, he shows he’s got feelings, you’re a person (cries)...exactly that. Later, Anne made it clear that in that moment, she ‘became a person’ ”(Arman & Rehnsfeldt, 2007, s. 378).

Att vårdaren ser och hör vårdtagaren, ger vårdtagaren en känsla av att vara utvald och speciell, vilket även det ger en bekräftelse av vårdtagaren som individ (Arman & Rehnsfeldt, 2007; Attree, 2000; Gardner, 2010; Mok, Wong & Wong, 2009; Mottram, 2008). Vårdtagare uttrycker att om vårdaren kommer ihåg vad som sagts, eller inte glömmer bort vårdtagaren efter vårddagen, ger det en känsla av bekräftelse (Langegard & Ahlberg, 2009). Att vårdaren ser och bekräftar hela människan är en förutsättning för att skapa en relation mellan vårdare och vårdtagare.

“But they acted like I was special as if they wanted to do it for me,”
(Mottram, 2008, s.2834)

Vårdaren har en önskan att möta och se vårdtagaren som en hel individ. Utifrån detta agerar vårdaren. Att se och höra vårdtagaren, visa ett intresse för individen och vilja att

lära känna personen, är olika ageranden som bekräftar vårdtagaren. Detta bidrar till att vårdaren kan knyta an till individen.

”But for me to be able to connect with them (patients/clients) I need to know them. I guess I go on the basis that because they know I am a nurse, I introduce myself as a nurse.” (Gardner, 2010, s. 143)

Vårdtagarna har olika behov som behöver tillmötesgå. Vårdaren behöver identifiera dessa behov och försöka att tillfredställa dem (Arman & Rehnsfeldt, 2007; Attree, 2000; Frid, Haljamäe, Öhlén & Bengbom, 2007; Sigurgeirdottir & Halldorsdottir, 2007). För att kunna göra det måste vårdaren erkänna det som ses. Ser vårdaren ett behov hos vårdtagaren och tillmötesgår detta, upplevs det som bekräftande. Det visar att vårdaren ser den unika individen. Att även se de små behoven ger en känsla av bekräftelse och att vara i fokus för vårdtagaren. Vårdaren kan genom att se behov hos individen, även välja att göra det lilla extra, vilket upplevdes väldigt positivt av vårdtagarna.

”She saw me,. She saw what I needed and having smaller clothes ment so much to me...she did on her own initiativ, no-one had to tell her...” (Arman & Rehnsfeldt, 2007, s. 378).

7.2 Själslig och kroppslig beröring

Vårdtagare behöver en känsla av trygghet och säkerhet. Att vårdarna är närvarande skapar en känsla hos vårdtagaren att inte vara övergiven och lämnad ensam. Då skapas en tillit mellan vårdaren och vårdtagaren, och en känsla av trygghet och säkerhet upplevs av vårdtagaren. Detta var något som uttrycktes vara underbart av vårdtagaren.

”And I was looking for my mom, and this is very much how it felt in the hospital, looking for that sense of security and safety, and being so convinced that you`re not going to find it; that you`ll be left there alone; and being able to connect with your mom; or in case the only source of anchor; which was the nurse,”. (Coatsworth-Puspoky, Forchuk & Ward-Griffin, 2004, s. 350).

”I mean I was hardly left alone for a minute. I had nurses coming to me all the time. It was wonderful” (Mottram, 2008, s. 2833).

Vårdarnas fysiska närvaro upplevdes även som viktig och hade även en läkande och tröstande effekt på vårdtagaren (Arman & Rehnsfeldt, 2007; Mottram, 2008). Det visar att det finns en närvaro i den fysiska kroppen (Skott & Eriksson, 2004). Närvaron av vårdaren förstärks och bekräftas genom att det förekommer en fysisk beröring mellan vårdaren och vårdtagaren. Vårdaren håller ofta vårdtagarens händer eller lägger sin hand på vårdtagarens kropp. Denna kroppskontakt skapar ett band mellan vårdaren och vårdtagaren (Skott & Eriksson, 2004; Sundin & Jansson, 2002; Mottram, 2008).

Kroppskontakten berör även på ett mentalt plan. I mötet mellan vårdaren och vårdtagaren behövs därför en både fysisk och psykisk närvaro av parterna för att skapa en beröring. Beröringen och närvaron ger ett lugn och välbefinnande hos vårdtagaren. I vissa situationer blir även vårdaren känslomässigt berörd.

