

”Det är det här med gränser...”

Citat av kvinna, sid. 15

**Strategier för att
främja sjuksköterskors psykiska hälsa
– en studie ur ett genusperspektiv
med fokus på kvinnor**

| | |
|---------------------|--|
| FÖRFATTARE | Eva Rodhe Åsa Johansson |
| PROGRAM/KURS | Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng Omvårdnad – Eget arbete VT 2007 |
| OMFATTNING | 10 poäng |
| HANDLEDARE | Dagrun Trewe |
| EXAMINATOR | Solveig Lundgren |

| | |
|----------------------|--|
| Titel: | ”Det är det här med gränser...” Strategier för att främja sjuksköterskors psykiska hälsa – en studie ur ett genusperspektiv med fokus på kvinnor |
| Titel: | Strategies to promote nurses’ mental well-being – a study with a gender-perspective with women in focus |
| Arbetets art: | Fördjupningsarbete |
| Kursbeteckning: | Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/VOM200/ SPN7 VT-2007 |
| Arbetets omfattning: | 10 poäng |
| Sidantal: | 29 |
| Författare: | Eva Rodhe Åsa Johansson |
| Handledare: | Dagrun Trewe |
| Examinator: | Solveig Lundgren |

SAMMANFATTNING

Sjuksköterskeyrket är av tradition ett kvinnodominerat yrke och än idag utgörs ca 90 % av sjuksköterskekåren av kvinnor. En av de mest utsatta grupperna för långtidssjukskrivning relaterad till psykisk ohälsa är personal inom vård- och omsorg, däribland sjuksköterskor. De senaste 15 åren har en ökning av den här typen av långtidssjukskrivning skett och det är tydligt att kvinnor har drabbats i högre grad än män. Det går också att se att mycket i rollen som sjuksköterska påminner om den traditionella kvinnorollen, där en egenskap som premieras är att vara mer uppmärksam på andras behov än på sina egna. Syftet med det här arbetet har varit att undersöka vilka strategier det finns för att stödja sjuksköterskor att utveckla en yrkesroll som bevarar deras psykiska hälsa samt att ta reda på hur dessa strategier bidrar till detta. Vi har också valt att undersöka om det finns något skrivet om detta utifrån ett genusperspektiv med fokus på kvinnor. För att få svar på syftet söktes vetenskapliga artiklar i vårdvetenskapliga databaser och tidskrifter. Fyra strategier som kan verka stödjande för sjuksköterskors psykiska hälsa gick att finna: ledarskap som befrämjar empowerment bland sjuksköterskor, handledning, mindfulnesssträning samt kognitiv övning som en strategi för att motverka förtryck mellan sjuksköterskor. Det gick dock inte att finna någon forskning som hade ett genusperspektiv med fokus på kvinnliga sjuksköterskor. Samtliga funna strategier kan emellertid hjälpa kvinnliga sjuksköterskor att bland annat tydligare se sina egna behov, sätta gränser mot andra och att på så sätt bevara sin egen psykiska hälsa. Vi efterfrågar likväl en kraftigare belysning av det här området och en livligare debatt, såväl i samhället i stort som inom forskarvärlden, arbetslivet och under sjuksköterskeutbildningen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | Sid. |
|--|------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 2 |
| Definitioner | 2 |
| Psykisk ohälsa bland sjuksköterskor – en lägesbeskrivning | 2 |
| Möjliga förklaringar till arbetsrelaterad psykisk ohälsa/ utmattningssyndrom | 3 |
| Vårdorganisationens rötter och sjuksköterskans roll historiskt sett | 5 |
| Organisationsförändringar och sjuksköterskans situation idag | 5 |
| Sjuksköterskor som en förtryckt grupp | 8 |
| Skapandet av identitet som en social process – utgångspunkt i den symboliska interaktionismen | 8 |
| Skapandet av självet | 8 |
| Skapandet av könsidentiteten | 9 |
| Manligt och kvinnligt i den västerländska kulturen | 10 |
| Carper om personlig kunskap och självkänedom | 11 |
| SYFTE | 12 |
| METOD | 12 |
| RESULTAT | 13 |
| Ledarskap som befämjar empowerment bland sjuksköterskor | 13 |
| Handledning | 13 |
| Subjektiva upplevelser | 14 |
| Att känna stöd av en grupp | 14 |
| Att känna sig stärkt som person | 14 |
| Att känna sig stärkt i sin yrkesroll | 15 |
| Objektiva effekter | 16 |
| Mindfulnesssträning | 16 |
| Subjektiva upplevelser | 17 |
| Att bli stärkt i sig själv | 17 |
| Att förbättra sina relationer | 17 |
| Att känna sig mer avspänd | 17 |
| Objektiva effekter | 18 |
| Mindfulnesssträning och genus | 18 |
| Kognitiv övning som en strategi för att motverka förtryck sjuksköterskor emellan | 18 |
| Större beredskap att bemöta lateralt förtryck | 18 |
| Fortsatt utveckling i sin yrkesroll | 19 |
| Det laterala förtryckets upphörande | 19 |
| DISKUSSION | 20 |
| Metoddiskussion | 20 |
| Resultatdiskussion | 21 |
| Slutsatser | 26 |
| REFERENSER | 27 |
| BILAGOR | |
| 1. Sökbeskrivning | |
| 2. Artikelpresentation | |

INLEDNING

Som kvinnor och sjuksköterskestudenter har vi haft funderingar inför att gå in i en sjuksköterskeroll - en traditionell kvinnoroll - som vi uppfattar att det finns höga förväntningar riktade mot. Under utbildningen upplever vi att det har pratats mycket om hur en sjuksköterska ska vara men utan att det har problematiserats vad dessa förväntningar och höga krav i verkligheten innebär för sjuksköterskors egen psykiska hälsa. Väldigt mycket i utbildningen handlar om att som sjuksköterska lära sig att bli uppmärksam på och tillfredsställa andras behov men knappast något om hur sjuksköterskor ska kunna axla en sådan roll i praktiken utan att äventyra sitt eget välmående.

Som kvinna innebär redan den traditionella kvinnorollen krav på att vara inkännande och fokuserad på andra. Dessutom säger vår förförståelse oss att kvinnor fortfarande har det största ansvaret för hem och familj, vilket innebär ett dubbelarbete och en stor påfrestning för många. Att som kvinna då även ha ett yrke där förväntningarna är höga på att sätta andras behov före sina egna tror vi innebär ytterligare en faktor som kan verka påfrestande på den psykiska hälsan. Att sjukvårdsorganisationen dessutom är en väldigt hierarkisk arbetsplats, där möjligheterna att påverka sin arbetssituation är små för många, däribland sjuksköterskor, tror vi kan ha en negativ inverkan på arbetstillfredsställelse och arbetsrelaterad stress.

Vi tycker att det är hög tid att på allvar börja diskutera och kritiskt granska sjuksköterskans yrkesroll och situation i dagens sjukvårdssystem. Dessutom tycker vi att det är viktigt att finna strategier för att stötta sjuksköterskor som grupp i att sätta tydliga gränser och att hitta förhållningssätt som främjar bevarandet av deras psykiska välmående. Detta är högaktuellt idag då vi dagligen möts av rapporter i media om nedskärningar och omorganiseringar i sjukvården, där både personal och patienter vittnar om en stressig och mycket krävande situation.

Vi tycker att det skulle vara särskilt intressant att titta på vad som är skrivet ur ett genusperspektiv med fokus på kvinnor angående strategier för att stötta sjuksköterskor eftersom vi tror, som vi ovan beskrivit, att kvinnorollen gör det extra svårt för många kvinnliga sjuksköterskor att göra sunda avgränsningar i sina liv.

BAKGRUND

Definitioner

Strategi

Enligt nationalencyklopedin (1) och Norstedts svenska ordbok (2) innebär en strategi ett "långsiktigt övergripande tillvägagångssätt".

Psykisk hälsa

Världshälsoorganisationen (WHO) (3), definierar hälsa som: "ett tillstånd av fullständigt fysisk, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaro av sjukdom eller svaghet". Psykisk hälsa skulle enligt denna definition innebära ett tillstånd av själsligt och mentalt välbefinnande.

Utmattningssyndrom

Enligt nationalencyklopedin (4) "en upplevelse av svår utmattning som tillskrivs långvarig stress i personens yrkesarbete och/eller i livssituationen i övrigt". De menar vidare att begreppet har likheter med "utbrändhetsyndrom" men att "den termen har sitt ursprung utanför den medicinska sfären och ger ett missvisande intryck av ett obotligt slutstadium, varför den inte har fått bred acceptans inom sjukvården. I definitionen av utmattningssyndrom ingår att utmattningen skall ha upplevts minst två veckor och att stressfaktorerna har förelegat minst sex månader. Det dominerande är påtaglig brist på psykisk energi, vidare onormal uttrötbarhet, känslomässig labilitet, sömnstörning och ofta symtom av kroppslig karaktär, såsom muskelvärk, mag-tarmbesvär och yrsel".

Genus

Nationalencyklopedin (5) definierar det som en term som "används för att förstå och urskilja de föreställningar, idéer och handlingar som sammantagna formar människors sociala kön". Vidare att "genus används som benämning på den kulturella process som tillskriver såväl människor som symboliska förhållanden och institutioner kollektiva s.k. könsegenskaper, dvs. manligt och maskulint resp. kvinnligt och feminint."

Kön

Enligt nationalencyklopedin (6) "endera av de två rolltyperna vid fortplantning, d.v.s. hona eller hane, kvinna eller man".

Psykisk ohälsa bland sjuksköterskor – en lägesbeskrivning

En rapport från Riksförsäkringsverket (7) visar att det har skett en ökning av antalet långtidssjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa sedan början av 1990-talet, framförallt bland kvinnor. De vanligaste besvären utgörs av depressioner, ångesttillstånd och stressreaktioner. Författarna av rapporten menar att denna ökning kan bero på arbetsrelaterad stress eftersom det är de mindre svårartade psykiska sjukdomarna, som till exempel stressrelaterade syndrom och olika neurostillstånd, som har ökat i omfattning (7).

Bland dem som är mest drabbade av långtidssjukskrivning relaterad till psykisk ohälsa är personer som är verksamma inom yrken med mycket kontakt med och ansvar för andra människor, till exempel sjukvårds- och omsorgspersonal (7,8). Bland långtidssjukskrivna

landstingsanställda sjuksköterskor är andelen sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa ca 40%. Studier har visat att den psykiska ohälsan är ett resultat av en långdragen process grundad i stress som ger både fysiska och psykiska symtom (8).

Arbetslivsinstitutets studie visar att det är en signifikant högre risk för kvinnor att drabbas av utbrändhet än för män (9). Även Riksförsäkringsverket visar på en överrepresentation av utbrändhet och långtidssjukskrivning relaterad till psykisk ohälsa hos kvinnor och förklarar det genom kvinnors och mäns olika sociala och arbetsrelaterade förhållanden (7). Det visar sig i Arbetslivsinstitutets studie att många kvinnor utöver arbetet även har hemuppgifter som tog mycket kraft och energi (9).

Statistik från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (10) visar att manliga sjuksköterskor har mycket lägre sjukfrånvaro än sina kvinnliga kollegor. I en intervju med en statistiker på SKL framkommer att det dock kan vara svårt att göra en jämförelse mellan kön eftersom männen är så få inom sjuksköterskeyrket, de utgör bara 10% (11). Likväl finns det yrken med en mer jämn könsfördelning där det här mönstret går igen. Troligen beror inte de stora könsskillnaderna då det gäller sjukfrånvaro inom sjuksköterskeyrket på arbetet som sådant utan de avspeglar istället hela livssituationen. Kvinnor är dubbelarbetande i mycket större utsträckning än män (11).

Möjliga förklaringar till arbetsrelaterad psykisk ohälsa/utmattningssyndrom

Studier från Socialstyrelsen visar att orsaken till sjukskrivna sjuksköterskors psykiska ohälsa ofta har sin grund i arbetssituationen (8). Maslach och Leiter (12) har skrivit om utvecklingen av utbrändhet i relation till arbetssituation. I de fall de författare vi refererar till själva använder sig av begreppet utbrändhet gör vi det också för att inte förvanska ursprungsmaterialet.

