

Vårdande relation i dagliga möten

*En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom
och sjuksköterskor i medicinsk vård*

Linda Berg

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Göteborgs Universitet

Sahlgrenska Akademin

vid GÖTEBORGS UNIVERSITET

COPYRIGHT © Linda Berg

ISBN 13: 978-91-628-7002-7

ISBN 10: 91-628-7002-5

Printed in Sweden by Intellecta Docusys AB Västra Frölunda 2006

INNEHÅLL

| | |
|---|----|
| SAMMANFATTNING | 5 |
| ABSTRACT IN ENGLISH | 6 |
| FÖRORD | 7 |
| ORIGINALARTIKLAR | 8 |
| INLEDNING | 9 |
| BAKGRUND | 12 |
| Teoretiska utgångspunkter | 12 |
| <i>En vårdvetenskaplig syn på människan</i> | 12 |
| <i>Ett vårdande perspektiv</i> | 12 |
| <i>Vårdande relation</i> | 13 |
| <i>Långvarig sjukdom och hälsa</i> | 15 |
| Forskningsläget angående vårdande relation | 15 |
| Teoretiska studier | 16 |
| <i>Vårdmiljöns begränsningar, möjligheter och krav</i> | 16 |
| <i>Omvårdnad i relation till patientens situation</i> | 18 |
| Empiriska studier | 20 |
| <i>Sammanhang i vården upplevs begränsa vårdandet i en relation</i> | 20 |
| <i>Relationen som berikande och ansvarsfull</i> | 21 |
| <i>Betydelsen av en vårdande relation som grund för omvårdnaden</i> | 22 |
| <i>Sammanfattande reflektion</i> | 23 |
| PROBLEMPRECISERING | 25 |
| SYFTE | 26 |
| METOD | 27 |
| Tolkande fenomenologi | 27 |
| Deltagande observation och intervju | 29 |
| Område för studien | 30 |
| Urval av deltagare i studien | 31 |
| Insamling av data | 32 |
| Etiska ställningstaganden | 33 |
| Tolkning av data | 34 |

| | |
|--|----|
| Tillförlitlighet | 36 |
| RESULTAT | 38 |
| Artikel I: En tolkande fenomenologisk metod för belysning av innebörden i vårdande relation | 38 |
| Artikel II: Vårdande relation på en medicinsk mottagning: ett balanserande mellan sårbarhet och värdighet | 39 |
| Artikel III: Vårdande relation i ett sammanhang – fältarbete på en medicinsk vårdavdelning | 40 |
| Artikel IV: Patienters och sjuksköterskors upplevelser av den vårdande relationen på sjukhus - en medveten strävan efter trygghet | 41 |
| EN TOLKAD HELHETSFÖRSTÅELSE | 43 |
| REFLEKTION | 45 |
| Metodologiska reflektioner | 45 |
| Reflektion angående resultatet | 47 |
| <i>Frustration</i> | 48 |
| <i>Drivkraft</i> | 50 |
| <i>Ömsesidigt omsorgsfullt närmande</i> | 51 |
| Konklusion | 53 |
| SUMMARY IN ENGLISH | 54 |
| TACK | 59 |
| REFERENSER | 61 |
| Bilaga 1 Litteraturgenomgång av studiens problemområde | |
| ORIGINALARTIKLAR I-IV | |
| DOKTORSAVHANDLINGAR FRÅN SAHLGRENSKA AKADEMIN, INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA, GÖTEBORGS UNIVERSITET, GÖTEBORG | |

SAMMANFATTNING

Det övergripande syftet för avhandlingen har varit att klargöra den vårdande relationens innebörd i dagliga möten mellan patienter med långvarig sjukdom och deras sjuksköterskor. Avhandlingen baseras på deltagande observationer och intervjuer med patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning och en medicinsk mottagning på ett mindre västsvenskt sjukhus. Avhandlingen innefattar fyra artiklar.

En tolkande fenomenologisk metod har beskrivits och använts för att belysa innebörden av fenomenet vårdande relation i daglig omvårdnad i ett medicinskt sammanhang i vården. Trots krävande inslag och begränsningar visade sig metoden vara lämplig för att klargöra fenomenet. Forskarna arbetade med tolkning i en dialektisk process vilket gav en djupare förståelse för och kunskap om innebörden i den vårdande relationen. Den vårdande relationen framträdde som en balans mellan sårbarhet och värdighet. Denna förståelse kastade ljus på vårdens möjligheter att kunna förverkliga en helhetssyn. Därigenom minskas sårbarhet och värdighet upprätthålls. Det fordrades kravfylld effektivitet som riskerade att undertrycka den vårdande relationen. Patienters och sjuksköterskors medvetenhet drev forandet av en denna relation som gick utöver den individuella patienten och sjuksköterskan. Förhållanden i vården skapade specifika förutsättningar för den vårdande relationen. Patienterna skapade relationer med all personal i vårdteamet, men dessa var inte tillräckliga för att ge trygghet. Patienters behov av en personlig vårdande relation framstod som en viktig förutsättning för att kunna möjliggöra trygghet.

En tolkad helhetsförståelse av den vårdande relationen visade sig framstå som en dynamik mellan frustration, drivkraft och ömsesidigt omsorgsfullt närmande vilket innebar ett balanserande mellan sårbarhet och värdighet. Frustration uppstod när patienter och sjuksköterskor försökte få en vårdande relation till stånd. De visste att ett ömsesidigt omsorgsfullt närmande var väsentligt i situationen som låg till grund för deras drivkraft vilket skapade frustration i medveten strävan efter trygghet. Denna strävan skapade förutsättningar att förverkliga den helhetssyn som gjorde att vården upplevdes meningsfull vilket genererade kraft. Detta minskade patienters upplevelse av sårbarhet och gav möjlighet att upprätthålla deras värdighet. Detta tillförde tillfredsställelse hos sjuksköterskorna som därigenom fick kraft att stödja och stärka patienters hälsa.

Denna avhandling visar genom resultaten och den tolkade helhetsförståelsen att den vårdande relationen mellan patienter med långvarig sjukdom och deras sjuksköterskor var ett ömsesidigt åtagande som skapade förutsättningar för en helhetssyn i vården. Denna behövdes för att minska patienters upplevelse av sårbarhet och upprätthållande av värdighet, vilket genererade kraft genom upplevelse av meningsfullhet. Avhandlingens resultat kan användas som grund för reflektion i unika möten mellan patienter, sjuksköterskor samt all hälso- och sjukvårdspersonal. Dessutom har avhandlingen tillfört kunskap som kan leda till nya forskningsfrågor om den vårdande relationen.

Nyckelord: avancerad omvårdnad, fenomenologi, hermeneutik, kronisk sjukdom, medicinsk mottagning, medicinsk vårdavdelning, omvårdnadsarbete, sjuksköterska-patient relation, tolkande fenomenologi, vård, vårdande relation, vård av kronisk sjukdom.

ABSTRACT IN ENGLISH

The overall aim for the thesis was to elucidate the meaning of the caring relationship in daily encounters between patients with long-term illness and their nurses. The thesis is based on participant observation and interviews of patients and nurses in a medical ward and a medical out-patient clinic at a county hospital in west Sweden. This thesis includes four papers.

An interpretive phenomenological method was described and used to illuminate the meaning of the phenomenon, caring relationship in daily nursing practice in a medical care context. Despite the demanding nature and its limitations, this method was shown as suitable to use to illuminate the phenomenon. The researchers worked with interpretation in a dialectic process, which gave a deeper understanding for and knowledge about the meaning of the caring relationship. The caring relationship appeared as a balance between vulnerability and dignity. This understanding enlightened the opportunities in care to realising a holistic view, through which vulnerability decreases and dignity is maintained. It demanded exacting efficiency which risked suppressing that relationship. Patients' and nurses' awareness drove the forming of a caring relationship which went beyond the individual patient and nurse. Contexts circumstances in the care created specific conditions for the caring relationship. Patients created relationships with all healthcare staff in the team, but these were not enough to instil trust. Patients' need of personal care appeared as an important condition for making trust possible.