“A close relationship between care provider and patient, when the parties encountering each other in active participation, ‘being within’ and not just ‘being there’, means creating possibilities for cocreating” (Sundin & Jansson, 2002, s. 111).

I en situation där vårdtagaren närmar sig döden, upplevs att vårdtagarens perspektiv vänder mot det inre i personens varande. Närvaro av, och relationer med andra människor kan vara ett känslomässigt stöd och en spirituellt källa. (del Barrio, Lacunza, Armendariz, Margall & Asiain, 2004; Mok, Wong & Wong, 2009).

Beröringen sker efter individens behov av att bli berörd, och vårdarens närvaro är viktig inom alla dimensioner (Gardner, 2010; Sundin & Jansson, 2002; Mottram, 2008).

7.3 Vägen till att knyta an

Det upplevs av vårdtagarna som viktigt att det finns tid till att lyssna, tala och vara med varandra. Det är inte nödvändigt att känna personen som lyssnar, så länge personen visar att det finns tid för den andre (Attree, 2000; Langegard & Ahlberg, 2009). Även

flyktiga relationer som görs inom en kort tidsperiod, upplevs subjektivt som viktiga och läkande. Att ha tid och möjlighet till samtal gav vårdtagaren en förståelse för situationen och det öppnar upp för att ett förtroende skapas (Attree, 2000; Mottram, 2008; Sundin & Jansson, 2002).

”...today he gave me a hint about what was bothering him. I sat down and talked to him and he told me that only one day of treatment remained’ or’ I sat down to talk for a while and he spoke openly about dying and how he had sorted everything out.” (Skott & Eriksson, 2004, s. 918).

Genom att vårdaren försöker förstå vårdtagaren utvecklas relationen mellan vårdaren och vårdtagaren. Denna förståelse sker med öppet sinne. Detta leder till en nära relation som i sin tur ytterligare möjliggör för en förståelse. Att vårdaren genom att öppna upp för mottagande och delande av känslor underlättar förståelsen för vårdtagarens önsknings och behov (del Barrio, Lacunza, Armendariz, Margall & Asiain, 2004; Coatsworth-Puspoky, Forchuk & Ward-Griffin, 2004; Skott & Eriksson, 2004; Sundin & Jansson, 2002). Förståelsen ger också en delaktighet. Vårdtagare upplever att vara involverad och få en möjlighet att välja som något trevligt.

”it’s nice to be involved... given the opportunity to choose” (Attree, 2000, s. 459).

Att vårdaren är delaktig med vårdtagaren i dennes lidande, är något som verkligen hjälper vårdtagaren att kunna acceptera sin situation (Mok, Wong & Wong, 2009). När vårdaren och vårdtagaren möter varandra i en aktiv delaktighet, skapas det en möjlighet till samspel. Vårdtagaren behöver då även känna sig bekväm med sin vårdare (Gardner, 2010). Ett samspel kan leda till läkande interaktioner mellan vårdaren och vårdtagaren. I samspelet anpassar sig vårdaren efter vårdtagarens förutsättningar. I samspelet finns därmed även en närvaro. Detta möjliggör en närhet och en känsla av gemenskap. Att knyta an kan då leda till att vårdtagaren känner mod och uppmuntran. När det finns en samhörighet mellan vårdaren och vårdtagaren, uppstår en kvalitet i mötet (Mottram, 2008; Sundin & Jansson, 2002).

”My personal experience is that those who have really helped me to accept suffering have certainly not been those who minimized it, but rather those who sympathized, who looked at it with me in all its fullness, and bore with me.” (Mok, Wong & Wong, 2009, s. 364).

Kontinuiteten visar sig även ha betydelse för vårdtagarnas upplevelse. En kontinuitet bland vårdarna bidrar till en känsla av stabilitet. Det ger även vårdtagarna tid att lära känna vårdaren som individ. Att samma vårdare tar hand om vårdtagaren upplevs som en underbar känsla.

”Person-centered care and continuity in staffing was mentionend by some as contributing to their feeling of stability: ‘on the ward there were always the same nurses, the same care assistent...’ ” (Sigurdsgeirdottir & Halldorsdottir, 2007, s. 389).