Maslach (13) identifierar tre huvuddimensioner av utbrändhet hos personer som arbetar inom vården; emotionell utmattning, empatibortfall gentemot patienter och subjektiv försämring av arbetsprestationen. Den allmänna uppfattningen om utbrändhet är, menar Maslach och Leiter (12), att det i första hand är den enskilda människans problem. Det betyder i så fall att en människa blir utbränd på grund av brister i karaktären, beteendet eller produktiviteten och att det är människan som är problemet. Detta gör att den enskilda människan lätt känner sig misslyckad och otillräcklig. Lösningen blir då att ändra på eller göra sig av med människan, det vill säga personliga lösningar som att gå i terapi eller att byta yrke. Författarna hävdar dock att utbrändhetens orsak går att finna i den sociala miljön där människan arbetar. Det mänskliga samspelet på arbetsplatsen och hur olika arbetsuppgifter utförs styrs av arbetsplatsens struktur och sätt att fungera. Finns inte plats för den mänskliga sidan av arbetet ökar risken för utbrändhet. Det är numera vanligare att de ekonomiska värdena på en arbetsplats sätts före de mänskliga. När klyftan mellan människorna och arbetskraven ökar förstärks pressen på människorna, som lätt drivs bortom sin kapacitetsgräns. Maslach och Leiter (12) har ringat in sex faktorer som de menar inverkar på den arbetsrelaterade psykiska hälsan och som i värsta fall kan leda till utbrändhet:

För stor arbetsmängd – De anställda tvingas göra/producera för mycket på för kort tid och med för små resurser. För att ha balans i sitt förhållningssätt till arbetet krävs det att

personalen finner en kompromiss mellan arbetsgivarens krav på produktivitet och effektivitet och sin egen tid och kraft. Vid nedskärning av en organisation måste oftast en mindre personalstyrka utföra samma mängd arbete på kortare tid. Belastningen ökar ytterligare då den anställda tvingas ta ytterligare ett jobb för att klara sin ekonomiska situation. Tid för återhämtning minskar, både på arbetet och hemma, där andra krav som kräver tid tar vid. Energin minskar då utmattningen ökar och plikt känsla mot kollegor och arbetsgivare samt rädsla för att bli ersatt hindrar från att stanna hemma.

Brist på kontroll - Finns inte utrymme för möjlighet att göra prioriteringar i det dagliga arbetet, välja arbetsmetoder och fatta beslut, d.v.s. viktiga delar av arbetet, minskar den individuella självständigheten och arbetsengagemanget. De anställda hindras från att ta tag i och lösa de problem de möter, det blir svårt att upprätthålla intresset för arbetet då delaktigheten minskar och utmattning, cynism och känslor av otillräcklighet infinner sig lätt.

Otillräcklig erkänsla och ersättning – För att bibehålla engagemang i arbetet krävs det att de anställda får belöningar, som pengar, prestige och trygghet. Anställningstrygghet och utveckling i yrkesrollen är viktiga delar. För den anställda ingen erkänsla nedvärderas både hon/han som person och det arbete hon/han utför.

Gemenskapens sammanbrott - Förlust av anställningstrygghet och inriktning på kortsiktiga förtjänster undergräver gemenskapen på arbetsplatsen. Detta bidrar till att den mänskliga omtanken lätt försvinner och personliga relationer och lagarbete splittras. Ett minskat stöd, minskad respekt och en större känsla av isolering uppträder. Då ökar också grogrunden för energi- och tidskrävande konflikter.

Avsaknad av rättvisa – Visas inte människor respekt och bekräftelse på sitt värde saknas rättvisa på arbetsplatsen. Fördelning av arbete och löner kan vara ett tydligt exempel på orättvisa.

Motstridiga värderingar – Uppstår då arbetets krav inte är förenliga med personliga värderingar. Det kan vara svårt att som anställd försvara en policy som inte stämmer överens med en personlig uppfattning (12).

Björkman et al. (14) menar dock att det än så länge inte finns någon teori som ensam kan förklara varför människor utvecklar utmattningssyndrom. Mycket talar för att det istället är ett multifaktoriellt orsakssamband. Vissa personliga egenskaper kommer i en given situation utgöra en sårbarhet samtidigt som en dålig arbetsorganisation kan utgöra ytterligare en belastning. De egenskaper som en person har förvärvat genom åren kommer vidare att påverkas utifrån den miljö hon/ han befinner sig i så att goda eller dåliga mönster förstärks.

Hallsten (15) tar upp att en prestationsbaserad självkänsla kan vara en faktor som utgör en sårbarhet för att utveckla utmattningssyndrom. Personer med en självkänsla som är beroende av ett presterande kan även antas vara beroende av att vara ”duktiga” för att duga inför sig själva. Detta skulle kunna vara en bidragande faktor till att dessa personer har en tendens att engagera sig mycket i det de gör och att de lätt tänjer på sina gränser i besvärliga situationer. Det här kan vara början på en utbränningsprocess men under goda omständigheter och i en stödjande miljö behöver ändå inte denna process uppstå. Om de egna och de yttre resurserna inte är tillräckliga för att personen ska uppnå sina önskade mål kan personen efter en tid börja känna sig otillräcklig, ifrågasätta sig själv och sin förmåga att hantera situationen. Personens engagemang urholkas då lätt och hon/han distanserar sig från verksamheten och tvivlar ofta på sin identitet. De drabbade är ofta lojala, hårt arbetande personer som är mycket uppskattade medarbetare på sin arbetsplats (15).

I Socialstyrelsens rapport "Utmattningsyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa" (8) tas det upp att förändringar inom arbetslivet, neddragningar och omorganisationer med ökad arbetsbörda som följd är troliga orsaker till utmattningsyndrom. Hallsten et al. (9) visar även att personer som varit med om organisatoriska förändringar under det senaste året löper dubbelt så stor risk att under den tiden ha utvecklat utbrändhet. De anställda som förlorar sina arbeten vid nedskärning drabbas hårt då de tvingas flytta, eventuellt omskola sig och anpassa sin personliga ekonomi. Även de anställda som får arbeta kvar drabbas då de utsätts för hårdare press då personalantalet minskar samt då de oroar sig för anställningstryggheten och sin egen framtida situation. I denna situation är människor mer benägna att acceptera arbetsförhållanden som inte motsvarar deras förväntningar (9,12).

Vårdorganisationens rötter och sjuksköterskans roll historiskt sett

Vårdorganisationen är, precis som andra institutioner i det moderna, västerländska samhället, en hierarkiskt uppbyggd byråkratisk organisation som är formad av manssamhällets syn på och vision om världen (16). Davies (16) beskriver hur den byråkratiska organisationen är uppbyggd. Ju högre upp i hierarkin desto mer ansvarfulla anses positionerna och arbetsuppgifterna vara och har dessutom en mer abstrakt karaktär. Utvecklingen av olika professioner har sin grund i manliga ideal som till exempel kontroll och herravälde. Det, tillsammans med en syn på besittandet av kunskap som makt, har lett till värdesättandet av specialisering som därför har fått ett högre värde än bredd och helhetstänkande. I byråkratiska organisationer är det vanligt med en distans mellan de som fattar beslut och de som utför dem samt beträffas av dem. För att kunna upprätthålla sådana beslutsförfaranden behövs hierarkiska organisationer där distansen bevaras genom att andra, för det mesta kvinnor, är de som utför arbetet närmast dem som berörs av beslutet. Omvårdnadens historiska bakgrund ligger i det som "blivit över" där läkarnas intresse har slutat och har på så sätt möjliggjort för medicinen att framstå som männens domän, en domän som har framställts som rationell och objektiv. Sjuksköterskors lott har varit att ta hand om de behov som handlar om information samt att omhänderta fysiska och emotionella behov – sysslor som sällan har blivit erkända som viktiga eller som under lång tid inte ens sågs som en egen profession. Davies (16) menar också att de som sysslar med omvårdnad, det vill säga sjuksköterskor, säkerligen inte har varit de som ursprungligen haft tolkningsrätten när det har gällt att definiera vad som ska ingå i omvårdnaden. Som sagt har vårdorganisationen sin grund i maskulina föreställningar om arbetets organisation där kvinnor oftast har återfunnits i dåligt definierade stödroller (16).

Svensson (17) beskriver hur sjuksköterskeutbildningen under många decennier har lagt stor tonvikt vid disciplin och lojalitet. Denna socialisation av sjuksköterskor har gjort att de oftast accepterat den underordnade rollen gentemot läkarna. På så sätt har konflikten läkare/sjuksköterska eller medicin/omvårdnad hållits i schack.

Organisationsförändringar och sjuksköterskans situation idag

Lindgren (18) beskriver hur vårdorganisationen har förändrats från 40-talet och framåt. Rationaliseringar och omorganiseringar av sjukvården är något som sedan lång tid tillbaka har varit aktuella frågor. Mot slutet av 1980-talet har dock förändringstakten intensifierats och förändringarna har också blivit mer omfattande. Författaren skriver

vidare att fenomen som sammanslagningar, neddragningar och besparingar samt honnörsord som effektivisering, resursutnyttjande och kvalitetsförbättring tycks vara här för att stanna. Vård- och omsorgsinrättningar ses ofta i debatten som omoderna, byråkratiska och slösaktiga. De här institutionerna, såväl som andra institutioner inom den offentliga sektorn, bör anpassas till att bli, som det heter, mer moderna, flexibla, slimmade och framtidsanpassade. Terminologin har fått en alltmer företagsekonomisk prägel med begrepp som valfrihet - konkurrens, köp - sälj, beställare - utförare, resultatenheter, kvalitetssäkring, kundorientering och betalning mot prestation. Lindgren (18) frågar sig vad denna ekonomiska effektivitetsdiskurs gör med omsorgsmålen inom sjukvårdsorganisationen. Hon hänvisar till Acker som menar att den ekonomiska rationalitetens allt större dominans framför andra livsområdets behov bidrar till att kvinnor som grupp och det arbete som traditionellt utförs av kvinnor, som t.ex. det inom vård och omsorg, får en allt svagare ställning. Författaren tycker sig se att många av dem som säger sig känna maktlöshet inför de ständiga rationaliseringarna, framförallt beskriver denna maktlöshetskänsla som ett uttryck för deras personliga upplevelser och att det sällan pratas om ideologin bakom förändringarna. Rationaliseringarna och omorganiseringarna ses ofta som något nödvändigt ont, som ingen i slutändan kan tänkas dra nytta av, och som bara handlar om något så ideologiskt neutralt som statens finanser och kalkylernas tvång.

Lindgren (19) beskriver i en studie de inbördes maktrelationerna mellan läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Studien är gjord i slutet av 1980-talet, strax innan de stora omorganiseringarna av sjukvården i Sverige tog fart. Hon beskriver där hur de olika yrkesgrupperna positionerar sig gentemot varandra genom tre olika, inbördes kulturer. Det som kännetecknar både undersköterske- och läkargruppen är att de båda är tydligt avgränsade gentemot andra yrkeskategorier och generellt sett har en stor inre sammanhållning. Detta till skillnad från sjuksköterskegruppen. Sjuksköterskornas sätt att förhålla sig inom organisationen bygger på samarbete och alliansbildande, snarare gentemot andra yrkeskategorier (framförallt ”uppåt” mot läkare men också ”nedåt” mot undersköterskor) än gentemot den egna gruppen. Kulturen här är mer sammansatt och i första hand grundad på individualitet och personlighet – det som förenar är en professionell ambition, många har egna mål och många är engagerade i organisatoriska frågor av olika slag. Sjuksköterskornas positioner är dock ofta ganska osäkra och instabila. De som har stöd uppifrån i organisationen får ofta mer arbetsledande uppgifter som utformningen av arbetsrutiner. Samtidigt leder den större splittringen dem emellan lättare till ryktesspridning och infiltrationsförsök. Sjuksköterskorna påtalar dock, även om innehållet kan skilja sig åt, problem med de rådande könsrelationerna och med jämställdheten (19).

Lindgren (18) visar på hur hierarkistrukturerna inom vårdorganisationen har påverkats av de genomgripande förändringarna som skett i denna sedan början av 1990-talet. Hon ser att sjuksköterskornas kultur, som hon också väljer att kalla medarbetarkulturen, har vunnit mark på bekostnad av läkarnas och undersköterskornas mer kollektiva kulturer. Att det har blivit så beror på de idéer om organisation av arbetslivet som ligger i tiden just nu och som har sina rötter i en företagsekonomisk tanketradition. Syftet med dessa organisationsmodeller är att minimera kostnaderna, öka kvalitetskontrollen och konkurrensförmågan samt att öka vinsten på den allt större och globaliserade marknaden. Fördelen med medarbetarkulturen i det här sammanhanget är att personalen inte i första hand solidariserar sig med sin yrkesgrupp utan i större mån känner ansvar inför verksamhetens övergripande mål. Medarbetarkulturen syftar mer mot att bygga upp en

övergripande organisationskultur – som både omfattar anställda och ledning – i motsats mot t.ex. doktorernas och undersköterskornas kulturer som mer syftar till stöd inom den egna yrkesgruppen (18).