An interpretive understanding of the caring relationship was shown to appear as a dynamic between frustration, motive force and mutual careful advances, which meant a balancing between vulnerability and dignity. Frustration arose when patients and nurses tried to realise a caring relationship. They were aware that a mutual careful advance was of importance in the situation giving a foundation for their motive forces, which created frustration in a conscious striving for trust. That striving created conditions to realise the holistic view, which promoted the care as meaningful which generated strength. This decreased patients' experiences of vulnerability and allowed them to maintain dignity. This conveyed satisfaction among nurses which empowered them to support and strengthen patients' health.

This thesis shows through the results and the interpretive whole, the caring relationship between patients with long-term illness and their nurses was a mutual commitment which created conditions for a holistic view in the care. That view was needed to decrease patients' experience of vulnerability and maintain their dignity which generated strength through experience of meaningfulness. The results of the thesis might also be used as foundation for reflection in unique encounters between patients, nurses and all healthcare staff, as well as given contribution to knowledge which can lead to new research questions about the caring relationship.

Keywords: care, caring relationship, care of chronically ill, chronic illness, hermeneutics, interpretive phenomenology, medical out-patient clinic, medical ward, nurse-led, nurse-patient relationship, nursing practice, phenomenology.

FÖRORD

I mitt arbete som sjuksköterska och lärare har vårdandet i relationen mellan patient och sjuksköterska väckt mitt djupa intresse. En förundran har vuxit fram över att vårdandet i så stor utsträckning tas för given eftersom det för mig framstår som så avgörande för den dagliga omvårdnaden. Vårdandet finns i alla mänskliga relationer, inom alla yrken och professioner inom hälso- och sjukvården. Min profession är sjuksköterska med den specifika förförståelsen som det innebär att uppfatta fenomenet vårdande relation i sjuksköterskans omvårdnad. Likaså innefattar det begränsningar eftersom min förförståelse också kan påverka uppfattandet eller att jag alltför snabbt och oreflekterat tolkar och ger skeenden en mening. Sjuksköterskan har eget ansvar i vården med att vara nära och tillgänglig för patienten över hela dygnet på en vårdavdelning eller vara direkt tillgänglig på telefontider inom all verksamhet i vården. Han/hon samordnar också alla vårdinsatser för patienten under vårdtiden och inför snar hemgång. Min förförståelse av fenomenet vårdande relation är att den kan skapa förtroende mellan patient och sjuksköterska och torde vara väsentlig för att patienten behov skall komma fram och ligga till grund för vården. Min upplevelse är att vårdandet i samspelet mellan patient och sjuksköterska, den vårdande relationen, i stor utsträckning inte beaktas som en potential eller är föremål för medveten reflektion. Hos mig har frågan väckts om vad den vårdande relationen egentligen innebär i den dagliga omvårdnaden.

ORIGINALARTIKLAR

Denna avhandling bygger på fyra artiklar. Vid hänvisning till artiklarna i texten kommer de att refereras till enligt den romerska numreringen nedan:

I Berg L., Skott, C. & Danielson, E. (2006). An interpretive phenomenological method for illuminating the meaning of caring relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 42-50.

II Berg L., Berntsson L. & Danielson E. (2006). Caring relationship in an out-patient clinic: balancing between vulnerability and dignity. *International Journal for Human Caring*, 10(4). (In press).

III Berg L., Skott C. & Danielson E. Caring relationship in a context – fieldwork in a medical ward. *International Journal for Nursing Practice*, (In press 2006).

IV Berg L. & Danielson E. Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust (Submitted 2006).

Tillstånd för publicering har hämtats från respektive tidskrift.

INLEDNING

I denna avhandling har jag för avsikt att klargöra ”caring relationship” som på svenska kan benämnas vårdande relation, men kan översättas på olika sätt. Benämningen vårdande relation som valts används som ett heltäckande begrepp för att lyfta fram vårdandet i dagliga möten. Avhandlingen har fokus på klargörande av innebörden i den vårdande relationen i dagliga möten mellan patienter med långvarig sjukdom och deras sjuksköterskor. Den vårdande relationen inbegriper således möten som utspelas i ett sammanhang i vården och uppfattas från de involverades perspektiv med avsikten att uppmärksamma patientens situation på ett sätt där både patienten och sjuksköterskan blir engagerade för att möjliggöra hälsa.

Patientens lidande och att lindra lidandet är det som ytterst motiverar vårdandet genom att personalen uppmärksammar patientens lidande och upplever medlidande (Halldórsdóttir 1996; Eriksson & Lindström 2000). Vårdandet innebär ett förhållningssätt som innefattar att vara känslomässigt närvarande tillsammans med patienten och söka förståelse från hans/hennes perspektiv (Watson 1985; Swanson 1993; Benner 2000; Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg 2003; Covington 2005). Vårdandet innebär att vilja patienten väl och göra saker för patienter som de inte kan göra själva samt skapa förutsättningar för dem att utvecklas mot hälsa (Watson 1985; Norberg m.fl. 1992; Swanson 1993; Eriksson 1994b; Benner 2000). En vårdgemenskap skapas då både patienten och sjuksköterskan har det gemensamma intresset att hjälpa patienten (Eriksson 1994b). Watson (1985; 1988; 1999; 2002) menar att när vårdandet uttrycks i en relation mellan patienten och sjuksköterskan påverkar de ömsesidigt varandra vilket kan möjliggöra hälsa.

I lagtext och förordningar som rör svensk hälso- och sjukvård finns beskrivet att sjuksköterskans omvårdnad skall utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn som bygger på helhetssyn och tro på människans inneboende resurser (SFS 1982:763; Socialstyrelsen 2005; SOSFS 1993:17; SOSFS 1993:9). Sjuksköterskan skall ha förmåga att kommunicera på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt med dem de möter i omvårdnaden (Socialstyrelsen 2005), och lindra lidande (ICN 2002). Det finns ett glapp mellan ICN:s etiska kod, lag, författningar och

dagens hälso- och sjukvård eftersom det framgår av forskningsresultat att patienter uttrycker besvikelser över hur de blivit bemötta i vården. Dahlberg (2002) samt Nyström, Dahlberg och Carlsson (2003) visar att patienter upplever sig kränkta genom dåligt bemötande och de lider av uteblivet vårdande. Vidare visar forskningsresultat att vårdandet avseende relationen mellan patient och sjuksköterska inte får utrymme i vården (Lindsey 1997; Nortvedt 2001; Dahlberg 2002; Nyström m.fl. 2003). Det framgår också i tidigare forskningsresultat att sjuksköterskor uttrycker besvikelse över att de har begränsat utrymme i sitt arbete att erbjuda patienter en personlig relation (Jackson 2004). Den personliga relationen betonas även av Billeter-Koponen och Fredén (2005) som visar att sjuksköterskor ofta har ett så ansträngande arbete att de inte orkar möta patienten i en patient-sjuksköterska relation.