En öppen ömsesidig kommunikation visar sig vara ett av de viktigaste dragen för att kunna knyta an till varandra. Att vårdaren talar och lyssnar till vårdtagaren betraktas som en kärna för en god kommunikation och förståelse (Attree, 2000; del Barrio, Lacunza, Armendariz, Margall & Asiain, 2004). Ibland kan lyssnandet vara den enda vårdintervention som krävs, vilket visar vikten av att vårdaren är en god lyssnare. Att lyssna på vårdtagaren bekräftar personen.

“Language is included in most acts of care: ‘I spent a lot of time with the newly arrived patient...he took me into his confidence” (Skott & Eriksson, 2004, s. 918).

Även socialt småprat kan upplevas som välgörande och bekräftande (Mottram, 2008). Hur kommunikationen ser ut beror på sammanhanget. En fysisk beröring kan möjliggöra kommunikationen mellan vårdaren och vårdtagaren. Vårdaren kan använda sina händer för att kommunicera med vårdtagaren genom beröringen. Det visar sig att beröringen sågs som en tyst dialog, och den grundlägger en användbar kommunikationskanal mellan vårdaren och vårdtagaren.

”Moreover, care providers do not talk much during the morning care; instead they use their hands to communicate through touching” (Sundin & Jansson, 2002, s. 110).

En ickefysisk beröring kan också ske genom ögonkontakt. Ögonens uttryck sänder signaler som talar. En annan del i kommunikationen består av att vårdaren läser vårdtagarens kroppsspråk. Vårdaren kan även använda sig av sitt egna kroppsspråk för att förstärka, att vårdaren uppfattar och förstår vårdtagaren. Kroppsspråket och röstnyanser, är viktigare för vårdaren, än vad det sagda ordet är. Till exempel kan vårdarens kroppsposition signalera respekt för vårdtagaren, eller en överlägsenhet. Att se och förstå kroppsspråket hos vårdtagaren gör att vårdaren strävar efter att vara på samma våglängd som vårdtagaren.

”This communication is not technical or strategic, but instead care providers share the patient’s experiences and feelings in a silent dialogue, and allow these feelings to guide them. They are sharing the patient’s grief and suffering with courage” (Sundin & Jansson, 2002, s. 113).

7.4 Vårdarens tillgångar

Vårdare som har en attityd som visar att de bryr sig om vårdtagaren, skattas högt av vårdtagare och anhöriga. Om vårdaren har en lugn och försäkrande attityd, känner vårdtagaren att extra speciell vård ges. För att involvera vårdtagaren, behöver vårdaren även en grad av vänlighet, och att bli bemött av ett leende kan vara tröstande.

“She’s trying to be quite nice to me – and I’m hard to be nice to...But, if she’s able to tolerate the occasional venomous attack, which she has done quite well right up to now, it will be probably a very beneficial relationship. Because of who she is, not because she’s a nurse. She’s a nice person” (Coatsworth-Puspoky, Forchuk & Ward-Griffin, 2004, s. 350).

Att vårdaren delar med sig av personliga detaljer är också något som uppskattas av vårdtagarna.

”...patients appreciated nurses who shared personal details about themselves and their family” (Attree, 2000, s. 460).

Positiva kommentarer ges även om vårdaren, om denne har vårdtagaren i fokus under omvårdnaden. Det innebär även att omvårdnaden sker på vårdtagarens villkor. Om vårdtagaren vill vara ifred, lämnas utrymme för det, men vårdarna finns tillgängliga om det behövs för att tillgodose vårdtagarens behov (Attree, 2000; Mottram, 2008; Sigurgeirsdottir & Halldorsdottir, 2007). Vårdarnas tillgänglighet och kompetens gör att omvårdnaden som ges förmedlar en känsla av säkerhet, tillit och lugn enligt vårdtagarna. Att vårdaren agerar ödmjukt visar vårdtagaren jämlikhet. Vårdaren har även en respekt för vårdtagaren i omvårdnaden. Hjälpen erbjuds villigt av vårdaren och visar att denne tycker om att vara hos vårdtagaren. Det är viktigt för vårdarna att hjälpa till och följa upp vårdandet. Om vårdarna gör sitt yttersta för att hjälpa till, och om det finns ett genuint intresse för vårdtagaren som individ, leder det till en ömsesidig tillit, respekt, genuinitet och öppen kommunikation i relationen (Attree, 2000; del Barrio, Lacunza, Armendariz, Margall & Asiain, 2004; Mok, Wong & Wong, 2009; Mottram, 2008; Sigurgeirsdottir & Halldorsdottir, 2007; Sundin & Jansson, 2002). Även det att vårdaren är social och småpratar med vårdtagarna upplevs som väldigt läkande av flera vårdtagare (Attree, 2000; Mottram, 2008). Ett bra bemötande är något som vårdtagaren kommer ihåg och kan färga hela vårdupplevelsen. Goda vårdmöten karaktäriseras av vårdare som är varma, vänliga, sociala, tillgängliga och knyter an.