Som Lindgren (18) skriver kan det vid första anblicken se ut som att sjuksköterskorna är de som har blivit vinnarna i och med den nya ordningen. Utvecklingen har hittills inneburit många förändringar som sjuksköterskor länge har velat, t.ex. har möjligheterna till större självständighet ökat eftersom medarbetarkulturen betonar ett större ansvar för de enskilda individerna. Ett av honnorsorden är dessutom kompetenshöjning – något som författaren menar kan verka lockande för många sjuksköterskor eftersom det kan tänkas ge en ökad chans till större professionell respekt. Utöver detta har dock det ökade ansvaret för sjuksköterskornas del också inneburit att de ofta fått de nya, smala organisationernas kontrollfunktioner på sina bord – som till exempel att se till att besparingar genomförs och att vårdkvaliteten säkras. De negativa sidorna av medarbetarkulturen, som t.ex. en tilltagande arbetstakt och en ökad arbetsbelastning samt tvång och subtila hot för att få medarbetarna medgörliga, har inte lyfts fram i lika stor mån som de positiva sidorna (18). Holmquist (20) belyser i en studie att i och med organisationsförändringarna i den offentliga sektorn sedan 1990-talets början har fler kvinnor gått in i ledande positioner inom denna sektor, framförallt på mellanchefsnivå (till exempel som vårdenhetschefer). Dessa kvinnor har ofta sitt ursprung längre ned i hierarkin, ofta har de själva arbetat till exempel som sjuksköterskor. Vårdenhetschefernas positioner har dock alltmer urlakats på makt över ekonomin, förutom i den mån det handlar om att se till att budgeten inte överskrids. Samtidigt har de ålagts ansvaret för att utveckla verksamheterna och att verka för kvalitetsförbättringar. Möjligheten för kvinnor inom den offentliga sektorn att avancera till ledarskapspositioner har alltså ökat på senare tid, en möjlighet som dock inte har ökat kvinnors reella makt eftersom deras ökade ansvarsområden inte har åtföljts av reell ekonomisk makt. Författaren menar att denna position kan leda till känslor av vanmakt.

Lindgren (18) menar att det trots allt finns en positiv potential för sjuksköterskor i att vårdorganisationen i stort har utvecklats allt mer mot att bygga på en medarbetarkultur. Chansen blir större att hierarkierna mellan de olika professionerna minskar när samarbetet över yrkesgränserna ökar och det kan leda till en mer jämställd arbetsorganisation. Författaren resonerar dock som så att införandet av medarbetarskapet tycks fungera bäst i expansiva organisationer och inte i kombination med ekonomiska neddragningar som fallet har varit här. Medarbetarskapet har från ledningshåll setts som ett medel för att utnyttja resurserna bättre att uppnå bättre och mer jobb men med mindre personal. Problemet för sjuksköterskorna har blivit att den ökande arbetsbördan och ansvaret inte har följts av ett ökat inflytande och bättre löner. Lindgren (18) menar att sjuksköterskor skulle behöva mer av de kollektiva buffertnormerna som t.ex. möjligheterna till stöd, trygghet och solidaritet i arbetsgruppen och därmed de ökade möjligheterna till att kunna värja sig och sätta gränser när kraven från beställare, medarbetare eller patienter upplevs som för stora. Ett fungerande medarbetarskap kräver att den patriarkala ledarföreställningen i offentlig sektor, den om att kvinnor tolererar ”underskattning”, förpassas till historien (18).

Sjuksköterskor som en förtryckt grupp

Roberts (21) beskriver hur sjuksköterskor kan ses som en förtryckt grupp, då den medicinska disciplinen alltid dominerat över omvårdnadens och sjuksköterskor har setts som tjänare till läkare. Författaren refererar till Freire vilken har studerat förtryck och förtryckta grupper och som sett att människor i de förtryckta grupperna ofta utvecklar ett ogillande mot sig själva och mot sina egna attribut då den förtryckande gruppen har makten att sätta normerna för vad som värderas högt. Med tiden internaliseras dessa värden av medlemmarna i den förtryckta gruppen och blir en del av kulturen. Ordningen ses som självklar och ifrågasätts inte. Utvecklingen av förtrycket glöms bort och människor tänker att medlemmar av den förtryckta gruppen är medfött underlägsna. Många sjuksköterskor uppvisar beteenden och egenskaper som går att återfinna i nästan alla förtryckta grupper, som till exempel låg självaktning. Sjuksköterskor kan förtrycka varandra genom att de har internaliserat det yttre förtrycket i sig själva, ett fenomen som kallas lateralt förtryck (21). Fletcher (22) menar att förtrycket, självhatet och den låga självaktningen leder till en frustration som den förtryckta gruppen riktar horisontellt (lateralt) mot varandra inom gruppen istället för mot den förtryckande gruppen. Roberts (21) refererar till Chandler som beskriver hur sjuksköterskor ofta förringar varandras värde och kunnande istället för att stötta varandra. Som ett led i att ta sig ur detta negativa förhållningssätt gentemot varandra menar Fletcher (22) att sjuksköterskor tillsammans kritiskt måste granska sjuksköterskans historia, det förtryck som sjuksköterskegruppen har varit och är utsatt för samt hur könsrollerna inverkar på detta. Roberts (21) betonar dock vikten av att inte bara arbeta mot förtrycket inom gruppen, som om det var där grundproblemet låg, utan att också enas utåt för att tillsammans försöka ändra på maktstrukturerna som är ursprunget till förtrycket.

Skapandet av identitet som en social process - utgångspunkt i den symboliska interaktionismen

En teoribildning som belyser människors ständiga potential till utveckling är den symboliska interaktionismen (s.i.) (23). Till en början förklaras hur den här teoribildningen ser på utvecklingen av människans "själv". Därefter beskrivs hur s.i. menar att könsidentiteten skapas.

Skapandet av självet

Holmberg (23) skriver att inom s.i. ses människans "själv" snarare som en process än som något stabilt. Självet delas upp i två delar: "me", som definieras som självet livshistoria och "I", som är självet agerande del. "Me" är summan av hur självet har uppfattat att "de signifikanta andra" ser på och tolkar självet. "De signifikanta andra" är personer i en individs närhet som är av en känslomässig betydelse för denna/denne. Ett annat begrepp är "den generaliserade andre", som är samhället och dess norm- och regelsystem, den allmänna uppfattningen och de generella handlingsmönster som internaliseras i självet. Samhället och människan utgör varandras förutsättningar och går inte att separera. Människan blir, enligt s.i, människa genom sociala processer. Barn anses födas sociala men i det stora hela utan andra personlighetsdrag. Oftast blir föräldrarna de första "signifikanta andra" och barnet lär sig genom dem vem det är och vad som kännetecknar det. Föräldrarnas uppfattning om barnet och deras tolkningar av dess handlingar

internaliseras av barnet som då kan se på sig själv som ett objekt, ett "me" har skapats för barnet. För att utvecklas till en människa med egna personlighetsdrag använder sig barnet av "rollövertaganden" i leken. I leken testar barnet en roll, hur det är att vara exempelvis sin mamma. Efter hand lär sig barnet att göra "generaliserade rollövertaganden", då begreppet också innefattar en samhällelig uppfattning om vad mamma innebär. Då kan barnet se skillnad mellan sin mamma och andra mammor, förstår att alla mammor inte är samma. Barnet kan då föreställa sig en abstrakt mamma och har internaliserat samhällets uppfattning, föreställning om vad som är en mamma. Genom detta lär sig människor att se en situation ur flera medaktörers perspektiv samtidigt för att se hur hon själv ska reagera. Hon förstår detta genom att ana hur de andra borde reagera, vilket hon känner till genom att veta om generella handlingsmönster och normer för denna speciella handlingssituation. Den generaliserade andre internaliseras så i människan. Genom detta kan en person ana/tro sig förstå hur en annan människa kommer att reagera på någonting. Personens "I" är den del av självet som är just nu, som agerar i nuet. Det handlar utifrån tidigare rollövertaganden, som finns internaliserade i "me" (23).

Skapandet av könsidentiteten

Människan består, enligt s.i., av ett medvetande och en identitet (23). En identitet präglas av igenkännande och kontinuitet och utgörs av det som personen konfronterar sig själv med som till exempel frisyr, klädval och återkommande reaktioner. Könsidentiteten är en del av självet och av identiteten, summan av de rollövertaganden som självet gjort. Den är djupt förankrad i människor och i deras självuppfattning. Det gör att könsidentiteten lätt tas för given och kopplas ihop med en persons biologiska kön och inte ses som socialt konstruerad. En människas egna uppfattningar om kön har hon/han internaliserat i interaktion med de "signifikanta andra" och med den "generaliserade andre". Det är genom en persons kön som andra tolkar hennes handlingar och ger henne olika egenskaper samtidigt som en person själv också genom sina internaliserade uppfattningar om kön tolkar andras handlingar och egenskaper som könsspecifika. En persons självuppfattning är de signifikanta andras tolkning internaliserat i självets dialog mellan "me" och "I". Haavind menar, enligt Holmberg (23), att kvinnor internaliserar den könsliga hierarkin som en del i sin könsidentitet. Det leder till att de strategier kvinnor väljer att handla genom placerar dem i en underordnad position till männen, och samtidigt får de genom denna underordning bekräftelse i sin könsidentitet som kvinnor. Männen har internaliserat i sin könsidentitet att de är överordnade kvinnor. Genom alla könsspecifika rollövertaganden som en människa sammanlagt gjort får hon/han en uppfattning om vad det innebär att vara en "bra" eller "dålig" kvinna eller man, vilket styr hur personen ser på andra. Ferguson (24) menar att antalet rollövertaganden som en person måste göra styrs av hur mycket makt som personen ifråga har. Den som inte har makten att definiera normerna i en situation måste kunna känna av den andre och förstå dennes definition av situationen, för att så kunna anpassa sitt handlande till motpartens definition. Den som har definitionsmakten behöver inte göra dessa rollövertaganden i samma utsträckning, då denne/a kan styra handlingen oberoende av de andras önskemål. Rollövertagandet blir alltså asymmetriskt vilket i det här fallet innebär att kvinnor i större mån än män måste bli duktiga på att sätta sig in i andra människors situation (24).

Genom hela livet får människan sina handlingar tolkade utifrån sitt biologiska kön. Dessa tolkningar definieras och omdefinieras beroende bland annat av ålder och situation. En människa internaliserar även samhällets könsordning och ramen för hur hon/han ska

handla tas för given (23). Ferguson (24) menar dock att den ”generaliserade andre” inte är någon enhetlig uppsättning normer och värderingar och att det därmed är möjligt för kvinnor att frigöra sig från samhällets dominerande normer som talar om hur en kvinna bör vara. Det aktiva och tolkande subjektet kan förhålla sig ifrågasättande till olika värderingar och till samhället. Nya tolkningar och handlingsmönster kan på så sätt skapas (24).

Manligt och kvinnligt i den västerländska kulturen

Chodorow (25) menar att det för de båda könen finns speciella egenskaper som flickor/kvinnor och pojkar/män får lära sig för att passa in i sin genusroll. Kvinnor lär sig i större mån än män att se på sig själva i relation till andra. De uppmuntras i högre grad än män att vara bundna till och beroende av andra och genom detta utvecklar de ofta ett ansvarskännande för andra. De lär sig ofta att utveckla en osjälviskhet och att ha en självupppoffrande attityd i förhållande till andras behov. Att ta hänsyn till andra blir viktigare än att prestera för egen vinnings skull (25). Gilligan (26) pekar på att kvinnor ofta lär sig att deras kunskap och tänkande måste bli bedömt och godkänt av andra. Därför blir det också svårare för kvinnor att ge säkra omdömen och att lita på sin egen förmåga att döma. De bedömer sig själva utifrån sin förmåga att vårda, mot ett omsorgsideal, då personligheten formas i ett sammanhang av mänskliga relationer och ömsesidigt beroende (26). Utmärkande för män som grupp är att de uppfostras till att separera sitt jag från andra och att skapa fasta gränser runt det. De hjälps även att utveckla en självkänsla och att lära sig ta ansvar för sig själva. De ska sträva mot ett självständigt agerande, ett starkt självförtroende och en självkänsla inför att vara ett agerande subjekt, och orienterar sig ofta efter en ställning (25). Gilligan (26) påpekar att pojkar/män i större mån än flickor/kvinnor lär sig att bemästra, besitta och använda kunskap som de själva vill ha den och att se sig själva som experter. För män läggs ofta stor vikt vid att tänka självständigt, fatta bestämda beslut och ta ansvar. Att satsa på sig själv och prestera ses ofta som liktydigt med mognad. Att däremot ta hänsyn till och att bry sig om andra uppfattas ofta inte som en personlig styrka, utan till och med som tecken på svaghet (26).