Enligt Attree (2001) efterfrågar patienter individualiserad vård som är relaterad till deras behov. I en vårdande relation med personal som visar engagemang och bryr sig om dem kan de uppleva att vården är av god kvalitet. Tidigare forskning visar också att patienter efterfrågar möten i vården där de upplever respekt för sin person med engagerad och skicklig personal (Paulson, Norberg & Danielson 2002). Sjuksköterskors relation med patienten framställs vidare som en central del i deras arbete och som betydelsefull för att ge vård och kan berika arbetet (Jackson 2004; Mok & Chiu 2004; Billeter-Koponen & Fredén 2005). Sjuksköterskors erfarenheter innefattar att patienter upplever delaktighet i sin vård genom att bli respekterade i en relation till sjuksköterskan (Jewell 1994). Då patienter är delaktiga i sin vård upplever de tillit, förståelse och upprätthåller kontroll (Eldh, Ehnfors & Ekman 2004).

Patienter med långvarig sjukdom blir ofta experter på sin egen sjukdom och en stödjande vårdande relation ökar dessa patienters självbestämmande (Lindsey 1997). Patientens självbestämmande kan kvarstå genom en personcentrerad vård (McCormack 2003). När relationen mellan patienten och sjuksköterskan är vårdande möjliggörs för patienterna att få den vård de önskar och är i behov av. De upplever sig bli sedda som unika personer och upplever lindring i sitt lidande (Fagerström, Eriksson & Bergbom Engberg 1998; Rundqvist & Severinsson 1999; Råholm & Lindholm 1999; Attree 2001; Kasén 1997; 2002; Fredriksson & Eriksson 2001; Milton 2002; McCrea, Atkinson, Bloom, Merkh, Najera & Smith 2003; Jackson 2004; Mok & Chiu 2004). Relationen mellan patienter och sjuksköterskor beskrivs som grunden för vårdandet i

omvårdnaden. Den möjliggör den helhetssyn som är betydelsefull för patienters hälsa och lindring i deras lidande (Eriksson 1994b; Wiklund 2000; Öhlén 2001; Watson 2002; Kasén 1996; 1997; 2002; McCrea m.fl. 2003; Jackson 2004). Upplevelser av brist på vårdande, förutsättningar för och konsekvenser av relationen mellan patient och sjuksköterska är väl beskrivna i tidigare forskning. Det finns behov av att klargöra vad vårdandet i relationen mellan patient och sjuksköterska innebär i dagliga möten i omvårdnaden. Det kan möjliggöra att patienter upplever att de får den vård de önskar och är i behov av.

Inom avhandlingen har följande centrala begrepp varit särskilt vägledande, på ett sätt som bekräftat författarens synsätt och inspirerat till reflektioner i forskningsprocessen: vårdande relation, långvarig sjukdom och hälsa. Kasén (2002) menar att den vårdande relationen är asymmetrisk vilket innebär sjuksköterskan har mer makt och därmed större ansvar än patienten. Miller (1993) beskriver långvarig sjukdom som ett förändrat hälsotillstånd som inte kan bli botat av kirurgi eller korttidsmedicinering, vilket innebär att relationerna till patienterna i vården är väsentliga i detta sammanhang. Murrow och Oglesby (1996) tydliggör vidare de utmaningar och osäkerhet som personer med långvarig sjukdom ställs inför. Eriksson (1989; 1994b) menar att hälsa är mer än frånvaro av sjukdom och innebär att uppleva harmonisk helhet i sig själv.

Avhandlingen är uppbyggd med en bakgrund som beskriver utgångspunkter för studien och innefattar ett klargörande av teoretiska utgångspunkter samt presentation av forskningsläget från teoretiska och empiriska studier inom avhandlingens problemområde. Litteratursökningen presenteras i bilaga I. Därefter följer avhandlingens problemprecisering samt det övergripande syftet och specifika syften för varje artikel. Metoden redovisas i ett avsnitt. Efter detta beskrivs resultat följt av en tolkad helhetsförståelse av samtliga artiklars resultat. Reflektioner angående resultatet presenteras och innefattar metodologiska reflektioner samt bidrag till verksamhet i vården, utbildning och framtida forskning.

BAKGRUND

Min avsikt med avsnittet är att på ett övergripande sätt beskriva bakgrunden för studierna som ingår i avhandlingsarbetet. I denna bakgrund redovisas först teoretiska utgångspunkter för arbetet vilka varit tongivande som grund för reflektion genom hela forskningsprocessen för att fokusera fenomenet vårdande relation. Därefter presenteras forskningsläget med stöd av teoretiska och empiriska studier inom problemområdet.

Teoretiska utgångspunkter

En vårdvetenskaplig syn på människan

Avhandlingen har sin utgångspunkt i vårdvetenskapen som i sin grund är humanvetenskaplig. Det innebär att patienten ses som en unik människa med värdighet samt med helhet av kropp själ och ande som lider och uthärdar (Watson 1985; Eriksson 1987a; Norberg m.fl. 1992; Eriksson & Lindström 2000). De begreppsliga aspekterna av människan beskrivs av Wiklund (2003) som att människan upplever sin kropp både inifrån och utifrån. Vi både är och har en kropp som vi tar för given, vilken är vår tillgång till världen och utgör en del i vår identitet. Vår själ beskrivs som våra tankar och känslor samt självmedvetenhet, rörlighet, intellekt och förförståelse. Ande beskrivs som vår förmåga till gränsöverskridande, meningssökande och skapande, vilket också innebär att kunna ställa etiska, estetiska och existentiella frågor (Wiklund 2003). Hela människan påverkas vid hälsa, ohälsa och lidande (Eriksson 1987b; Wiklund 2000; Wiklund 2003).

Ett vårdande perspektiv

Patientens lidande och att lindra lidandet är det som ytterst motiverar vårdandet genom att personalen uppmärksammar patientens lidande och upplever medlidande (Halldórsdóttir 1996; Eriksson & Lindström 2000). Vårdandet innebär ett förhållningssätt som innefattar att vara känslomässigt närvarande tillsammans med patienten och söka förståelse från hans/hennes perspektiv (Watson 1985; Swanson 1993; Benner 2000; Dahlberg m.fl. 2003; Covington 2005). Vårdandet innebär att vilja patienten väl och göra saker för patienter som de inte kan göra själva

samt skapa förutsättningar för dem att utvecklas (Watson 1985; Norberg m.fl.1992; Swanson 1993; Eriksson 1994b; Benner 2000).

I vårdandet framträder etiken som det grundläggande vilket innebär att sträva efter att upprätthålla patientens integritet och värdighet i varje möte mellan patient och sjuksköterska. Etiken föregår och grundlägger att vara tillsammans i mötet (Eriksson & Lindström 2000). Patientens värdighet härleds från förmågan och möjligheten att själv forma sitt liv (Eriksson 1989). Värdighet uppkommer i varje vårdande möte mellan patient och sjuksköterska. Sjuksköterskor behöver sträva efter att förbättra sitt förhållningssätt och handlande, samt uppmärksamma den unika patientens situation genom att reflektera över det egna och andras sätt att se på situationen (Gallagher 2004). För att upprätthålla patientens integritet och värdighet i vården betraktas patienten som den främsta experten på sig själv, sin hälsa, livssituation samt sitt lidande vilket medverkar till att skapa förtroende för vården (Lindsey 1997; Dahlberg m.fl. 2003).

Swanson (1993) konkretiserar vårdandet i en teori som innebär ett vårdande förhållningssätt i mötet med patienten genom att upprätthålla tro på patientens resurser. Det innebär också att vara välinformerad om patienten på en generell och specifik nivå. Det innefattar att söka förståelse från patientens perspektiv om vilken betydelse händelser har i hans/hennes liv. I mötet innebär vårdandet att sjuksköterskan är känslomässigt närvarande tillsammans med patienten och gör saker som han/hon för närvarande inte kan göra själv. Det vårdande förhållningssättet avser skapa förutsättningar för patienten att utvecklas och växa in i en ny situation med avsikten att möjliggöra upplevelse av välbefinnande.