“The characteristics of healthcare professionals that participants perceived as giving them strength included showing caring attitudes, delivering expert information, demonstrating kindness, being approachable, and being cheerful” (Mok, Wong & Wong, 2009, s. 365).

I vårdandet, talandet och kännandet, finns det en stor del arbete som är ”gömt”, och det är förkroppsligade aktiviteter (Skott & Eriksson, 2004). Vårdarens agerande är tyst omgivet av situationsbaserad kunskap, kommunikation och kroppslig närvaro. Det närvarar också en reflektion i vårdsituationer. Det finns även en dold nivå av social, kulturell och förkroppsligad erfarenhet närvarande (Skott & Eriksson, 2004). Allt detta är tillgångar av erfaren kunskap som finns inne i vårdaren som visar sig i bemötande,

graden av känslighet gentemot vårdtagarens behov, och som därmed integreras i vårdandet.

8 DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

Valet att göra en litteraturstudie med en kvalitativ innehållsanalys på redan gjorda studier var medvetet för att få ett så stort urval av data som möjligt. Tidsaspekten för denna studie var även något som togs i beaktning. Att använda redan befintligt gjorda studier som underlag sparar tid, samt att det skapar en överblick av vad som redan studerats och skrivits om det ämne som valts i enlighet med Friberg (2006). Artiklarna är utgivna mellan åren 2000-2010 och innehåller kvalitativa studier som är gjorda på olika slag av vårdinrättningar samt har en geografisk spridning. De flesta artiklarna är från Europa men några är från Kanada, Australien och Hong Kong. Att ha en geografisk spridning, olika kontext och en bredd angående deltagarurval, ger en hög giltighet menar Graneheim och Lundman (2004). Att merparten av artiklarna har ett västerländskt ursprung kan ha påverkat resultatet. Till exempel är det vanligt att människor vårdas på en vårdinrättning medan i andra delar av världen sker vårdandet i hemmet av anhöriga. Religion kan också påverka människosyn och hur människor upplever sin livsvärld. Alla artiklar som valts för analys har haft intervjuer eller fältstudier som källa för datainsamling som grund för sina studier. I föreliggande uppsats har artiklarna analyserats med inspiration av Lundmans och Hällgren Graneheims (2009) kvalitativa innehållsanalys, för att på bästa sätt få fram användbar data. När arbetsformen avviker från mallen har det, i enlighet med vad Sandelowski (2000) beskriver, noggrant redovisats. Det genomfördes två innehållsanalyser, vilket ökade tillförlitligheten. Efter den första framkom fem stycken kategorier, och efter den andra fyra stycken kategorier. Detta beror på att kondenseringarna lades närmare originaltexten under det andra analysarbetet. Det framkomna resultatet diskuterades sedan mot befintlig litteratur och reflekterades mot ett integrerande i dagens omvårdnad och utbildning av nya vårdare. Genom att visa resultatets betydelse i ett aktuellt sammanhang, visas en överförbarhet till andra kontext. Att kvalitativa studier har en överförbarhet till andra kontext, ger en trovärdighet enligt Graneheim & Lundman (2004) och Polit & Beck (2010).