Bepko och Krestan (27) tycker sig se fyra grundregler för hur kvinnor enligt normen ska bete sig i det västerländska samhället:

Uppträda oklanderligt – Att aldrig tappa behärskningen, bli högröstad, arg, aggressiv eller visa starkare känslor. För att inte vålla andra obehag tvingar kvinnan in sig själv i ett mönster av underkastelse och anpassning. Kvinnan bör behålla lugnet, vara vänlig och tålmodig och inte ha/visa några egna behov.

Vara osjälvisk och hjälpa andra – Att leva för att ge. Andras behov och lycka ses som viktigare än de/den egna. Kvinnans viktigaste uppgift blir att ge, hjälpa och stödja andra i att få sina behov tillfredsställda. Det blir fult att göra saker för sin egen skull, att till exempel kräva högre lön eller mer tid. Det viktigaste för henne är att andra inte tycker att hon gör fel.

Få relationer att fungera – Att ge obegränsat med kärlek. Kvinnan anses vara den som har det största ansvaret för att sköta om relationer till sin partner, till vänner och till andra. Hon förväntas ha takt, intuition, vara generös, ge vård och lösa eventuella problem i relationen. Om relationen misslyckas tar hon på sig skulden och tvivlar på att hon själv går att älska.

Klara allting utan att klaga – Att utträtta allt utan att visa tecken på trötthet. Kvinnan förväntas vara kompetent, arbeta och sköta hem, familj och övrigt socialt liv utan hjälp eller antydning om att vara stressad och/eller överarbetad. Det blir för henne viktigt att bevisa sitt värde genom sin kompetens inom detta och att därmed inte säga nej (27).

Dessa regler, menar Bepko och Krestan (27), finns inom många kvinnor som omedvetna etiska normer för hur de förväntas leva. Förväntningarna är egentligen omöjliga att helt leva upp till och ju mer kvinnor försöker uppfylla reglerna desto sämre tycker de oftast att de lyckas och desto mer värdelösa känner de sig ofta. Normerna hindrar kvinnor från att definiera sig själva och sitt egenvärde. Ett av de mest utmärkande dragen för rollen som kvinna är enligt författarna känslan av att ha kravet på sig att alltid räcka till. När detta inte uppfylls skapas lätt känslor av otillräcklighet och dåligt samvete för att inte ha gjort saker bra nog. Det här föder ofta känslor av att inte duga och tvivel på sig själv. Då kvinnor ofta går omkring med känslor av att inte vara tillräckligt bra försöker de kompensera den skam som föds av detta med att vara duktiga och snälla och i ännu högre grad tillfredsställa andras behov istället för sina egna. Detta skapar en inre otillfredsställelse hos många kvinnor (27).

Carper om personlig kunskap och självkänedom

Carper (28) är en omvårdnadsteoretiker som kan vara till stöd för att få bekräftelse i att sjuksköterskor, generellt sett, kan behöva bli mer självmedvetna. Författaren identifierar fyra olika kunskapsområden inom sjuksköterskans profession, omvårdnad. Dessa fyra områden kallar hon det empiriska, det estetiska, det moraliska området och det som handlar om personlig kunskap. Inom det empiriska området inbegrips omvårdnadens vetenskap, lära och teknik/skicklighet. Den estetiska kunskapen innefattar omvårdandets konst, det vill säga den mer subjektiva kunskapen som är svår att mäta, till exempel empati. Det etiska området inbegriper den moraliska kunskapen, vilka skyldigheter sjuksköterskan har och val hon/han gör för att ge god vård med respekt för det mänskliga livet.

Det kunskapsområde som är mest relevant för den här litteraturstudien är det som Carper (28) kallar för "Personal knowledge", vilket är en typ av kunskap som hon menar inte är helt enkel att behärska eller att lära ut. Samtidigt pekar författaren på att detta är det kunskapsområde inom omvårdnad som är viktigt för att förstå meningen av hälsa i bemärkelsen individuellt välbefinnande. Hon går mest in på vikten av personlig kunskap i mötet med patienter för att förstå dessa bättre men pekar också mot att utvecklandet av personlig kunskap hos sjuksköterskor leder till en bättre självkänedom. Carper (28) refererar till Maslow som pratar om något som han kallar för "sacrifice of form". Detta innebär att vara villig att släppa taget om verkligheten som något fast och att bli medveten om sina förutfattade meningar, förväntningar och stereotypa bilder. Chansen ökar därmed till att vara villig att acceptera både sig själv och andra som motsägelsefulla och svårgripbara. Individer ses som komplexa varelser som har potential till ständig utveckling (28). Att som sjuksköterska ha med sig denna människosyn i bagaget är viktigt, inte bara i mötet med patienter, utan också för att sjuksköterskor ska ha möjligheten att stärka sin syn på sig själva, både som individer och som yrkesmänniskor.

SYFTE

Att undersöka vilka strategier det finns för att stödja sjuksköterskor att utveckla en yrkesroll som bevarar psykisk hälsa samt att ta reda på hur dessa strategier bidrar till detta. Att undersöka om det finns något skrivet om detta utifrån ett genusperspektiv med fokus på kvinnor.

METOD

Detta arbete är en litteraturstudie. Sökning efter artiklar gjordes genom sökningar i databaserna PubMed och Cinahl. Mest användes Cinahl eftersom det där är möjligt att begränsa sökningen till att bara få fram artiklar som har passerat kriterierna för att räknas som vetenskapliga. Sökbegränsningar sattes i Pub Med till "Abstract Available" samt "senaste tio åren" och i Cinahl till "Abstract Available", "Publ. Year: 1996-2007", "Peer Reviewed" och "Research Article". Artiklarnas titlar lästes igenom och i de fall titeln stämde överens med syftet lästes även abstract. Efter detta valdes 13 artiklar som verkade vara relevanta för syftet. Då dessa artiklar lästes igenom och granskades enligt granskningsmallen förkastades tre artiklar, en på grund av metodologisk svaghet och två på grund av att de inte visade sig stämma tillräckligt bra överens med uppsatsens syfte. De 10 återstående artiklarna ansågs svara an på syftet, se bilaga 1 för beskrivning av sökningarna. En del av artiklarna återkom i flera träfflistor. Fyra av de 10 utvalda artiklar var kvalitativa, fyra var kvantitativa, en var både kvalitativ och kvantitativ och en var en litteraturstudie. För vidare beskrivning av artiklarna, se artikelpresentationen (bilaga 2).

Många av de artiklar som valdes bort hade mer fokus på bakomliggande faktorer till utbrändhet och icke-välbefinnande än på förebyggande strategier, mer intresse av vilka effekter som empowerment har på arbetseffektivitet än på välmående eller hade inte alls med syftet att göra. Exempel på sökord och sökordskombinationer som inte gav några resultat alls eller som tog fram artiklar som inte hade med uppsatsens syfte att göra: Burnout Nursing Strategies; Support Female Nurses; Mental Well-being Female Nurses; Organizational Interventions Preventing Burnout; Female Nurses Empowering.

Artiklarna har granskats enligt granskningsmallen och bearbetats. Metoden är induktiv. Vid genomläsning av artiklarna markerades de resultat i varje artikel som var relevant utifrån uppsatsens syfte. Dessa markeringar kodades sen och sorterades in i subkategorier som i sin tur bildade kategorier. Dessa placerades in under teman som återfinns som huvudrubriker i uppsatsens resultatdel. Skapandet av dessa subkategorier, kategorier och teman gjordes genom diskussion mellan författarna.

RESULTAT

I litteraturgenomgången påträffades fyra strategier som alla i olika mån visade sig kunna påverka sjuksköterskors psykiska välmående till det bättre. Dessa fyra strategier är:

- Ledarskap som befrämjar empowerment bland sjuksköterskor
- Handledning
- Övning i mindfulness
- Kognitiv övning som en strategi för att motverka förtryck sjuksköterskor emellan

Ledarskap som befrämjar empowerment bland sjuksköterskor

Det framkom att vårdenhetschefers ledarstil har stor betydelse för sjuksköterskors välmående. En strategi som vårdenhetschefer kan använda sig av för att öka sjuksköterskornas välbefinnande är att organisera arbetet på avdelningen på ett sådant sätt att det verkar bemyndigande (på engelska empowerment) för de anställda (29,30). Hädanefter kommer engelskans empowerment att användas då det kan anses vara ett mer känt begrepp än svenskans bemyndigande.

En ledare inom hälso- och sjukvård kan befrämja empowerment genom att verka för att skapa strukturer som ger sjuksköterskor tillgång till information, resurser för att utföra arbetet, stöd och utvecklingsmöjligheter (29). Shirey (30) pekar också på, med stöd från en artikel i hennes litteratursammanställning, att dessa faktorer såväl som tillgång till makt i arbetet är viktiga för att sjuksköterskor ska känna mindre arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Vidare belyser Shirey (30) att socialt stöd från ledare och medarbetare är centralt för att positivt påverka sjuksköterskors känslor, copingförmåga och välmående. Laschinger et al. (29) visar tydligt på sambandet mellan de strukturer som befrämjar empowerment och sjuksköterskors känsla av självständighet, meningsfullhet med arbetet, kompetens och av att uppleva sig kunna utföra sitt arbete på ett effektivt sätt och kunna ha inverkan på arbetet och på arbetsmiljön. De upplevde då även en minskad känsla av arbetsbelastning och en ökad arbetstillfredsställelse. Shirey (30) fann också att det är av stor betydelsen för sjuksköterskor att bli betrodda/få förtroende i sitt arbete för att kunna känna empowerment.

Handledning

Det framkom att handledning kan se ut på olika sätt. De minsta gemensamma nämnarna bland de handledningsformer som här undersökts är dock: att sjuksköterskorna blev handledda av särskilt utbildade handledare under en bestämd tid och som de träffade kontinuerligt under en bestämd period (31-34). Det som bearbetades under handledningstillfällena var sjuksköterskornas tankar, känslor och reaktioner kring frågor som var relaterade till deras arbete (31-33).

Subjektiva upplevelser

Att känna stöd av en grupp

Vad som tydligt framträdde var att sjuksköterskor upplevde det som underlättande att få lyssna på andras erfarenheter för att kunna bearbeta egna känslor, tankar och reaktioner (31). Många hade tidigare upplevt att obearbetade känslor och upplevelser hade stulit energi från dem men när nu dessa problem fick komma upp i ljuset och belysas och bearbetas tillsammans med andra upplevdes det som väldigt avlastande (32).

” I och med att vi alla har klätt det i ord, många av de problem vi ställs inför, så har vi satt igång en tankeverksamhet när man har hört även andras versioner av vad man själv upplever” (32, s.6).

Att få ventilera sina känslor och att få avreagera sig upplevdes som en lättnad och som en möjlighet till återhämtning (31). Att veta att detta stannade i gruppen ledde till en känsla av trygghet och av att inte vara ensam. Gemenskapen ökade därmed, liksom närheten (32). Det framstod också som viktigt att träffas regelbundet i gruppen och under strukturerade former samt att få känna sig accepterad och förstådd av de andra deltagarna (31).

Handledning upplevdes leda till ökad tolerans gentemot varandra, mer acceptans för olikheter i sätt att tänka och agera och mer flexibilitet i utövandet av yrket vilket i sin tur bidrog till ett mer öppet och avslappnat klimat gentemot personal och patienter. Det ledde också till större förståelse mellan sjuksköterskorna, ett mer stödjande klimat och större lyhördhet för varandra, vilket gynnade samarbetet och gemenskapen (32). Det framkom att bekräftelse och stöd från gruppen hade en stärkande effekt på självkänslan och yrkesidentiteten (31).

Att känna sig stärkt som person

Flera sjuksköterskor som erhöll handledning upplevde att de fick ökat mod och styrka att sätta gränser, både mot sina egna och andras krav utan att få dåligt samvete och skuldkänslor. De kände att de kunde dra ned kraven på sig själva och att det var lättare att prioritera sin tid på ett sätt som var bra för dem själva (32). Många tyckte att de genom handledningen lärde sig att i mindre grad ta med sig arbetet hem (31).

”Sedan får någon annan ta över... jag får inte dåligt samvete om jag inte hinner. Tidigare har man känt ett krav på sig. Det tror jag handledningen har hjälpt mig med att se skillnaden, vilka krav som ställs på oss” (32, s. 7).

Flera av de handledda sjuksköterskorna uppgav att deras självbild förändrades genom handledningen. De accepterade i större grad egna behov och begränsningar istället för att känna sig otillräckliga. De trodde också mer på sitt eget kunnande och kunde lättare visa och använda sig av det. Denna tilltro till sig själva och sin egen kunskap gjorde att de kände sig mer tagna på allvar av andra och mer respekterade. Sammantaget ledde detta till en ökad självkänsla (32).