Vårdande relation

En vårdgemenskap skapas då både patienten och sjuksköterskan har det gemensamma intresset att hjälpa patienten (Eriksson 1994b). Watson (1985; 1988; 1999; 2002) menar att när vårdandet uttrycks i en relation mellan patienten och sjuksköterskan påverkar de ömsesidigt varandra vilket kan möjliggöra hälsa. Den vårdande relationen kan genom patientens och sjuksköterskans samspel bidra till en relation som bildar grunden för mänskligt vårdande som ger förutsättningar att upprätthålla patientens värdighet (Eriksson 1994b; Kasén 2002; Watson 2002; McCrea m.fl.

2003; Gallagher 2004). Denna relation beskrivs som den innersta kärnan och är en grundläggande förutsättning för patientens vård. Det kräver hög kompetens och kapacitet för relationsskapande bland sjuksköterskor för att relationen skall bli vårdande och få betydelse för patienters hälsa. Detta beskrivs i både omvårdnadsteorier (Peplau 1952; Travelbee 1971; Watson 1985; 1988; Eriksson 1988; 1994b) och teoretiska studier (Gadow 1984; Skott 2001) och i en begreppsanalys (Öhlén & Segesten 1998). Watson (1999) pekar också på betydelsen av patienters kapacitet för relationsskapande då relationen mellan patienten och sjuksköterskan formas.

Det finns olika beskrivningar av en vårdande relation. I det följande har två författare tagits fram genom att de studerat fenomenet med olika perspektiv. Watson (1985) har ett fenomenologiskt existencialistisk perspektiv. Hon menar att sjuksköterskan lär känna patienten som person, som integrerad helhet av kropp, själ och ande i en vårdande relation. Sjuksköterskan visar sig själv som person, lyssnar och lär sig hur patienten uppfattar sig själv, sin värld och vad patienten upplever. Detta är en process som påverkas av båda, vilket sägs vara av betydelse för att bekräfta patienten på sådant sätt som möjliggör stöd för hälsa och välbefinnande (Watson 1985). Kasén (1996; 1997; 2002) med sitt humanistiska perspektiv bidrar med antaganden om den vårdande relationen som en generell struktur vilket kan ge vägledning i olika sammanhang i vården. Kaséns studier (1996; 1997; 2002) har sin utgångspunkt i vårdvetenskapen och belyser den vårdande relationen som grund för omvårdnaden. Den vårdande relationen innebär olika begreppsliga dimensioner såsom förhållande, förbindelse, berättelse och beröring. Förhållandet är bundet till tid och sammanhang. Formandet av en relation framställs som asymmetrisk. Det innebär olikheter mellan patientens och vårdarens positioner då den vårdande relationen formas. I relationen förpliktar sig vårdaren ge patienten vård och när patienten tar emot vård kan en förbindelse utvecklas mellan dem. Innehållet i relationen formas i patientens berättelse genom vårdarens deltagande i berättandet. Detta karaktäriseras av att patienten berättar om sitt lidande för vårdaren och genom detta kan patienten och vårdaren bli berörda vilket formar dem som människor. Detta utvecklar en förbindelse mellan dem som avser att skydda patientens värdighet genom att lindra lidandet. På detta sätt blir vårdaren medaktör i patientens lidande.

Långvarig sjukdom och hälsa

Millers (1993) beskrivning av långvarig sjukdom som ett förändrat hälsotillstånd har varit vägledande för avhandlingen. Långvarig sjukdom kan inte botas med behandling på kort sikt utan patienten ställs inför att leva sitt liv med ett förändrat hälsotillstånd. Förmåga att leva med en sådan sjukdom beror på resurser hos personen och den omgivande miljön. I dessa resurser ingår bl.a. fysisk styrka, kognitiv och emotionell förmåga, affektiv färdighet samt uthållighet (Miller 1993).

Beskrivning av långvarig sjukdom av Murrow och Oglesby (1996) har också varit vägledande genom klagörande av de utmaningar som personer med långvarig sjukdom ställs inför. Författarna menar att människor med långvarig sjukdom kan uppleva stora utmaningar i form av osäkerhet om prognos, smärta, intrång i livsstilen, belastning på hälso- och sjukvården med många besök och samordning av vårdinsatser. Murrow och Oglesby betonar även personers behov av kontinuerligt tekniskt stöd för att utveckla förmåga att kunna hantera sin situation i det dagliga livet.

Erikssons (1994b) beskrivning av hälsa som en integrerad del i livet och att vara människa har varit viktig för avhandlingen eftersom det tydliggör dynamiken i ett förändrat hälsotillstånd. Den integrerade hälsan innebär en upplevelse av helhet till kropp, själ och ande som benämns helighet. Eriksson (1989) menar att hälsa beror på vilken livssituation människan befinner sig i samt att hälsan förändras kontinuerligt och innebär att leva sitt liv på ett klokt sätt, uppleva välbefinnande och att kroppen är synligt frisk. Människan kan uppleva hälsa trots synliga tecken på sjukdom eller ohälsa trots frånvaro av synliga tecken på sjukdom. Människan upplever att hälsa inte har någon mening om inte livet har mening och upplevelsen av hälsa är överensstämmande med uthärdigt lidande. Enligt Eriksson (1989) är hälsa mer än frånvaro av sjukdom.

Forskningsläget angående vårdande relation

Det aktuella fenomenet, vårdande relation (caring relationship), har inom föreliggande avhandling studerats genom dess olika termer i litteraturen: vårdrelation, relation, vårdgemenskap,

transpersonell vårdande relation, mellanmänsklig relation, sjuksköterska-patient relation, patient-sjuksköterska relation, personlig relation, vårdande möten, person-centrerad praktik. Närliggande termer i litteraturen har också använts: deltagande, förtroende, patienters förväntan, vårdkvalitet, helhetssyn, värdighet, skapa stärkande mening, närhet och ansvar, beroende av vård, andlighet och hälsa, samt moraliska överväganden i vården. Dessa termer har inkluderats i litteraturgenomgången rörande forskningsläget i såväl teoretiska som empiriska studier om de handlat om vårdandet i relationen mellan patient och sjuksköterska.

Teoretiska studier

Vårdmiljöns begränsningar, möjligheter och krav

I teoretiska studier beskrivs vårdens karaktär som betydelsefullt för att den vårdande relationen skall få utrymme. Studierna beskriver hur vårdens sammanhang skapar förutsättningar för relationen med begränsningar, möjligheter, utmaningar och önskningar samt behov av utveckling. Relationen mellan patienten och sjuksköterskan formas i ett kulturellt sammanhang där vårdarna ser på patienten utifrån delarna och inte som helhet (Crowe 2000; Nortvedt 2001). Sammanhanget i vården beskrivs ha en stark kultur i vilken det är möjligt att definiera rådande värderingar och uppfattningar. Det inkluderar värderingar bland personal och patienter vilka överensstämmer med individuella roller (Crowe 2000; McCormack, Kitson, Harvey, Rycroft-Malone, Titchen & Seers 2002; McCormack 2003).