8.2 Resultatdiskussion

I mötet med vårdtagare är bemötandet av betydelse för hur vårdtagarens första intryck ska bli. Ett bemötande från vårdarens sida som visar en vänlighet och att vårdtagaren är i fokus visar på ett intresse att vilja hjälpa till och vara tillgänglig för vårdtagaren. För att nå patienten måste vårdaren ha en patientcentrerat förhållningssätt menar Josephsson (2008). Att se vårdtagaren som en hel människa ger ett naturligt vårdande där vårdaren ser vilka behov som visar sig hos vårdtagaren. Det bekräftar vårdtagaren som en individ och ger en genuinitet i mötet. Att knyta an och att det utvecklas en relation mellan vårdare och vårdtagare visar att det finns en tillit, öppenhet och delaktighet i samspelet mellan individerna (Tarlier, 2004). Det kan leda till att vårdaren ”får med sig” vårdtagaren. I dagens vård kan det hjälpa i arbetet vid motiverande samtal och olika hälsofrämjande åtgärder. Då underlättar det om det byggts upp en relation mellan båda parter genom en fungerande kommunikation. Kommunikationen mellan vårdare och vårdtagare sker hela tiden i mötet. Enligt Allieux och Irurita (2004) är det ett problem för vårdaren att ha ett patientcentrerat fokus när det är teknologisk utrustning närvarande som kräver vårdarens uppmärksamhet. Att vara uppmärksam på små subtila detaljer kan vara avgörande för om kommunikationen ska fungera. Att då se på kroppsspråk kan leda till en givande kommunikation mellan vårdaren och vårdtagaren. Hos vårdaren behövs också en förmåga att lägga sin kommunikationsnivå så att vårdtagaren kan förstå vad som sägs. I det dagliga arbetet med vårdtagaren är det mycket fackspråk och svårbegripliga situationer kan uppstå (Russell, 1999). En god kommunikation kan ge vårdtagaren en delaktighet och därigenom minska känslan av att vara utlämnad och hjälplös. Det krävs att vara i nuet för att kommunikationen ska bli fullgod. Dock fungerar inte alltid kommunikationen och då behöver vårdaren söka nya vägar. Det finns inga rätt och fel här utan det viktiga är att vara påhittig, öppen och göra sitt bästa (Dimbleby & Burton, 2008). Det går inte att forcera fram en givande kommunikation, det sker naturligt, och det skapar en förutsättning för att vårdaren och vårdtagaren ska knyta an.

Kontinuitet av att ha tillgång till samma vårdare ger vårdtagarna en känsla av stabilitet och positivitet. Genom att ha en kontinuitet i vårdandet med till exempel samma vårdare som har hand om en vårdtagare under vårdtiden kan tid sparas, identifiering av förändringar hos vårdtagaren göras, samt främja tryggheten enligt Karlsson och Sandén

(2007). Då behöver vårdaren och vårdtagaren inte lära känna om varandra, utan en djupare relation kan uppstå där en delaktighet och ömsesidighet finns.

Att avsätta tid för möte är en förutsättning för att ett möte över huvud taget ska kunna uppstå. Värt att notera är att det inte är tidkvantiteten som framkommer som viktig, utan kvaliteten. Det krävs väldigt lite tid om bara vårdaren är närvarande på alla plan menar Wilson (2008). Att tid ges för att vårdaren ska kunna vara med vårdtagaren fodrar en bra arbetsledning och fungerande organisation, för att skapa en mötesfrämjande kultur på vårdavdelningar. Det i sin tur skapar ett behov av utbildning och verktyg för att uppehålla kompetens.

Resultatet visar även att både själslig och kroppslig beröring har betydelse i mötet mellan vårdaren och vårdtagaren. För att kunna vara närvarande med vårdtagaren behöver vårdaren först vara närvarande inom sig själv och genom närvaron, oavsett tiden den får, sker vårdandet enligt Authier (2004). Om vårdtagaren känner en fysisk eller psykisk frånvaro hos vårdaren, är det svårt att beröra den andre och få en tillit i relationen. Frånvaron skapar en känsla av övergivenhet. I en tillitsfull relation är det grundläggande att vårdtagaren inte känner sig övergiven och ensam enligt Perry (2009). Fysisk närvaro av vårdaren och att det sker en beröring kan verka läkande och lugnande på vårdtagaren. Det kan härröra från en känsla som gavs av föräldrarna redan i barndomen, och detta har både fysiologiska och psykologiska orsaker enligt Uvnäs-Moberg (2009). Genom vårdarens närvaro och beröring visar sig en fundamental del i vårdandet (Brill & Kashurba, 2001). Fingeld-Connett (2008) menar att vårdandets och närvarons processer har samma beståndsdelar. Tilliten är även viktig för att beröra den andre i relationen. Tillit behövs för att etablera en närvaro som vidareutvecklar relationen mellan vårdare och vårdtagare (Zyblock, 2010).