Att känna sig stärkt i sin yrkesroll

Genom att få ta fram och reflektera över upplevelser och känslor tillsammans kände många sjuksköterskor att gemenskapen stärkte dem i deras yrkesidentitet vilket ledde till en ökad tydlighet i yrkesutövningen. En stärkt yrkesidentitet innebar även en ökad självkänsla hos varje enskild sjuksköterska. Förmågan att lösa problem ökade efter hand då man fick en ökad lyhörddhet och ett större mod. Många vågade tack vare det stärkta självförtroendet ifrågasätta mer, vara mer kritiska till saker och sänka kraven på sig själva. Då det blev tydligt att situationer kan hanteras på flera sätt kände sig många stärkta i sitt yrkesutövande (32). Något som framstod som viktigt var att alla i handledningsgruppen var sjuksköterskor, det vill säga att alla arbetade inom samma profession och mer eller mindre var i samma situationer och att de därmed på ett medvetet sätt kunde diskutera sjuksköterskerollen (31).

”Jag har ju fått en annan känsla för vad jag, var min profession ligger någonstans, vad jag kan och vad jag kan ta tag i ...” (31, s.34).

Genom handledningen erfor många att deras förmåga att avgränsa sig och att strukturera sitt arbete ökade, vilket allmänt sett ledde till en ökad känsla av kontroll över arbetsituationen. Då medvetenheten och självkänslan ökade tack vare handledningen blev det lättare för många sjuksköterskor att kunna se och göra tydligare avgränsningar till andra yrkesgrupper. Detta minskade deras känsla av utmattning (31).

”Det är det här med gränser, att man blir stärkt i det, tycker jag, för att rädda mig, att inte jag blir utbränd” (31, s.34).

Att känna en större kontroll över sin arbetsituation visade sig ha en positiv effekt på många sjuksköterskors förmåga att hantera stress (31). Elmcrone och Kilebrand-Winroth (32) tar i sin diskussion upp att det finns ett samband mellan en stark yrkesidentitet, som bygger på en medvetenhet om de egna resurserna och begränsningarna, och minskad stress.

”Men jag känner inte någon jättestark mental press längre som jag gjorde förut, då man trodde man skulle lösa alla problem. Utan den här vanliga stressen som man har, men inte den här mentala som man nästan inte vet var man ska ta vägen, för vad man än gör är ingenting bra” (31, s.34).

Teasdale et al. (33) fann dock inget starkt stöd för att handledning i sig var tillräckligt för att hjälpa sjuksköterskor att hantera svåra situationer i deras yrkesvardag. Många vände sig enligt dem likaväl till kollegor för att få stöd i den specifika situationen. Det viktiga visade sig inte vara huruvida stödet kom från handledning eller från ett mer informellt kollegialt nätverk, utan hur pass bra kvalitet stödet hade – det vill säga hur bra det svarade an på deras behov av att få förståelse för deras situation och deras känslor samt på hur anpassat det var för deras specifika hjälpbehov vid det aktuella tillfället. Alla i den här studien hade dock inte handledning i grupp.

Objektiva effekter

Bégat et al. (34) kunde tydligt se att sjuksköterskor som erhöll klinisk handledning uppvisade färre tecken på fysiska stressymtom och oro samt färre känslor av att inte ha kontroll. Författarna såg en tydlig skillnad mellan sjuksköterskor som fått handledning och de som inte hade fått det, där de handledda sjuksköterskorna uppvisade bättre välmående än de icke-handledda. De drar dock i sin diskussion slutsatsen att de inte säkert kan rekommendera ledare att erbjuda sina anställda handledning eftersom de menar att det inte finns några studier som visar på de ekonomiska vinsterna i relation till vad handledning kostar (34).

Teasdale et al. (33) fann att det inte gick att se någon markant skillnad för att klinisk handledning skulle ha en skyddande effekt mot utbrändhet. Däremot fann de att klinisk handledning generellt sett ledde till en starkare upplevelse av att känna stöd på arbetsplatsen. De sjuksköterskor som framförallt upplevde att handledningen var ett stöd var de som var anställda på sjukhus, de som hade lägre befattningar samt de som hade en handledare som inte var en kollega. Författarna diskuterar att det verkar vara av större vikt att erbjuda klinisk handledning till yngre och mer nyutexaminerade sjuksköterskor än till äldre och mer erfarna. De anser dock att den sistnämnda gruppen också är i behov av stödjande insatser men att klinisk handledning kanske inte är utformad specifikt för deras behov och att utformningen av stödjande insatser för mer rutinerade sjuksköterskor verkligen är ett föremål för vidare forskning.

Mindfulnesssträning

Begreppet mindfulness innebär att försöka vara helt närvarande i sina upplevelser utan att göra motstånd till att känslor och tankar kommer upp och att förhålla sig på ett icke dömande sätt mot det som uppenbarar sig (35-37). De studier som granskades utgick från program som löpte under åtta (36,37) respektive fyra (35) veckor då deltagarna och ledaren möttes en gång per vecka. I den ena studien (36) åkte deltagarna dessutom på en retreat en dag under sex timmar. Deltagarna i samtliga studier rekommenderades att göra tekniker hemma som läxa med hjälp av en cd-skiva. Gruppträffarna bestod både av en teoridel och en övningsdel. Teoridelen innehöll olika teman som t.ex. kommunikationsfärdigheter, att hantera stress, att sätta gränser och att bli mer medveten om sitt automatiska reaktionsmönster. Övningsdelen innebar att deltagarna fick träna sig på att integrera teorin i sig själva och i sitt handlande (35-37).

Filosofin bakom mindfulness bygger på vikten av att utveckla känslighet, förståelse, gemenskap samt medvetenhet om sig själv och andra (35). Mackenzie et al. (35) drar slutsatsen att denna filosofi passar väl att använda sig av bland t.ex. sjuksköterskor då filosofin hos mindfulness överensstämmer med många kärnbegrepp inom omvårdnad.

Cohen-Katz et al. (36) konstaterar i sin diskussion att mindfulnesssträning har störst kraft att påverka till att förhindra utmattning om metoden lärs ut samtidigt som ett arbete på organisationsnivå görs för att förbättra arbetsmiljön/situationen, det vill säga metoder att påverka individen måste åtföljas av organisationspåverkan och organisationsförändringar för att bli kraftfulla instrument. Dessutom drar de slutsatsen att mindfulnesssträning bör vara en pågående process som löper över lång tid och att deltagarna måste få mycket stöd

och uppmuntran för att den ska ha god effekt och göra bestående förändring, då träningen kräver stor disciplin och ihärdighet (36).

Subjektiva upplevelser

Att bli stärkt i sig själv

Sjuksköterskor som deltog i programmet upplevde att de i och med träningen utvecklade en större acceptans för sig själva och för sina tankar och känslor. De flesta kunde också ta sig själva på större allvar och hade lättare att erkänna sina egna behov. När deltagarna gjort denna upptäckt utvecklade många också en större kapacitet att ta hand om sig själva, att lyssna till sina egna behov och att dessutom kommunicera dessa till andra. De kunde också känna en större självsäkerhet samt en förmåga att sänka kraven på sig själva. Det blev lättare att prioritera sin tid för flera sjuksköterskor, både hemma och på arbetet. En del kunde också känna en större tillit till sig själva i sitt arbete (37).

Att förbättra sina relationer

Flera tyckte att det var helande att lyssna på de andra deltagarnas berättelser och att de därmed kunde känna samhörighet med de andra i gruppen.

”By listening to others tonight, I realized I’m not so different” (37, s. 82).

Det togs upp att det blev lättare att kommunicera på ett tillfredställande sätt med andra genom att de lärde sig att lättare uttrycka sina egna behov. Känslan av att vara närvarande i relation till andra utan att direkt reagera och försvara sig var något flera uttryckte som en vinst, att kunna stå utanför och ha distans till andras reaktioner. En sjuksköterska uttryckte att hon kände mindre behov av att skvallra om andra då hon inte längre lika lätt blev upprörd. Att vara själsligt närvarande, både på jobbet och hemma, i relation till andra uppgav flera att de blivit bättre på och de upplevde även att de kunde fokusera mer än tidigare på dem som de hade att göra med. Även ökad empati och uppskattning av andra uppstod hos flera (37).

Att känna sig mer avspänd

Flera uppgav att de i och med träningen kände sig mer avspända och kunde göra saker i ett lugnare tempo. Ökat tålamod, lugn och avspändhet var fördelar som rapporterades även flera veckor efter programmet. Många upplevde sig även lättare kunna vara närvarande i det som sker här och nu (37).

Objektiva effekter

Utifrån undersökningar där effekten av mindfulnesssträning kunde mätas framkom att mindfulnesssträning är effektiv för att minska emotionell utmattning (35,36). Cohen–Katz et al. (36) tar i sina slutsatser upp att annan aktuell forskning visar att emotionell utmattning ofta är ett förstadium till utbrändhet. Dessutom kan mindfulnesssträning leda till en större tillfredsställelse med livet och till en större känsla av avspändhet (35). Sjuksköterskor visade sig även känna mer närvaro i nuet, mer acceptans gentemot att låta känslor och tankar att komma upp och större förmåga att inte döma dessa efter att ha deltagit i mindfulnessprogrammet (36).

Mindfulnesssträning och genus

Cohen-Katz et al. (37) diskuterar att mindfulnesssträning är mycket viktig för sjuksköterskor då ett flertal är kvinnor som kan tänkas uppleva mycket stress i balanserandet av arbete och familj, med bland annat barn och kanske åldrande föräldrar som kräver omsorg.

Kognitiv övning som en strategi för att motverka förtryck sjuksköterskor emellan

”Kognitiv övning” härstammar från kognitiv beteendeterapi (38). Kortfattat går den här tekniken ut på att lära individer att stanna upp och reflektera kring en situation innan de reagerar. Som hjälp för att lära sig att anta nya sätt att reagera på anses det inom den kognitiva beteendeterapin att klienterna kan behöva få lyssna på eller läsa om mer konstruktiva reaktionssätt som de kan använda sig av i problematiska situationer. Tanken med ”Kognitiv övning” är att deltagarna ska lära sig att medvetet välja att inte svara så som de automatiskt brukar i vissa situationer, utan att tillåta sig att ta tid till att tänka ut en lämplig respons med hjälp av de nya tankar som de har tagit in och att därigenom lyckas förändra sitt sätt att handskas med omvärlden. Griffins (38) intention med att applicera ”Kognitiv övning” i ett sjuksköterskesammanhang var att undersöka huruvida medvetandehöjning kring mekanismerna bakom lateralt förtryck samt praktiska tips skulle kunna hjälpa sjuksköterskor att inte ta åt sig personligen och att undvika att bli yrkesmässigt och personligt skadade av de effekter som lateralt förtryck kan orsaka.

Interventionen som Griffin (38) genomförde bestod mer exakt av en två-timmars genomgång där deltagarna dels fick lyssna på ett föredrag om lateralt förtryck bland sjuksköterskor, dels fick öva på att bemöta tio av de vanligaste formerna av detta förtryck. Som stöd i övningen och inför framtiden erhöll deltagarna två kort (så kallade ”cuing cards”) med dels anvisningar om hur lateralt förtryck kan bemötas och dels påminnelser om vad som kan ses som önskvärda beteenden hos professionella sjuksköterskor.

Större beredskap att bemöta lateralt förtryck

En majoritet av undersökningsgruppen svarade att de efter presentationen av Griffins metod (38) hade haft förmågan att bemöta de former av lateralt förtryck som de under tiden som nyfärdiga sjuksköterskor hade råkat ut för. De flesta menade dock att det inte

hade varit lätt att bemöta det och att det även inneburit att de fått upp starka känslor. Huruvida korten med tipsen på sätt att svara på lateralt förtryck hade varit till hjälp eller inte så svarade samtliga att det hade de varit, men inte som något som de där och då i stunden tog fram och tittade på utan snarare genom att det som stod på korten hade gett dem information och förståelse som de kom ihåg och som de tyckte att de kunde använda sig av. Det som korten framförallt hjälpte dem att komma ihåg var att lateralt förtryck som sådant existerar. De flesta uppgav att det som i de kritiska situationerna framförallt var till hjälp var att de kom ihåg föreläsningen och de praktiska övningarna som hölls i samband med introduktionen till undersökningen. En klar majoritet uppgav att korten hade fått dem att känna sig stärkta och mer trygga (38).

Fortsatt utveckling i sin yrkesroll

På frågan om deltagarna upplevde att lateralt förtryck hade hindrat dem från att våga ställa frågor och att utvecklas i yrket så svarade de flesta av dem som hade varit utsatta för den här typen av förtryck, men som hade bemött det, att de inte hade känt sig hindrade i sin kunskapsutveckling. Fyra stycken svarade dock att de upplevde att de var tvungna att tassa på tå och att de ibland var rädda för att ställa frågor. Dessa fyra sjuksköterskor var också de enda som svarade att de hade funderat på att säga upp sig under året och de bytte också så småningom arbetsplats (38).