Spichiger, Wallhagen och Benner (2005) betonar med sitt fenomenologiska perspektiv att sammanhanget i vården är kulturellt baserad och innefattar uppställda normer som personalen strävar efter att följa. Deras beskrivning av det vårdande sammanhanget tillåter att patientens upplevelser ska vara utgångspunkt för sjuksköterskans vårdande. I studier av Eriksson, Lindholm och Herberts (1994a) samt Fredriksson och Eriksson (2001) diskuteras den lidande människan som lätt missuppfattar andra människors handlingar, vilket ökar deras lidande. Den lidande människan blir självcentrerad, men behöver samtidigt ett vårdande av andra människor. Hälsa- och sjukvårdens synsätt på människan som uppdelad mellan kropp och själ är problematisk eftersom människors hälsa skapar i sig själv en förändringsprocess, i vilken patienter tenderar att vara mer sårbara för risker som kan påverka deras hälsa (Meleis, Sawyer,

Im, Hilfinger Messias & Schumacher 2000). Av den anledningen har sjuksköterskor ett specifikt ansvar i relationen med patienter (Nortvedt 2001). Helhetssyn på människan som en vårdande relation mellan patient och sjuksköterska stödjer och möjliggör för patienten att upprätthålla sin värdighet (McCrea m.fl. 2003; Gallagher 2004).

Enligt flera författare har sjuksköterskor ansvar för att skapa en kultur som möjliggör etablerande av vårdande relationer mellan patienten och sjuksköterskan (McQueen 2000; McCormack m.fl. 2002; McCormack 2003; Turkel & Ray 2004). Omvårdnad som fokuserar hur person och miljö påverkar varandra ömsesidigt kan möjliggöra att stärka människan i syfte att minska smärta och öka hälsa (Davidson 2001). Eriksson m.fl. (1994a) betonar att vårdrelationen ger möjligheter för patienten att bli sedd och bekräftad i sitt lidande. Bekräftelsen skapar i sin tur gemenskap (Eriksson 1994b; Stickley & Freshwater 2002). Nordman, Kasén och Eriksson (1998) menar att den vårdande relationen skapar god vård då den utgör grund för organisation av omvårdnadens planering och omvårdnadsprocessen med dess mål mot att systematisk ge omvårdnad utifrån patientens vårdbehov. Sjuksköterskor behöver använda sig själva som instrument där deras personliga, vetenskapliga, etiska och estetiska kunskap (Carper 1978) vägs samman i det unika mötet. Det kan liknas med vad Watson (1985) och Eriksson (1988) menar med att vårdandet är en konst som i sin manifestation förverkligar kärlek inom omvårdnaden (Eriksson 1994b; Stickley & Freshwater 2002).

Ytterligare studier belyser vad relationen mellan patient och sjuksköterska kan skapa förutsättningar för. Bl.a. pekar Crowe (2000) på att relationen mellan patienten och sjuksköterskan skapar ett aktivt deltagande av dem båda. En fokusering av patientens subjektiva personliga erfarenhet påpekas ha en väsentlig betydelse för att omvårdnad ska bli vårdande (Nortvedt 2001; Gallagher 2004; Swanson & Wojnar 2004; Spichiger m.fl. 2005). Milton (2002) påstår att om vi inte förstår patientens behov kan vi inte bygga förtroende och trygghet i vården hos patienten, vilket relationen mellan patient och sjuksköterska kan möjliggöra. Det är betydelsefullt för patienter att uppleva förtroende då de får vård (Kirk 1992). May och Purkis (1995) anser att det finns stora olikheter hur vården bedrivs och vad omvårdnadsteorier föreskriver. Författarna påpekar också behovet av att i empiriska studier undersöka relationen

mellan patient och sjuksköterska för att förstå de omständigheter som påverkar daglig omvårdnad.

Skott (2001) argumenterar för att lyssna till patientens berättelser om hälsa och menar att det är en komplicerad uppgift för sjuksköterskor att åstadkomma stöd och vårdande till patienter som upplever sjukdom som en plågsam desintegration av sig själv och av den värld de lever i. I denna komplicerade uppgift blir sjuksköterskor inblandade genom sitt engagemang när de ger vård till patienter (Benner 2000; Cumbie 2001; Watson 2002). Sjuksköterskans engagemang framstår som väsentligt då det möjliggör att lära känna patientens upplevda behov av vård (Gadow 1995a; 1995b; Benner 2000; Fredriksson & Eriksson 2001; Kasén 2002). Detta möjliggör förtrolighet men är också en risk att bli alltför involverad, vilket behöver beaktas (Williams 2001). Nämnas bör att flera författare (Watson 2002; Jackson 2004; Turkel & Ray 2004) betonar vikten av att sjuksköterskor vårdar sig själva för att kunna skapa ett vårdande möte med patienter i den dagliga omvårdnaden.

Omvårdnad i relation till patientens situation

Sumner (2001) betonar relationen mellan sjuksköterskan och patienten som betydelsefull i omvårdnaden eftersom patienter med vårdbehov har en sårbarhet som övergår den vanliga mänskliga sårbarheten rörande delaktigheten i ett socialt sammanhang. Den ökade sårbarheten handlar om patientens förlorade kontroll och maktlöshet. Författaren påstår att då patienter kommer och söker vård är de uppriktiga i förhoppning om att deras sårbarhet blir bekräftad i mötet med sjuksköterskan. Patienter anses uttrycka behov av att känna förtroende för att få en tillhörighet samt hjälp att uppnå hälsa. Hur patientens behov bemöts i relationen med sjuksköterskan har konsekvenser för innebörden att vara sjuk (Sumner 2001). Enligt Jackson (2004) har patienten behov av att finna en person som är med dem för att möjliggöra lindrat lidande. Watson (1988; 1999) och Swanson (1999) diskuterar vidare hur relationen mellan patient och sjuksköterska kan minska patientens lidande. Eriksson m.fl. (1994a) samt Fredriksson och Eriksson (2001) för en diskussion om den lidande människan som varande sårbar och att sjuksköterskan med sin insats i relationen med patienten har möjlighet att minska hans/hennes sårbarhet och finna mening med lidandet.

Både Macrae (1995) och Watson (1999) framställer Nightingales beskrivning av omvårdnad som betydelsefull för ”modern omvårdnad” eftersom människan ses som en del av en helhet. Båda författarna lyfter fram naturliga metoder för läkande som exempelvis ren luft, värme, ljus och renhet samt elimination av giftiga produkter från kroppen. Det innebär att skapa de bästa förutsättningarna för naturligt läkande av patients åkomma. Författarna diskuterar att förening av kropp, själ och ande samt sjuksköterskans terapeutiska användande av sig själv som tillsammans med reflektion i mötet med patienten möjliggör strävan efter balans inom patienten själv och med hans/hennes omvärld vilket bidrar till hälsa. Detta beskrivs främja läkande av sjukdom då andlighet fokuseras i mötet mellan patient och sjuksköterska. Det medger att mötet möjliggör kvalitéer såsom mening, närvaro, empati och medkänsla, hopp, kärlek och beröring. Dessa kvalitéer anses vara väsentliga för att skapa förutsättningar för hälsa hos patienten. Enligt Golberg (1998) och Coyle (2002) kan sjuksköterskan på detta sätt stödja och stärka patienten.

Cumbie (2001) anser i likhet med Macrae (1995) och Watson (1999) att vårdandet i sjuksköterskans omvårdnad äger rum genom reflektioner utifrån patientens hela situation. Vårdandet är förbundet med äkta deltagande i en relation mellan patienten och sjuksköterskan. När relationen fungerar mellan patienten och sjuksköterskan finns ett flöde med harmoni och engagemang som fundament i omvårdnaden. Cumbie (2001) uppger att det är en konst att använda sig själv i vårdandet innefattande en pågående reflektion om sitt handlande. Patienter och sjuksköterskan strävar efter en känsla av harmoni och balans inom sig som personer och med omvärlden. Författaren diskuterar också vårdandet utifrån patientens värld som reflekterad handling i sjuksköterskans omvårdnad och menar att det alltid behövs vägledning i reflektionen eftersom det finns svårigheter att sätta sig in i en annan persons situation.