För att vara fullt närvarande krävs en öppenhet gentemot den andra personen menar Melnechenko (2003). Att till exempel införa mindfulness som ett moment i vårdarnas dagliga arbete kan ge personalen ett verktyg för att kunna vara mentalt närvarande (<http://www.mindfulness.se/>). Även olika former av yoga eller meditation skulle kunna införas någon gång per vecka för att personalen skulle utveckla sina inre tillgångar. En annan prioritering som arbetsgivarna skulle kunna stödja är att vårdarna verkligen tar sina raster under dagen. Det är tillfällen för personalen att släppa fokus från vårdtagarna

i några minuter och ladda batterierna för att orka vara fullt närvarande under arbetet. Detta skulle bidra till vårdarnas välmående och att personalen inte blir utbränd (Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, Deitrick & Shapiro, 2005). En positiv aspekt av närvaro och beröring är att det inte är något nytt som behöver köpas in utan den finns redan i vården, hos vårdarna, klar att användas på bästa sätt. Den blir heller inte omodern och behöver bytas ut, vilket borde vara skäl nog för att lyfta på ögonen så detta inte faller i glömska.

Vårdtagarna som vårdas är människor, vilka alltid kommer ha behov som bara kan ses och tillfredställas av en annan människa. Det inte bara är teknologi och dyra metoder som kommer fram som det elementära i vårdandet, utan att det finns ett medmänskligt behov hos vårdtagaren (Russell, 1999). Den tysta kunskapen som visat sig i resultatet behöver belysas för den synliggör att det finns en kunskap som endast kan fås genom erfarenhet. Då vårdstudenter har verksamhetsförlagd utbildning kan den kunskapen erfaras, både från egna erfarenheter och handledare. Det gör att verksamhetsförlagd utbildning är viktig för att vårdstudenter ska kunna få en bredare kunskap och utvecklas i sin yrkesroll (Socialstyrelsen, 2005). I utbildningen av vårdare är det också viktigt att ta upp och prata om närvaro och beröring i vårdandet. Det kanske kan tyckas självklart för många att det inte ska behövas reflekteras om detta ämne, men genom att lyfta det synliggörs det och kan då bli en naturlig del i de nya vårdarna. Detta kräver också att vårdarna reflekterar över sin människosyn, vilket i förlängningen ger vården nya vårdare med en humanitär människosyn, där vårdtagarna möts med respekt och värdighet (MacNeil & Evans, 2005).

8.3 Slutsatser

I resultatet har det framkommit vad som krävs för närvaro i den vårdande relationen. Närvaron kan bekräfta vårdtagaren och skapa en känsla av trygghet och tillit. I närvaron sker även en mellanmänsklig beröring, både fysiskt och psykiskt. Beröringen har en lindrande, läkande och tröstande effekt på vårdtagaren. Närvaron är en förutsättning för att vårdaren och vårdtagaren ska mötas i den vårdande relationen, och då kan de knyta an till varandra. Det krävs att vårdaren kan kliva in i sin yrkesroll och därmed ta av sig delar av sin privata person och stänga ute personliga problem för att kunna vara mentalt

närvarande här och nu med vårdtagaren. I närvaron sker det osynliga som alla tror sig veta om, men ingen kan förklara. Denna osynliga kunskapsgrund som är byggd på erfarenheter från både vårdare och vårdtagare existerar men uttrycks inte. Genom att belysa detta kan vårdare få en djupare förståelse för närvarons betydelse. Den kunskapen kan användas för att använda närvarons inverkan på vårdtagaren i den dagliga omvårdnaden. Kunskapen kan också användas i utbildningen av nya vårdare, för att i förlängningen få en human utveckling av omvårdnad.

8.4 Klinisk betydelse

Föreliggande uppsats har betydelse då den visar på vikten av vårdarens bemötande i mötet med vårdtagaren, att tid behöver avsättas för vårdtagaren, och att vårdaren inte går att ersätta med t. ex en maskin, då ett medmänskligt behov finns hos vårdtagaren. Närvaron är en naturlig del i medmänskliga relationer, och behöver få tid och utrymme. Om en beröring sker mellan vårdaren och vårdtagaren, kan det lindra lidande, utan att använda läkemedel och medicinska behandlingar (Ardeby, 2005). I förlängningen kan det bidra till en god omvårdnad.

8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling

Det behövs mer forskning som ser på hur människan kan använda sig av närvaron. Att titta på vårdandet i olika kontext, till exempel att jämföra två liknande avdelningar där den ena avdelningen använder sig av mycket reflektion och t ex mindfulness, gentemot en avdelning som inte gör det. Därefter kan det utvärderas om närvarons betydelse genom att se på ekonomiska aspekter, samt hur vårdtagare och vårdare upplever vård och arbetsplats.