Det laterala förtryckets upphörande

De sjuksköterskor som hade utsatt de nyfärdiga sjuksköterskorna för det laterala förtrycket reagerade olika på att deras beteende blev uppmärksammat, ett flertal bad om ursäkt men vissa gjorde det inte. Samtliga deltagare som med hjälp av ”Kognitiv övning” hade börjat bemöta olika former av lateralt förtryck upplevde dock att förtrycket i slutändan upphörde. En övervägande majoritet föreslog att inför framtiden utbilda samtliga sjuksköterskor på sjukhuset om lateralt förtryck. De flesta ansåg också att man borde ta itu med de interpersonella konflikterna som finns mellan läkare och sjuksköterskor och mellan sjuksköterskor och undersköterskor/ vårdbiträden (38).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Många olika artikelsökningar gjordes med sökord i olika kombinationer relaterade till uppsatsens syfte. Då det slutliga syftet inte stod klart förrän ganska sent i processen gjordes även vissa sökningar sent. Trots att sökordskombinationerna med tiden specificerades, var det svårt att finna artiklar som helt stämde överens med uppsatsens syfte. Till exempel handlade många artiklar som i rubriken hade med ord som "supervision" eller "empowerment", i relation till sjuksköterskor, snarare om varför supervision eller empowerment behövs än vilka effekter dessa strategier har. Togs effekter upp var dessa ofta inriktade på i vilken mån dessa strategier var till gagn för patienter, för sjuksköterskors arbetseffektivitet eller för att förmå sjuksköterskor att stanna kvar i yrket (det sistnämnda verkar vara ett stort problem i USA då det togs upp i många artiklar därifrån). Något som visade sig vara fruktlöst var att utifrån uppsatsens syfte finna artiklar med genusperspektiv där kvinnor var i fokus. Ett kriterium för att artiklarna ändå skulle tas med var att majoriteten av deltagarna, i de fall kön angavs, skulle vara kvinnor. I alla artiklar beskrevs dock inte vilket kön deltagarna hade. En förklaring till detta skulle kunna vara att forskarna i dessa fall har uteslutit att uppmärksamma läsaren om denna variabel då de antingen inte ansåg det vara viktigt eller att författarna tog för givet att de flesta sjuksköterskor är kvinnor. I de artiklar där deltagarnas kön dock angavs var i samtliga fall, utom i artikeln av Laschinger et al. (29), en klar majoritet kvinnor.

Då målet var att finna aktuella strategier begränsades sökningarna till tio år tillbaka. Två av artiklarna kom från Sverige (31,32), en från Norge (34), en från Storbritannien (33), två från Kanada (29,35) och fyra kom från USA (30,36-38). Med tanke på genusaspekten valdes medvetet att bara ta med artiklar från länder i västvärlden då vår förförståelse säger oss att könsrollerna och därmed kraven på kvinnor ser liknande ut i dessa länder. Däremot kan det finnas skillnader i exakt vad sjuksköterskerollen rymmer i de olika länderna. Detta berörs dock inte närmare här då det hade krävt mer tid än den som stod till förfogande.

När artiklarna granskades enligt checklistorna framkom flera metodologiska svagheter. En av artiklarna (34) som tog upp handledning definierade inte tydligt vad handledning innebar. Därmed kan alltså inte utläsas exakt vad strategin bestod av i det fallet. Denna studie hade även ett litet urval. En annan studie (33) menade med handledning både individuell och gruppbaserad sådan. Författarna redovisade inte dessa grupper separat men gav ändå ett samlat omdöme som om det handlade om en enhetlig strategi. Detta kan ses som en stor svaghet. Dessa artiklar inkluderades ändå, trots sina svagheter, i studien då de visade på handlednings effekt för sjuksköterskors välmående. Om uppsatsen skulle göras igen, med den större erfarenhet och kunskap som vunnits, skulle antagligen dessa artiklar inte ha inkluderats.

Två kvantitativa artiklar om mindfulness (35,36) uppvisade svagheter i form av små urvalsgrupper. Artikeln av Cohen et al. (37) upplevdes som relativt otydlig beträffande sitt upplägg, vilket gör att det är svårt att helt bedöma dess metodologi. Då artikeln är kvalitativ visar den dock i sitt resultat tydligt på subjektiva upplevelser av mindfulnesssträning men det blir svårt att avgöra exakt hur författarna har kommit fram till resultatet. Vidare, vad gäller syftet i artikeln (37), skulle det ha kunnat vara tydligare uttryckt. Dessutom var antalet referenser mycket begränsat, endast fem stycken. En annan

svaghet som blir tydlig är att inte samtliga deltagare i studierna om mindfulness (35-37) var sjuksköterskor. Vissa, om än inte särskilt många, hade andra professioner. Ett kriterium för att få vara med i dessa studier var dock att deltagarna skulle ha en arbetssituation som innebar mycket patientkontakt. Trots svagheter i dessa artiklar fanns intresse av att ha dem med i litteraturstudien då det framstod som viktigare att belysa ytterligare en strategi än att samtliga studier skulle vara metodologiskt felfria. Det resultat som framkommit ur artiklarna om mindfulness är inte generaliserbart men det belyser intressanta aspekter av hur mindfulnessmetoden kan inverka på sjuksköterskors psykiska hälsa.

I Griffins (38) artikel om kognitiv övning för att medvetandegöra och motverka lateralt förtryck går det att finna vissa metodologiska svagheter. En aspekt som kan tas upp är huruvida det verkligen går att få individuella och ärliga svar genom gruppdiskussioner som är videofilmade. Denna metod kan ha haft inverkan på att resultatet blev så pass samstämmigt, något som kan ses som anmärkningsvärt då interventionen endast bestod i en två timmars introduktion och utdelning av de så kallade hjärnkorterna. Det kan eventuellt också vara tvivelaktigt ur ett etiskt perspektiv att använda sig av videofilmning istället för enbart ljudupptagning i de fall detta inte är nödvändigt. Det som i det här fallet skulle fångas upp var inte kroppsspråk och mimik utan tankar och erfarenheter. Att bli videofilmad skulle kunna upplevas som mer hämmande än att få enbart sin röst inspelad. Studien (38) hade inte heller godkänts av en etisk kommitté. Trots dess metodologiska svagheter har den ändå ett berättigande i litteraturstudien eftersom det är mycket intressant och önskvärt att någon gör en ansats för att försöka motverka den här typen av förtryck. Fler studier av det här slaget efterfrågas.

En induktiv metod har använts för att läsa och analysera de artiklar som inkluderats i den här litteraturstudien. Detta för att ambitionen inte var att utgå från på förhand bestämda omvårdnadsbegrepp. Istället strävades efter att utgå ifrån artiklarna och att utifrån läsningen av dessa skapa koder och kategorier för att sedan koppla dessa kategorier till Carpers teori om personlig kunskap. Då uppsatsens syfte var att finna strategier föll det sig logiskt att de strategier som fanns också fick utgöra huvudkategorierna. Detta kan ses som en styrka i den här litteraturgenomgångens metod eftersom resultatet följer en inre tydlig logik som blir lätt för läsaren att följa. En svaghet är att inte fler starkare kvantitativa artiklar gick att finna, varför resultatet inte är särskilt generaliserbart. Det bygger istället i högre grad på subjektiva upplevelser, något som dock också är relevant att lyfta fram. En svaghet är också att inte några artiklar med ett genusperspektiv med fokus på kvinnor har gått att finna. Detta har gjort att kopplingar ur detta perspektiv i högre grad har gjorts i resultatdiskussionen istället för genom en granskning av andras vetenskapliga fynd på det här området.

Resultatdiskussion

Utifrån resultatet framstår det tydligt att ledarskap har en stor inverkan på det psykiska välmåendet hos sjuksköterskor (29,30). Detta ger implikationer för ledare inom vårdorganisationen att utveckla en ledarstil som främjar och utvecklar sjuksköterskors deltagande i beslutsfattande, deras upplevelse av självständighet och meningsfullhet med jobbet samt att visa tilltro till de anställdas kompetens. Dessa faktorer har visat sig vara viktiga komponenter i sjuksköterskors arbetstillfredsställelse och känsla av empowerment (29,30). Här kan en koppling göras till Maslach och Leiter (12) som menar att känslan av

att inte ha kontroll och inflytande över sitt arbete kan vara en komponent i att människor drabbas av utmattningssyndrom.

Hur ska då ledare inom vårdorganisationen förmås att börja arbeta på detta sätt? Det som framkommit i resultatet är ingen färdig modell som kan sättas i händerna på ledare. Det vore dock intressant att ta reda på om detta finns utvecklat och om så inte är fallet, att forskning gjordes på detta område. Det vore också intressant och önskvärt att vidare undersöka vilka hinder/möjligheter det finns i dagens vårdorganisation för empowerment av sjuksköterskor.

Något som inte är önskvärt är att ålägga endast vårdenhetschefer uppgiften att bemyndiga sjuksköterskor. Som Holmquist (20) skriver är numera många chefer på mellanchefernivå inom offentlig sektor kvinnor. Det kan antas att de kvinnliga vårdenhetscheferna därmed också är påverkade av de sociala normer som påverkar många kvinnor att pressa sig till att vara duktiga och ansvarskännande utan att klaga, något som lätt kan leda till känslor av otillräcklighet. Dessutom innebär vårdenhetschefens roll i sig en problematisk mellanposition i vårdorganisationen. Detta eftersom mellancheferns roll, som Holmquist (20) skriver, i egentlig mening har förlorat sin ekonomiska makt bortsett från ansvaret för att se till att budgeten hålls samtidigt som den innebär ett ansvar för att utveckla verksamheten. Det här kan ses som uppgifter som är svåra att förena och som ytterligare kan bädda för känslor av otillräcklighet. Ansvaret för att utveckla vårdorganisationen i riktning mot att bemyndiga sjuksköterskor bör därför inte enbart ligga på vårdenhetschefernas bord. För att kunna satsa på hälsoförebyggande åtgärder för vårdpersonal krävs också en vilja från de i organisationen som har ekonomisk makt. Även politiska beslut spelar här stor roll. Kanske behöver även vårdenhetschefers position ses över, måhända behöver de återfå viss ekonomisk makt. Dessutom kan även vårdenhetschefer vara i behov av stödjande åtgärder.

Vad gäller de hälsobevarande insatser som idag görs på många arbetsplatser tycks en trend i samhället vara att satsa på punktinsatser. Precis som Cohen (36) menar kan det dock behövas mer fortlöpande insatser. Dessa insatser bör göras på arbetstid för att inte inkräkta på fritiden. Det sistnämnda kan vara viktigt särskilt för att kvinnor, som det ser ut idag, ska kunna delta då dessa ofta har en stor arbetsbörda även i privatlivet (9,11,37) och därför kan ha svårt att avsätta tid. Som Lindgren (18) skriver är honnörsord i samhället idag kvalitetssäkring och effektivitet. Ur detta perspektiv kan det också vara klokt med långsiktigt hälsofrämjande insatser.

Detta med att rikta åtgärder från organisationens sida för att bemyndiga sjuksköterskor, som till exempel att öka deras inflytande och självständighet, är förvisso bra men som Lindgren (18) påpekar kan sjuksköterskor också vara i behov av mer stöd och sammanhållning inom sjuksköterskegruppen. Resultatet visar på att framförallt handledning men också i viss mån mindfulnesssträning kan vara viktiga strategier för att öka gemenskapen och stödet inom sjuksköterskekollektivet (31,32,37). Att vara i grupp verkade vara av stor betydelse i handledningsprocessen (31,32). Utifrån studien av Teasdale et al. (33) kan slutsatsen att det förhåller sig så dock inte dras. I denna studie visade dessutom resultatet att handledning överhuvudtaget inte var särskilt effektivt som en stödjande åtgärd för sjuksköterskor (förutom till viss del för yngre sjuksköterskor). Denna studie (33) är dock inte helt jämförbar med de andra studierna om handledning då en lika stor del av informanterna i den här undersökningen fick individuell handledning som handledning i grupp. Detta kan ha haft stor inverkan på artikelns (33) resultat då det i

de kvalitativa studierna (31,32) framkom att grupprocessen var väldigt viktig för det upplevda stödet av handledning. Maslach och Leiter (12) menar också att det är viktigt att känna gemenskap på arbetsplatsen och att få stöd från arbetskamrater för att bevara psykisk hälsa.

Bégat et al. (34) kunde se att sjuksköterskor som fått handledning uppvisade större välbefinnande än icke handledda sjuksköterskor. Ändå upplever författarna att de inte kan rekommendera handledning ur ett ekonomiskt lönsamhetsperspektiv, då de menar att forskning på det området saknas. Det borde dock räcka att studier visar på sjuksköterskors ökade välmående i samband med handledning som en implikation för att använda sig av denna metod. Det är beklagligt att ekonomisk lönsamhet på en organisationsnivå så ofta får gå före de anställdas välbefinnande, som kan ses som ett egenvärde i sig. Sannolikt innebär också en välmående personal en ekonomisk vinst på längre sikt.