För personer som är långvarigt sjuka och möter livets osäkerhet anses det vara särskilt viktigt att känna förtroende. I en vårdande relation mellan patient och sjuksköterska beskrivs detta förtroende förstärkas (Kirk 1992; Milton 2002), och som kan utvecklas genom det intresse och värde som sjuksköterskan ger patienten som unik person (Kirk 1992). Vårdande som betonar patientens upplevelse stärker patientens värdighet och självbestämmande (Gadow 1984; 1995a; Haworth & Dluhy 2001; Spichiger m.fl. 2005). Författarna anser att vårdande situationer är en existentiell plats där sjuksköterskan tar reda på det unika med patientens situation genom

berättelsen, kunskap och engagemang. Enligt Williams (2001) bidrar vårdandet i relationen till patientens hälsa, välbefinnande och återhämtning. Sådan behandlande effekt föreslås av författaren vara relaterad till en nivå av förtrolighet vilken är väsentlig för en positiv hälsoutveckling vid sjukdom. Skott (2001) betonar att det är genom sjuksköterskors stödande och vårdande kommunikation i daglig omvårdnad som patientens erfarenheter av hälsa och läkande skapas. Även hela familjens uppfattning om sjukdom beskrivs vara väsentlig för att hantera patientens långvariga sjukdom (Hartrick, Lindsey & Hills 1994; Weeks & O'Connor 1994; Miniucci 1998).

Empiriska studier

Sammanhang i vården upplevs begränsa vårdandet i en relation

Kulturen där den vårdande relationen formas i daglig omvårdnad beskrivs innefatta grundläggande antaganden, regler och innebörd. Det bildar underlaget för vårdande handlingar och influerar sättet som vårdandet blir kommunicerat på (Sandelin Benkö & Sarvimäki 1999). Vården kan domineras av att patienten blir sedd som ett objekt i vården vilket präglas av organisationen (Dahlberg 2002; Davis 2005). Detta framställs vara problematiskt eftersom patienterna blir anonyma i en högteknologisk vård i vilken vårdandet inte får utrymme (Lindsey 1997; Dahlberg 2002). Davis (2005) säger att patienter upplever att sjuksköterskor är alltför upptagna och inte har tid för dem. Patienter oroar sig för att det inte skall finnas en sjuksköterska för dem när de verkligen behöver det (Turkel & Ray 2000). Patienter uttrycker besvikelse över hur de blivit bemötta i vården (Dahlberg 2002; Paulson m.fl. 2002; Nyström m.fl. 2003). Avsaknaden av en vårdande relation mellan patienten och sjuksköterskan skapar ett lidande hos patienten och en upplevelse av maktlöshet (Dahlberg 2002). I studier av Billeter-Koponen och Fredén (2005) samt Hallin och Danielson (2006) har framkommit att kontakten med patienterna är av stor betydelse. Billeter-Koponen och Fredén (2005) konkluderar att även sjuksköterskor uttrycker besvikelse över att de inte har möjligheter att erbjuda patienter en god relation. Det beskrevs med upplevelse av sådan trötthet att de inte förmår möta patienten.

Vidare påvisar flera studier (Lindsey 1995; 1997; Covington 2005) att det är viktigt att se patienten som subjekt där den personliga erfarenheten är av väsentlig betydelse. Det är viktigt för

att klara de utmaningar som patienter med långvarig sjukdom möter angående sin hälsa (Lindsey, 1995;1996;1997; Rundqvist & Severinsson 1999). Lindsey (1997) betonar att den biomedicinska dominansen reducerar långvarigt sjuka patienters egen kontroll över sitt dagliga liv. Detta innebär att patientens personliga erfarenhet inte uppmärksammas då de får vård, vilket resulterar i att de inte får hjälp med det som upplevs betydelsefullt för att ha kontroll över sin sjukdom. Författaren uppger vidare att patienter med långvariga sjukdomar blir ofta experter på sin egen sjukdom vilket inte uppmärksammas och beaktas i vården. Detta visar sig leda till att dessa patienter ofta drar sig tillbaka från vården och engagerar sig i vårdandet av sig själva (Lindsey 1997).

Relationen som berikande och ansvarsfylld

I flera studier framgår att det upplevs viktigt för patienter att träffa samma sjuksköterska då de får vård. Patienter efterfrågar en personlig relation när de blir vårdade vilket är viktigt för att de skall vara nöjda med vården (Jewell 1994; Lindsey 1997; Turkel & Ray 2000; Attree 2001; Paulson m.fl. 2002). Relationen mellan patient och sjuksköterska skapar förutsättningar för att patienter upplever sig delaktiga i sin vård (Jewell 1994; Lindsey 1996; Eldh m.fl. 2004). Mok och Chiu (2004) visar i en studie att relationen mellan sjuksköterskan och patienten skapar förtroende och trygghet i den dagliga omvårdnaden och säger att patienterna är nöjda med vården om sjuksköterskor förstår deras behov (jfr Sundin, Axelsson, Jansson & Norberg 2000; Wiklund 2000; Öhlén 2001). Relationen mellan patient och sjuksköterska medger att patienten blir sedd och bekräftad i sitt lidande. Likaså framställs i flera studier att när sjuksköterskan är närvarande tillsammans med patienten i daglig omvårdnad upplevs det som att omvårdnaden är inriktad på deras välbefinnande (Swanson 1991; 1993; Attree 2001; Davis 2005).

Den unika relationen mellan den som får vård och den som ger vård beskrivs ingå i sjuksköterskans dagliga omvårdnad, vilket ger patienter som är beroende av vård en känsla av gemenskap (Strandberg 2002). I en studie som syftade till att undersöka sjuksköterskans egen beskrivning av sina handlingar i vården visar Skott och Eriksson (2005) att fysisk omvårdnad, samtal och reflektion framhålls speciellt. I en studie av Strandberg, Norberg och Jansson (2001) framgår att patientens beroende av vård medger att vara omgiven av hjälpsamma människor som bryr sig om dem. Detta innebär att beroendet av vård påminner patienten om att detta endast

varar för den tid han/hon är patient, vilket väcker känsla av ensamhet (Strandberg m.fl. 2001). Enligt författarna är innebörden av att vara beroende av vård att kämpa för sin existens och visa sig värdig att få vård. Beroende av vård innefattar en rädsla hos patienten för att bli övergiven och kämpandet handlar om att visa sig själv som en värdefull människa genom att vara både duglig och stark (Strandberg, Åström & Norberg 2002). För sjuksköterskor innebär det en kamp att axla ansvaret för en annan människas liv och omforma det mödosamma ansvaret till meningsfullt vårdande (Strandberg 2002).

Betydelsen av en vårdande relation som grund för omvårdnaden

Strandmark (2004) betonar i sin studie att patientens medverkan i vården är betydelsefull för att stärka patienten eftersom människor med dålig hälsa upplever en ökad sårbarhet vilken påverkar deras upplevelse av maktlöshet. Likaså visade Jerlock, Gaston-Johansson och Danielson (2005) att patienter med svåra hälsoproblem är i behov av stöd och efterfrågar en kompetent sjuksköterskas tillgänglighet även vid hemkomsten efter att blivit vårdade på sjukhus. Sådant stöd antas kunna leda till färre besök på akut mottagning.