REFERENSER

Alliex, S. & Irurita, V.F. (2004). Caring in a technological environment: how is this possible? *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 17(1-2), 32-43.

Ardeby, S. (2005). *Arbeta med beröring: För friskvård och omvårdnad*. Stockholm: Ambosantus

Arman, M. (2007). Bearing witness: an existential position in caring. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 27(1), 84-93.

** Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2007). The "little extra" that alleviates suffering. *Nursing Ethics*, 14(3), 372-384.

** Attree, M. (2000). Patients' and relatives' experiences and perspectives of "Good" and "Not so good" quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 456-466.

Authier, P. (2004). Being present- The choice that reinstills caring. *Nursing Administration Quarterly*, 28(4), 276-279.

** del Barrio, M., Lacunza, M. M., Armendariz, A. C., Margall, M. A. & Asiain, M. C. (2004). Livertransplant patients: their experience in the intensive care unit. A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 967-976.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber

Bottorff, J., Gogag, M. & Engelberg-Lotzkar, M. (1995). Comforting: Exploring the work of cancer nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1077-1084.

Boykin, A. & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as caring*. Boston: Jones and Bartlett

Brill, C. & Kashurba, M. (2001). Each moment of touch. *Nursing Administration Quarterly*, 25(3), 8-14.

Chinn, P.L. & Kramer, M.K. (2007). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St. Louis: Mosby Inc

Clukey, L., Hayes, L., Merrill, A. & Curtis, D. (2009). "Helping them understand": nurses' caring behaviors as perceived by family members of trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*. 16(2), 73-81.

** Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C. & Ward-Griffin, C. (2004). Nurse-client processes in mental health: recipients' perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 347-355.

Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D.B., Deitrick, L. & Shapiro, S. (2005). The effect of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout. *Holistic Nursing Practice*, 19(2), 78-86.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur

Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Fribergs, (Red.). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (s. 17-26). Lund: Studentlitteratur

Danermark, B. (2008). Interprofessionell kommunikation, kunskap och makt. I R. Stål (Red.) *Vårdkommunikation: i teori och praktik* (s. 81-101). Lund: Studentlitteratur

Dimbleby, R. & Burton, G. (2008). *Kommunikation är mer än bara ord*. Lund: Studentlitteratur.

De Raeve, L. (2002). Trust and trustworthiness in nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*, 3(2), 152-162.

- Dougherty, M. (2010). Assessment of patient and family needs during an inpatient oncology experience. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(3), 301-306.
- Eide, E. & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur
- Enqvist, B. & Bengtsson, K. (2005). *Ord som läker – kommunikation och möten i vård och terapi*. Lund: Studentlitteratur
- Eriksson, K. (2000). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber
- Eriksson, K. (2002). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber
- Faas, A.I. (2004). A personal reflection: The intimacy of dying: An act of presence. *Dimensions of Critical care Nursing*, 23(4), 176-178.
- Faulkner, A. (1998). *Det professionella samtalet*. Stockholm: Liber
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Qualitative Comparison and Synthesis of Nursing Presence and Caring. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(3), 111-119.
- Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2004). Patient's and nurse's perceptions of nursing problems in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 140-149.
- Flygare, E. (2008). Sociala interaktioner och och transaktionella behov. I R. Stål (Red.) *Vårdkommunikation: i teori och praktik* (s. 125-144). Lund: Studentlitteratur
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of advanced nursing*, 30(5), 1167-1176.
- Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. Åbo: Åbo Akademi

Friberg, F. (Red). (2006). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur

** Frid, I., Haljamäe, H., Öhle'n, J. & Bengbom, I. (2007). Brain death: close relatives' use of imagery as a descriptor of experience. *Journal of Advanced Nursing*, 58(1), 63-71.

Gallant, M. H., Beaulieu, M. C. & Carnevale, F. A. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 149-157.

** Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary Nursing*, 34(2), 140-148.

Gustafsson, B. (2007). Kvalitetsindikatorer för bekräftande möte av patienter: god omvårdnad och bekräftande möte. I E. Idvall (Red.), *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad* (4. rev. uppl.) (s. 57-73). Stockholm: Gothia.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative contentanalysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Greasley, P. Chiu, L F. Gartland, M. (2001). The concept of spiritual care in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 629-37

Götlind, B. (2008). Det genuina mötet: mötet i praktiken. I R. Stål (Red.), *Vårdkommunikation: I teori och praktik* (s. 43-62). Lund: Studentlitteratur.