I övrigt vad gäller jämförbarheten av studierna om handledning så stämmer resultaten väl överens i Elmcronas och Kilebrand Winroths (32) och Ohlssons och Arvidssons (31) artiklar. Samstämmigheten kan förklaras genom att handledningen verkade vara upplagd på samma sätt i de båda studierna, både avseende längd på träffarna, regelbundenheten (sammankomsterna skedde varannan vecka), total längd på handledningsperioden, att handledningen bedrevs i grupp samt att antalet gruppdeltagare var i princip lika stort. Det var också tydligt beskrivet att ledarna i de här grupperna hade särskilda handledarutbildningar.

I de kvalitativa artiklarna (31,32) visar resultatet att handledning hjälpte många sjuksköterskor att få en tydligare yrkesroll. Som Davies (16) skriver så är sjuksköterskerollen av tradition inte alltid helt tydlig, något som kan vara en av orsakerna till stress hos många sjuksköterskor. En stark yrkesidentitet hos sjuksköterskor skulle kunna leda till minskad stress då en starkt sådan kan innebära en ökad medvetenhet hos sjuksköterskan om sitt eget kunnande och om sina begränsningar. Därmed kan antas att det borde bli lättare för sjuksköterskor att sätta gränser, både mot sig själva och mot sin omgivning.

En idé som under arbetets gång har kommit upp är att erbjuda handledning med olika teman för olika tillfällen. En sådan handledning skulle bland annat kunna beröra teori kring lateralt förtryck, könsroller samt sjukvårdens organisation och innebära att sjuksköterskors erfarenheter av detta fick lyftas fram. Som Fletcher (22) också menar är det viktigt att sjuksköterskor tillsammans reflekterar och blir medvetna om sin situation. På så sätt lyfts sjuksköterskors erfarenheter från en personlig nivå till en politisk, vilket gör det tydligt att många av de problem som sjuksköterskor kan erfara har historiska och politiska rötter. Detta kan också möjliggöra för sjuksköterskor att anta mer stöttande förhållningssätt gentemot varandra. Dessutom, som Lindgren (18) såg, talade många sjuksköterskor om sina maktlöshetskänslor mer i relation till personliga tillkortakommanden än till den politik som påverkar vårdorganisationen. Genom att ha en handledning av det här slaget skulle antagligen många sjuksköterskor kunna avlastas från känslor av skuld och otillräcklighet. Det är viktigt, precis som Roberts (21) skriver, att betona för sjuksköterskor att grundproblemet inte ligger hos dem utan i de förtryckande maktstrukturerna i vårdorganisationen och samhället. Att tillsammans skapa en medvetenhet kring detta är en förutsättning för att kunna förändra vårdorganisationens struktur och för att sjuksköterskors situation ska kunna förbättras.

Vidare, vad gäller lateralt förtryck som ett beteende som är vanligt bland förtryckta grupper, kan det förmodas att den här typen av förtryck inte kommer att upphöra såvida inte en medveten insats görs för att förklara förtryckets mekanismer för dem som är berörda av det. Det är även viktigt med utbildning av ledare om lateralt förtryck, för att de ska inse vikten av insatser mot detta fenomen.

Griffins (38) intervention mot lateralt förtryck skulle kunna vara en bra metod för att synliggöra och motverka lateralt förtryck inom sjuksköterskegruppen. Det är dock svårt att säga hur säkert resultatet i den studien är eftersom det finns vissa tveksamheter i deras sätt att följa upp undersökningsdeltagarnas upplevelser av interventionen. Uppföljningen gjordes genom att videofilma deltagarna när de i grupp diskuterade uppföljningsfrågorna. Dels kan det ifrågasättas hur pass säkra individuella och ärliga svar som går att få fram genom att lyssna på en gruppdiskussion när frågorna i sig är väldigt individuellt ställda. Dels skulle det kunna upplevas som särskilt utsatt att bli videofilmad när så pass personliga frågor ska besvaras, vilket skulle kunna hindra människor från att uttrycka sig fritt. Vad litteratur säger om detta har dock inte undersökts närmare. Resultatet av Griffins (38) intervention var hur som helst mycket positivt. Detta trots att interventionen bara bestod av två timmars genomgång för att sedan, ett år senare, följa upp deltagarnas upplevelser. Det positiva resultatet kan antingen bero på de metodologiska svagheter i studien eller att strategin faktiskt är mycket bra. Oavsett vad är det mycket positivt att en intervention för att medvetandegöra om och motverka den här formen av förtryck har gjorts.

Då den andra delen av uppsatsens syfte består i att undersöka huruvida någon forskning har gjorts ur ett genusperspektiv med fokus på kvinnor angående strategier för att bevara sjuksköterskors psykiska hälsa, var ambitionen att finna svar på detta i artiklarna. De enda som tydligt påtalade vikten av stresshanteringsmetoder för kvinnliga sjuksköterskor var Cohen–Katz et al. (37). I det här arbetets bakgrund beskrivs de sociala normer som inverkar på kvinnors liv och som bland annat innebär att många kvinnor ofta har svårt att sätta gränser, har låg självkänsla, har höga krav på sig själva, känner sig otillräckliga och därmed ofta kan känna skuld och skam (25-27). I resultatdelen går det tydligt att se att många av dessa känslor kan minska och bli mer hanterbara genom handledning och mindfulnesssträning. Även den kognitiva övningen för att minska lateralt förtryck kan antas ge en ökad förmåga för sjuksköterskor att sätta gränser genom att metoden kan förmodas hjälpa dessa att inte internalisera negativa bilder av sig själva och att inte ta åt sig personligen av andras förtryckande beteenden.

Som Ferguson (24) skriver består den ”generaliserade andre” inte av en enhetlig uppsättning normer och värderingar. Därmed finns alltså möjligheten för kvinnor att påverkas av andra ideal än de mest dominerande. Både mindfulnesssträning och den handledning som hölls i grupp verkade ha den inverkan på sjuksköterskorna att de genom att uttala egna och lyssna på andras erfarenheter, tankar och känslor fick möjlighet att få en annan syn på sig själva och sin situation. Det kan dock tilläggas att det inte alltid är helt lätt för en människa att börja ta till sig av nya tankar och känslor. De nya känslorna och tankarna kan förmodligen verka hotande för en människas självbild och identitet om de skiljer sig mycket från de normer hon/han har styrts av tidigare. För att underlätta mötet med nya tankar och idéer kan det behövas ett tillåtande sammanhang som kan erbjuda stöd i den personliga utvecklingen. Av det som går att utläsa ur resultatet verkar handledning och mindfulnesssträning kunna innebära ett sådant stöd. Den kognitiva

övningen verkade också erbjuda en möjlighet att förhålla sig till sig själv och andra på ett nytt sätt, men det kollektiva stödet hade kunnat utvecklas mer.

Carper (28) menar att det som är viktigt för sjuksköterskors professionella växt bland annat är det kunskapsområde som hon kallar ”personlig kunskap” och som till stor del handlar om utvecklandet av självkännedom. Detta är ett område som enligt henne inte är helt lätt att lära ut. Självkännedom uppstår med största sannolikhet ur någon form av personlig process som inte kan läras ut teoretiskt. För att på ett bra sätt kunna möta och förhålla sig till andra och till sig själv menar Carper (28) att det är viktigt att ha en syn på människor som komplexa varelser som har en potential till ständig utveckling. Detta kräver en beredskap att bli medveten om och att släppa sina stereotypa bilder och förväntningar. Utifrån det här arbetets resultat går det att se att framförallt gruppbaserad handledning och mindfulnessövning men också i viss mån kognitiv övning kan hjälpa till i denna process. Gruppbaserad handledning visade sig till exempel kunna leda till större acceptans för olikheter i sätt att tänka och agera, mer flexibilitet i sättet att utöva yrket och därmed ett mer öppet klimat gentemot personal och patienter. Många av de handledda sjuksköterskorna uppgav också att deras självbild förändrades genom handledningen på så sätt att de i högre grad accepterade egna behov och begränsningar istället för att känna sig otillräckliga (32). Även många av de sjuksköterskor som deltog i mindfulnesssträning upplevde att de i och med träningen utvecklade en större acceptans för sig själva och för sina tankar och känslor (37). Även den kognitiva övningen kan antas ha haft en effekt på deltagarnas förhållningssätt till sig själva och andra. Mellan raderna går att läsa att sjuksköterskorna som deltog i interventionen upplevde sig hjälpta av den kognitiva övningen för att inte ta åt sig personligen när kollegor hade ett förtryckande beteende.

Det står klart att det finns strategier som kan stärka sjuksköterskors yrkesroll genom att stötta dem i att tydligare se sina gränser och sina behov samt att kommunicera dessa till andra. Dessa strategier har också mer eller mindre visat sig kunna minska känslor av stress och främja den psykiska hälsan hos denna yrkesgrupp. Därmed är en del av uppsatsens syfte uppnått. De kvantitativa studierna har till viss del gett ett mått på hur effektiva dessa strategier är, men det går inte att påstå att resultatet är generaliserbart då de här studierna inte håller metodologiskt för att hävda det. De kvalitativa studierna har bidragit med mycket information i form av subjektiva upplevelser som har fördjupat förståelsen för strategiernas inverkan på den psykiska hälsan hos sjuksköterskor. Vad gäller genusperspektivet finns dock stora brister. Som tidigare nämnts var det endast i en artikel som detta perspektiv togs upp, och då i relativt liten skala. Med hjälp av bakgrunden har dock tolkningar ur ett genusperspektiv kunnat göras och vissa slutsatser dras, vilket också redovisats här i diskussionsdelen.

Mycket mer forskning med ett genusperspektiv, med fokus på kvinnor, inom detta område efterlyses. Det är sorgligt att vårdorganisationen - som vi anser till stor del bygger på kvinnors känslor av skuld och otillräcklighet och därmed stora beredskap att alltid ställa upp - inte granskas och ifrågasätts mer. Därför kan det ses som en styrka i vårt arbete att genusperspektivet har lyfts fram som en viktig aspekt i sjuksköterskors vardag.

Slutsatser

Fyra strategier som kan hjälpa sjuksköterskor att bevara deras psykiska hälsa har framkommit: ledarskap som befrämjar empowerment bland sjuksköterskor, handledning, mindfulnesssträning samt kognitiv övning som en strategi för att motverka förtryck mellan sjuksköterskor. De subjektiva effekter som resultatet visar på belyser att sjuksköterskor genom dessa strategier bland annat upplever att de har fått en starkare självkänsla, fått lättare att se sina egna behov och att sätta gränser. Dessa effekter kan ses som positiva ur ett genusperspektiv eftersom den traditionella kvinnorollen ofta innebär ett större fokus på andras behov än på sina egna och svårigheter att sätta gränser. Även vissa objektiva effekter har kunnat mätas som stödjer att handledning, mindfulnesssträning och ledarskap som befrämjar empowerment kan vara effektiva metoder för att bevara sjuksköterskors psykiska välbefinnande. Det har visat sig att forskning på det här området med ett genusperspektiv, med fokus på kvinnor, tycks vara så gott som obefintlig. Forskning av det slaget vore önskvärd eftersom fler och fler kvinnor, som statistiken visar, uppenbarligen blir långtidssjukskrivna på grund av psykisk ohälsa och där en av de mest drabbade grupperna är just sjuksköterskor. Vi efterfrågar också mer diskussion och undervisning under utbildningen som syftar till att problematisera sjuksköterskerollen i relation till genus och som stödjer blivande sjuksköterskor att förhålla sig till sitt kommande yrke på ett sådant sätt att deras psykiska hälsa bevaras.