Sundin m.fl. (2000) konkluderar att patienten måste bli mött som en ledare för sitt eget lidande. Vårdandet i en relation mellan patienten och sjuksköterskan har betydelse då det skapar förutsättningar för att patienten skall få den vård som han/hon önskar och upplever sig vara i behov av samt bli sedd som en unik person och uppleva lindring i sitt lidande (Fagerström m.fl. 1998; Rundqvist & Severinsson 1999; Råholm & Lindholm 1999; Sundin m.fl. 2000; Attree 2001; Kasén 1997; 2002; McCrea m.fl. 2003; Mok & Chiu 2004). Relationen mellan patient och sjuksköterska framställs som det väsentliga och som en grundläggande förutsättning genom vilken vårdandet uttrycks (Lindsey 1997; Swanson 1991; 1993; Rundqvist & Severinsson 1999; Kasén 1997; 2002). I flera empiriska studier beskrivs den vårdande relationen möjliggöra en helhetssyn betydelsefull för patienters hälsa (Wiklund 2000; Öhlén 2001; Attree 2001; Strandberg 2002; Watson 2002; Kasén 1996; 1997; 2002; Mok & Chiu 2004).

När patientens upplevelser fokuseras i vårdandet stärker det patientens värdighet och självbestämmande vilket en relation mellan patienten och sjuksköterskan möjliggör (Jewell 1994; Råholm & Lindholm 1999; McCutcheon & Pincombe 2001; Sjöstedt, Dahlstrand, Severinsson &

Lutzén 2001). Paulson m.fl. (2002) bekräftar detta i sin studie, vilken visar att blir inte patienter respekterade leder det till en känsla av att bli förbisedd trots att de fått vård. Liknande resultat visar Ramos (1992) och Repper, Ford och Cooke (1994) genom att det är hur sjuksköterskan bemöter patienten som gör skillnad i mottagande av vården.

Med avsikt att stödja patientens välbefinnande trots sjukdom torde sjuksköterskan behöva upptäcka, formulera och förstå innebörden i patientens upplevelser av att leva med långvarig sjukdom (Forsberg, Bäckman & Möller 2000). Halldórsdóttir (1996) visar att en reducering av patientens lidande har samband med respekt och medkänsla för patientens upplevelse av isolering, osäkerhet, sårbarhet och behov av att omdefiniera livet. Effekten av ett vårdande möte ger ökad upplevelse av välbefinnande och hälsa i en process som ger kraft och delad makt (Halldórsdóttir 1996). Peilert, Asplund och Norberg (1999) diskuterar också i deras studie att patienters hälsa och upplevelse av välbefinnande stärks i en vårdande relation. Schaefer (1995) och Paulson m.fl. (2002) har funnit att när patienter talar med en sjuksköterska om sin sjukdom hjälper det att hålla distans till sjukdomen och finna ett sätt att leva sitt liv med långvarig sjukdom. Genom att denna blir bekräftad underlättade det att leva med sjukdomen (Schaefer 1995; Paulson m.fl. 2002). Det framkommer i litteraturen att hela familjens uppfattning om sjukdom är avhängig möjligheterna att hantera patientens långvariga sjukdom. Tillräcklig information är viktigt för att familjen skall vara involverad på ett tillfredsställande sätt i patientens vård (Kellert & Mannion 1999; Hertzberg, Ekman & Axelsson 2001; Mok & Chiu 2004).

Sammanfattande reflektion

Den forskning som hittills gjorts om vårdande relation (caring relationship) har studerats genom dess olika och närliggande termer i litteraturen. Alla dessa termer har gjort att en enhetlig framställning av den vårdande relationen varit svår att finna. Studierna har visat väsentliga aspekter av vårdandet i relationen mellan patient och sjuksköterska genom olika termer som exempelvis deltagande, förtroende, vårdkvalitet, helhetssyn och värdighet vilket bidragit till en osammanhängande framställning av fenomenet vårdande relation.

I de teoretiska studierna diskuteras vårdmiljöns begränsningar, möjligheter och krav, samt omvårdnaden i relation till patientens situation. Förutsättningar och konsekvenser av vårdandet i relationen mellan patient och sjuksköterska är beskrivet i teoretiska analyser (Watson 1985; Eriksson 1994b; Benner 2000). Studierna tillför ett väsentligt innehåll som problematiserar fenomenet och har varit vägledande för fokusering av detta i föreliggande studier.

Genomgången av de empiriska studierna visar att sammanhanget i vården kan begränsa vårdandet i en relation samt att relationen upplevs både berikande och kravfylld. I empiriska studiers resultat framkommer upplevelser av vårdande relationer och emellanåt upplevelser av fenomenet utan att det varit i direkt fokus i studien. De empiriska studierna tillför kunskap om upplevelser av den vårdande relationen utifrån patienters och sjuksköterskors perspektiv oftast var för sig (Lindsey 1997; Attree 2001; Kasén 2002; Paulson m.fl. 2002; Mok & Chiu 2004).

Särskilt patienter med långvarig sjukdom är beroende av en vårdande relation. På vilket sätt denna relation skapas och innebörden av samspelet mellan patienter och sjuksköterskor i det dagliga mötet är inte tillräckligt studerat, eftersom upplevelser av den vårdande relationen ofta kommit fram som bifynd när andra eller närliggande termer har studerats. Särskilt sparsamt förekommande är empiriska studier som klargör den vårdande relationen i det sammanhang som fenomenet kommer till uttryck och klargör den vårdande relationens innebörd från både patienters och sjuksköterskors perspektiv.

PROBLEMPRECISERING

Vårdandets sammanhang liksom patienters och sjuksköterskors delaktighet skapar förutsättningar för den vårdande relationens möjlighet att skapa förtroende och trygghet i vården. När patienten blir sedd och bekräftad utifrån hela sin situation är detta avgörande för att sårbarhet och upplevda behov skall komma fram och ligga till grund för olika insatser som stärker patienters hälsa. På vilket sätt denna relation skapas och innebörden av samspelet mellan patienter och sjuksköterskor i det dagliga mötet är inte tillräckligt studerat. Hur detta möte utspelas och hur dess förutsättningar formas av omgivningen behöver vi ytterligare kunskap om. Vad innebär den vårdande relationen i sin naturliga vårdmiljö från både patienters och sjuksköterskors perspektiv?

SYFTE

Det övergripande syftet för avhandlingen är att klargöra den vårdande relationens innebörd i dagliga möten mellan patienter med långvarig sjukdom och deras sjuksköterskor.

Den här avhandlingen innefattar fyra artiklar med följande specifika syften:

Artikel I: Syftet var att beskriva hur en tolkande fenomenologisk metod användes för att belysa innebörden av fenomenet vårdande relation i daglig omvårdnad.

Artikel II: Syftet var att belysa den vårdande relationens framträdande i möten mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor på en medicinsk mottagning samt deras erfarenheter av detta fenomen.

Artikel III: Syftet var att undersöka hur den vårdande relationen formades mellan långvarigt sjuka patienter och deras sjuksköterskor i ett medicinskt sammanhang.

Artikel IV: Syftet var att belysa patienters med långvarig sjukdom och sjuksköterskors erfarenheter av den vårdande relationen.

METOD

Patienters långvariga sjukdom inverkar påtagligt i deras dagliga liv (Kestenbaum 1982; Paulson m.fl. 2002; Strandmark 2004). Enligt Murrow och Oglesby (1996) kräver vanligtvis långvarig sjukdom omfattande vård till patienten och närstående för att upprätthålla ett normalt dagligt liv. Sjuksköterskans vårdande i relationen med patienten har då en central roll (Paulson m.fl. 2002; Strandmark 2004). När patienten och sjuksköterskan möts i daglig omvårdnad är sjuksköterskans teoretiska grund väsentlig för ett medvetet vårdande förhållningssätt (Dahlberg, Drew & Nyström 2001). Denna avhandling är genomförd som mitt doktorandprojekt tillsammans med en forskargrupp. Forskarnas egna erfarenheter inom vården och en vilja att använda denna specifika förförståelse är viktig i denna avhandling för att söka kunskap om vårdandet i relationen mellan patienten och sjuksköterskan. En tolkande fenomenologisk metod med stöd i Benner (1994) har möjliggjort att söka förståelse för fenomenet i det sammanhang där det utspelas. I föreliggande avhandling handlar det om att artikulera tyst kunskap om fenomenet vårdande relation. Avhandlingen har därför en explorativ kvalitativ design för att klargöra den vårdande relationens innebörd i dagliga möten mellan patienter med långvarig sjukdom och deras sjuksköterskor.