Harley, S. & Timmons, S. (2010). Clinical assessment skills and the use of monitoring equipment. *Pediatric Nursing*, 22(8), 14-18.

Hupcey, J. E. & Miller, J. (2006). Community dwelling adults' perception of interpersonal trust vs. trust in healthcare providers. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9), 1132-1139.

Josephson, U. (2008). Samtalsmetodik: form och teknik. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning*. s. 153-180. Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, M. & Sandén, I. (2007). En grupp sjuksköterskors beskrivning av goda vårdssituationer i palliativ vård. *Vård I Norden*, 27(1), 50-53.

Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Åbo: Åbo Akademis Förlag

Kasén, A., Nordman, T., Lindholm, T. & Eriksson, K. (2008). Då patienten lider av vården – vårdarens gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden*. 28(2), 4-8.

Kinsella, E. A. (2010). Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing philosophy*. 11(1), 3-14.

Lake, S., Moss, C. & Duke, J. (2009). Nursing prioritization of the patient need for care: a tacit knowledge embedded in the clinical decision-making literature. *International Journal of Nursing Practice*. 15(5), 376-388.

** Langegard, U. & Ahlberg, K. (2009). Consolation in conjunction with incurable cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(2), 99-106.

Lindahl, B., Lidén, E. & Lindblad, B. (2011). A meta-synthesis describing the relationships between patients, informal caregivers and health professionals in home-care settings. *Journal of Clinical Nursing*. 20(3/4), 454-463.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen, (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur

McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49.

MacNeil, M. S. & Evans, M. (2005). The pedagogy of caring in nursing education. *International Journal for Human Caring*, 9(4), 45-51.

McCance, T., Slater, P. & McCormack, B. (2009). Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), 409-417.

Melnechenko, K.L. (2003). To Make a difference: Nursing Presence. *Nursing Forum*, 38(2), 18-24.

** Mok, E., Wong, F. & Wong, D. (2009). The meaning of spirituality and spiritual care among Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 360-370.

** Mottram, A. (2008). Therapeutic relationships in day surgery: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2830-2837.

Narayanasamy, A. & Owens, J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 446-455.

Perry, B. (2009). Conveying compassion through attention to the essential ordinary. *Nursing Older People*, 21(6), 14-21.

Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. New York: Doubleday & Company Inc.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7:e uppl.). Philadelphia: Lippincott

Russell, S. (1999). An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 783-791.

Schmidt, C., Bernaix, L., Koski, A., Weese, J., Chiappetta, M. & Sandrik, K. (2007). Hospitalized children's perception of nurses and nurse behaviors. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 32(6), 336-344.

Sandelowski, M. (2000). Focus on Research methods: Whatever happened to qualitative description? *Research In Nursing & Health*, 23, 334-340.

Segesten, K. (2006). Användbara texter. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37-44). Lund: Studentlitteratur

** Sigurgeirsdottir, J. & Halldorsdottir, S. (2007). Existential struggle and self-reported needs of patients in rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4), 384-392.

** Skott, C. & Eriksson, A. (2004). Clinical caring – the diary of a nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 916-921.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 9 juni, 2011. Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

** Sundin, K. & Jansson, L. (2002). "Understanding and being understood" as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 107-116.

Tarlier, D. S. (2004). Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*, 5(3), 230-241.

Thorssén, H. (2008). Makt och etik i vårdarbetet. I R. Stål (Red.) *Vårdkommunikation: i teori och praktik* (s. 65-80). Lund: Studentlitteratur

Trojan, L. & Yonge, O. (1993). Developing trusting, caring relationships: Home care nurses and elderly clients. *Journal of Advanced Nursing*, 18(12), 1902-1910.

Uvnäs Moberg, K. (2009). *Närhetens hormon: oxytocinets roll i relationer*. Stockholm: Natur och Kultur

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur

Wilson, M. (2008). "There's just something about Ron": One Nurse's Healing Presence Amidst Failing Hearts. *Journal of Holistic Nursing* 26(4), 303-307.

Zyblock, D.M. (2010). Nursing presence in contemporary nursing practice. *Nursing Forum*, 45(2), 120-124.

** Analyserade artiklar