REFERENSER

1. Nationalencyklopedins hemsida, sökord: strategi.
http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O344483&i_word=strategi
Tillgänglig: 2007-04-27
2. Norstedts Svenska Ordbok. 1 uppl. Göteborg: Språkdata och Norstedts Ordbok; 2004.
3. Världshälsoorganisationen, WHO. <http://www.who.int/about/en/index.html>
Tillgänglig: 2007-04-27
4. Nationalencyklopedins hemsida, sökord: utmattningssyndrom.
http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=844110&i_word=utmattningssyndrom
Tillgänglig: 2007-04-27
5. Nationalencyklopedins hemsida, sökord: genus
http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=181336&i_word=genus
Tillgänglig: 2007-04-27
6. Nationalencyklopedins hemsida, sökord: kön
http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O224158&i_word=k%f6n
Tillgänglig: 2007-04-27
7. Långtidssjukskrivningar för psykisk sjukdom och utbrändhet – Vilka egenskaper och förhållanden är utmärkande för de drabbade? Riksförsäkringsverket, 2002.
(Rapport; 2002:4) <http://www.forsakringskassan.se/filer/publikationer/pdf/ana0204.pdf>
Tillgänglig: 2007-03-15.
8. Utmattningssyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa.
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/389587AF-9ECD-4338-B84F-8A94415F4D0C/1069/200312319.pdf> Tillgänglig: 2007-03-15
9. Hallsten L, Bellagh K och Gustafsson K. Utbrändhet i Sverige – en populationsstudie. Arbete och hälsa. Arbetslivsinstitutet, 2002 (2002:6).
<https://guoa.ub.gu.se/dspace/handle/2077/3677> Tillgänglig: 2007-03-15
10. Sveriges Kommuner och Landsting. Några fakta om sjukfrånvaron i landstingen och regionerna 2004. 2004.
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=1088&A=13868&FileID=74272&NAME=Fakta+om+sjukfr%E5nvaron+2004.doc> Tillgänglig: 2007-03-16
11. Hertzberg L. Undersköterskor sjukare än sjuksköterskor. Arbetsmiljö och hälsa för kommuner och landsting. <http://www.suntliv.nu/AFATemplates/Page.aspx?id=5831>
Tillgänglig: 2007-03-16
12. Maslach C, Leiter M P. Sanningen om utbrändhet. Hur jobbet förorsakar personlig stress och vad man kan göra åt det. Stockholm: Natur och Kultur; 1999.

13. Maslach C. The client role in staff burn-out. *J Social Issues* 1978; 34(4):111-124.
14. Björkman Å, Joneborg N, Klingberg Larsson S. Svenska Psykiatriska Föreningens Rapport: Stress och utmattningstillstånd.
<http://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Arbetsliv/Stress.pdf> Tillgänglig: 2007-03-19
15. Hallsten L, Utbränning - en processmodell, *Svensk rehabilitering*, 2001; (3): 26-35.
16. Davies C. *Gender and the professional predicament in nursing*. Buckingham: Open University Press; 1995.
17. Svensson R. *Samhälle, medicin, vård: en introduktion till medicinsk sociologi*. Lund: Studentlitteratur; 1993.
18. Lindgren G. *Klass, kön och kirurgi: relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber; 1999.
19. Lindgren G. *Doktorer, systrar och flickor: om informell makt*. Stockholm: Carlsson; 1992.
20. Holmquist C. *Den ömma bödeln*. SOU 1997:83.
<http://www.regeringen.se/content/1/c4/25/27/fc1f02fc.pdf> (s. 45-76)
Tillgänglig: 2006-12-01
21. Roberts S J. *Development of a Positive Professional Identity: Liberating Oneself from the Oppressor Within*. *Advances in Nursing Science* 2000; 22(4):71-82.
22. Fletcher K. *Beyond Dualism: Leading Out of Oppression*. *Nursing Forum* 2006; 41(2):50-59.
23. Holmberg C. *Det kallas kärlek: En socialpsykologisk studie om kvinnors underordning och mäns överordning bland unga jämställda par*. Göteborg: Anamma förlag; 2001.
24. Ferguson K E. *Self, Society, and Womankind: The Dialectic of Liberation*. Westport: Greenwood Press; 1980.
25. Chodorow N. *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. Berkeley: University of California Press; 1978.
26. Gilligan C. *Med kvinnors röst*. 1 uppl. Stockholm: Bokförlaget Prisma; 1993.
27. Bepko C, Krestan J-A. *Duktig flicka: Om konsten att räcka till - även för sig själv*. Stockholm: Natur och Kultur; 1993
28. Carper B A. *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*. *Advances in Nursing Science* 1978; 1(1):13-23.

29. Spence Laschinger H K, Finegan J, Shamian J. Promoting Nurses' Health: Effect of Empowerment on Job Strain And Work Satisfaction. *Nursing Economic\$* 2001; 19(2):42-52.
30. Shirey M R. Social Support in the Workplace: Nurse Leader Implications. *Nursing Economic\$* 2004; 22(6):313-319.
31. Ohlson E, Arvidsson B. Sjuksköterskors uppfattning av hur processorienterad omvårdnadshandledning kan befrämja deras psykiska hälsa. *Vård i Norden* 2005; 25(2):32-35.
32. Elmcrone M, Kilebrand Winroth M. Klinisk Handledning – Tio sjuksköterskors upplevelser av två års processorienterad handledning. *Vård i Norden* 1997; 17(3):4-9.
33. Teasdale K, Brocklehurst N, Thom N. Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33(2):216-224.
34. Begát I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of Nursing Management* 2005; 13(3):221-230.
35. Mackenzie C S, Poulin P A, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research* 2006; 19(2):105-109.
36. Cohen-Katz J, Wiley S D, Capuano T, Baker D M, Shapiro S. The effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout, Part II. *Holistic Nursing Practice* 2005; 19(1):26-35.
37. Cohen-Katz J, Wiley S D, Capuano T, Baker D M, Shapiro S. The effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout, Part III. *Holistic Nursing Practice* 2005; 19(2):78-86.
38. Griffin M. Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An intervention for newly licensed nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 2004; 35(6):257-263.

Tabell 1. Sökbeskrivning

| Datum | Databas | Begränsningar | Sökord | Antal träffar | Antal valda artiklar | Ref. nr. |
|--------------|----------------|---|---|----------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 07.03.30 | PubMed | Abstract + senaste 10 åren | prevention + burnout + nurses + work place | 71 | 1 | Nr.30 |
| 07.03.30 | Cinahl | Abstract available + Publ.Year:1996-2007 + Peer Reviewed + Research Article | nurses + preventing + stress | 20 | 2 | Nr.31 Nr.32 |
| 07.04.17 | Cinahl | Abstract available + Publ.Year:1996-2007 + Peer Reviewed + Research Article | stress-reduction + nurses | 17 | 3 | Nr.35 Nr.36 Nr.37 |
| 07.04.18 | Cinahl | Abstract available + Publ.Year:1996-2007 + Peer Reviewed + Research Article | nurses + promoting + job satisfaction | 16 | 1 | Nr.29 |
| 07.04.18 | Cinahl | Abstract available + Publ.Year:1996-2007 + Peer Reviewed + Research Article | support + clinical supervision + evaluation | 39 | 1 | Nr.33 |
| 07.04.18 | Cinahl | Abstract available + Publ.Year:1996-2007 + Peer Reviewed + Research Article | clinical nursing supervision + well-being | 1 | 1 | Nr.34 |
| 07.04.20 | Cinahl | Abstract available + Publ.Year:1996-2007 + Peer Reviewed + Research Article | oppressed group behavior | 16 | 1 | Nr.38 |

ARTIKELPRESENTATION

Ref.nr. 29

Titel: Promoting Nurses' Health: Effect of Empowerment on Job Strain And Work Satisfaction

Författare: Spence Laschinger H K, Finegan J, Shamian J.

Tidskrift: Nursing Economic\$

Tryckår: 2001

Syfte: Att testa en teoretisk modell för att mäta korrelationen mellan strukturell empowerment, psykologisk empowerment, sjuksköterskors upplevelse av arbetsbelastning samt deras upplevda arbetstillfredsställelse.

Metod: Kvantitativ studie

Undersökningsgrupp: 404 sjuksköterskor

Referenser: 60

Land: Kanada

Ref.nr. 30

Titel: Social Support in the Workplace: Nurse Leader Implications

Författare: Shirey M R.

Tidskrift: Nursing Economic\$

Tryckår: 2004

Syfte: Att få förståelse för hur stress i arbetsmiljön kan motverkas av olika modeller och strategier. Detta för att underlätta för vårdenhetschefer att hantera sin roll och för att göra vårdenhetschefens roll mer attraktiv.

Metod: Litteraturstudie

Referenser: 27

Land: USA

Ref.nr. 31

Titel: Sjuksköterskors uppfattning av hur processorienterad omvårdnadshandledning kan befrämja deras psykiska hälsa

Författare: Ohlson E, Arvidsson B.

Tidskrift: Vård i Norden

Tryckår: 2005

Syfte: Att beskriva sjuksköterskornas uppfattning av hur processorienterad handledning befrämjar deras psykiska hälsa.

Metod: Kvalitativ studie

Undersökningsgrupp: 12 sjuksköterskor

Referenser: 25

Land: Sverige

Ref.nr. 32

Titel: KliniskHandledning – Tio sjuksköterskors upplevelser av två års processorienterad handledning

Författare: Elmcrona M, Kilebrand Winroth M.

Tidskrift: Vård i Norden

Tryckår: 1997

Syfte: Att beskriva sjuksköterskornas upplevelser av två års processorienterad handledning.

Metod: Kvalitativ studie

Undersökningsgrupp: 10 sjuksköterskor

Referenser: 21

Land: Sverige

Ref.nr. 33

Titel: Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study

Författare: Teasdale K, Brocklehurst N, Thom N.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Tryckår: 2001

Syfte: Att undersöka vilken nytta klinisk handledning har för sjuksköterskor för att kunna hantera kritiska situationer/ händelser i det praktiska arbetet.

Att undersöka huruvida sjuksköterskor som erhåller klinisk handledning är mindre drabbade av utbrändhet än sjuksköterskor som inte får klinisk handledning.

Att undersöka huruvida sjuksköterskor som får klinisk handledning känner mer stöd på arbetsplatsen än sjuksköterskor som inte får klinisk handledning.

Metod: Den första frågeställningen undersöktes kvalitativt. De andra två frågeställningarna undersöktes kvantitativt.

Undersökningsgrupp: 211 sjuksköterskor

Referenser: 33

Land: Storbritannien

Ref.nr. 34

Titel: Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being – a Norwegian study

Författare: Begát I, Ellefsen B, Severinsson E.

Tidskrift: Journal of Nursing Management

Tryckår: 2005

Syfte: Att undersöka sjuksköterskors tillfredsställelse med deras psykosociala arbetsmiljö i relation till deras moraliska beredskap samt deras välmående i relation till om de erhöll klinisk handledning eller inte.

Metod: Kvantitativ studie

Undersökningsgrupp: 71 sjuksköterskor

Referenser: 45

Land: Norge

Ref.nr. 35

Titel: A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides

Författare: Mackenzie C S, Poulin P A, Seidman-Carlson R.

Tidskrift: Applied Nursing Research

Tryckår: 2006

Syfte: Att bidra med forskning om mindfulnesssträning för sjuksköterskor och annan omvårdnadspersonal.

Att beskriva och utvärdera effekten av en kortfattad version av det traditionella MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) programmet.

Metod: Kvantitativ studie

Undersökningsgrupp: 30 (18 sjuksköterskor och 12 övrig omvårdnadspersonal)

Referenser: 21

Land: Kanada

Ref.nr. 36

Titel: The effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout, Part II

Författare: Cohen-Katz J, Wiley S D, Capuano T, Baker D M, Shapiro S.

Tidskrift: Holistic Nursing Practice

Tryckår: 2005

Syfte: Att undersöka om mindfulnesssträning (Mindfulness Based Stress Reduction) minskar utbrändhet, psykisk stress och ökar själslig medvetenhet och uppmärksamhet.

Metod: Kvantitativ studie

Undersökningsgrupp: 25 (90% sjuksköterskor och 10% annan sjukhuspersonal med nära patientkontakt)

Referenser: 40

Land: USA

Ref.nr. 37

Titel: The effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Nurse Stress and Burnout, Part III

Författare: Cohen-Katz J, Wiley S D, Capuano T, Baker D M, Shapiro S.

Tidskrift: Holistic Nursing Practice

Tryckår: 2005

Syfte: Att undersöka hur mindfulnesssträning (Mindfulness Based Stress Reduction) kan vara användbar för att minska utbrändhet och stress

Metod: Kvalitativ studie

Undersökningsgrupp: 20 personer (Majoriteten sjuksköterskor)

Referenser: 5

Land: USA

Ref.nr. 38

Titel: Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An intervention for newly licensed nurses

Författare: Griffin M.

Tidskrift: The Journal of Continuing Education in Nursing

Tryckår: 2004

Syfte: Att erbjuda en teoretisk bas för undersökningsgruppen för att öka förståelsen för orsakerna till och uttrycken för lateralt förtryck bland sjuksköterskor.

Att identifiera och visa på nyfärdiga sjuksköterskors sårbarhet för detta förtryck.

Att erbjuda en förklaring av hur man kan använda sig av ”kognitiv övning” och kopplat till detta, förslag på hur man kan bemöta/ reagera på 10 av de vanligaste formerna av lateralt förtryck bland sjuksköterskor.

Metod: Kvalitativ studie

Undersökningsgrupp: 26 sjuksköterskor

Referenser: 28

Land: USA