Tolkande fenomenologi

Termerna tolkande fenomenologi och hermeneutisk fenomenologi tycks användas synonymt i litteraturen och grundas i fenomenologisk filosofi (Streubert & Carpenter 1999; Munhall 2001a; Streubert Speziale & Rinaldi Carpenter 2003). I hermeneutisk fenomenologi tolkas en underliggande innebörd hos fenomenet. Forskaren strävar efter en egen rik förförståelse och att medvetandegöra och använda den i tolkningsprocessen för att söka förståelse för innebörden i fenomenet (Benner 1994; 2000; Leonard 1994; Cohen, Kahn & Steeves 2000). Målet är att göra det osynliga synligt för att artikulera och klargöra innebörden i fenomenet genom tolkning av levd erfarenhet (Strandmark & Hedelin 2002). En tolkande fenomenologisk metod valdes i denna avhandling därför att den möjliggör stöd för forskning som studerar fenomenets innebörd i sitt sammanhang genom deltagande observationer och intervjuer. I studier av fenomenet är förutom dess sammanhang också den historia, kultur och tradition som det förekommer inom och som patienter och sjuksköterskor befinner sig i väsentlig. En position och situation som de är

involverade och engagerade i då de upplever, tolkar och tilldelar mening åt fenomenet (Benner 1994; 2000; Leonard 1994; Cohen m.fl. 2000). Forskaren strävar med aktivt medvetande och teoretiskt seende söka förståelse för fenomenet i det sammanhang där det utspelas. Denna förståelse för patienters och sjuksköterskors levda erfarenheter av en vårdande relation ses som betydelsefull då patienten och sjuksköterskan i dessa möten formar denna relation.

Metoden riktar sig mot att söka kunskap på grundval av en syn på människan som har sin uppmärksamhet riktad mot världen omkring dem, andra och sig själv med en viss avsikt. Människan har förmåga att ta saker och ting för givet, vilket innebär ett utövande som han/hon är involverad och engagerad i. Människan behöver förstås från sin värld med vad det innebär av språk och kultur. Vårt språk formulerar hur människor uppfattar, tolkar och förstår världen och gör att saker visar sig. Människan befinner sig i en värld som format honom/henne tillsammans med andra människor i en process i ett givet sammanhang (Benner 1985; 1994; 2000; Leonard 1994).

Inom den tolkande fenomenologiska metoden prioriteras inte frågor om kunskap som kan nå genom tankevärlden som exempelvis idéer och matematiska ämnen. Tolkande fenomenologi söker kunskap från den värld som omger människan och som är osäker och föränderlig. Inom denna fenomenologi ställs frågor om vad det innebär att vara människa. Det handlar om att söka förståelse för människans medverkan med avsiktlig handling och hur han/hon förstår världen. Inriktningen för sökandet utgörs av vad människan bryr sig om samt mål och åtaganden han/hon har. Syftet är att söka förståelse för fenomenet genom erfarenheter som kan ge ett starkt, uppseendeväckande eller igenkännande konkret uttryck åt mening i dagligt liv. Data samlas in genom bl.a. deltagande observationer, fältanteckningar och intervjuer i naturlig miljö där fenomenet utspelas sig. Mänskliga handlingar och dialoger behandlas som text för att uppdaga mening i daglig verksamhet på ett sådant sätt att de inte är tagna ur sitt sammanhang, trivialiserade eller framställda sentimentalt. Levd mänsklig mening förstås genom människans erfarenhet. Uppmärksamhet riktas mot samspel mellan människor och situationen i ett sammanhang. Studier med deltagande observationer och intervjuer skapar text där forskarna fullföljer tolkningen i en dialektisk process i en hermeneutisk spiral. Den tolkande fenomenologiska metoden innebär att forskarna är vända mot fenomenet och följsamma mot

dess dynamik. Vändningen och följsamheten mot fenomenet avser att forskarna strävar mot medvetenhet och använder sin förförståelse och är öppen mot vardagsvärldens komplexitet i den specifika kontext som fenomenet utspelar sig inom. Människors handlande och subjektiva upplevelser innehåller mening som en tolkande fenomenologisk metod möjliggör att söka förståelse för (Benner 1994; 2000; Leonard 1994; Cohen m.fl. 2000).

Deltagande observation och intervju

För att klargöra den vårdande relationens innebörd i dagliga möten mellan patienter och sjuksköterskor krävdes i denna studie deltagande observationer och intervjuer i datainsamlingen. De möten som studerades i deltagande observationer involverade patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor. Samspelet mellan dem fokuserades för att söka förståelse för fenomenet. Jag strävade som forskare att medvetandegöra och medvetet använda min förförståelse. Observationerna innefattade att vara öppen, vilket innebar att använda förförståelsen som möjliggjorde att fenomenet visade sig. Jag väntade mig också som forskare att det oväntade skulle visa sig. Frågorna som ställdes var exempelvis:

- Vad avser de i samtalet med varandra?
- Hur samtalar de och om vad?
- Vad påverkar samtalet?
- Vad avser de med sina handlingar, sina val och beslut?

Som forskare strävade jag att vara följsam med det som visade sig då deltagande observationer genomfördes, vilket innebar att följa med i det som hände i situationen. Genom att pendla mellan att vara nära i mötet som studerades och att skapa distans som innefattade reflektion mot min förförståelse, visade sig fenomenet och tolkades för att söka förståelse med avsikten att klargöra detta. Fältanteckningar gjordes under det studerade mötet mellan patienten och sjuksköterskan eller i nära anslutning till det. När fältstudiepasset var över, efter i genomsnitt ca 5 timmar på medicinsk vårdavdelning och 3 timmar på medicinsk mottagning, transkriberades fältanteckningarna direkt, samt de egna reflektionerna. Det var väsentligt att vara kvar i de känslor och tankar som den deltagande observationen hade skapat. Detta är ett sätt att öka kunskapen om den vårdande relationen genom att formulera det som är underförstått. Deltagande

observationer behöver kompletteras med intervjuer för att också få fram kunskap om de involverades erfarenheter (Taylor & Bogdan 1984, 1998; Cohen m.fl. 2000).

Intervjun avsåg således att få del av patienters och sjuksköterskors erfarenheter av vårdande relation i daglig omvårdnad. Den skedde i form av ett samtal och hade utgångspunkt i undersökningsdeltagarnas erfarenheter av vård. Samtalet under intervjun mellan undersökningsdeltagaren och mig som forskare behövdes för att möjliggöra berättelser om erfarenheter. Vi skapade tillsammans kunskap om fenomenet genom dialog och reflektion (Mishler 1986; Kvale 1997). Samtliga intervjuer inom studien började med en stor inledande fråga: Vill du berätta hur det är att vara patient/sjuksköterska och få/ge vård?

Områden som berördes var:

- Hur beskriver patienten/sjuksköterskan den vårdande relationen i omvårdnaden?
- Hur beskriver patienten/sjuksköterskan vad de tänker/känner/handlar/talar och förhåller sig i omvårdnaden för att forma den vårdande relationen?
- Hur beskriver patienten/sjuksköterskan att de skapar förutsättningar för en vårdande relation i omvårdnaden?

Följdfrågor som användes var t.ex. 'kan du utveckla', 'kan du ge exempel' 'vad tänkte du'?

Område för studien

Ett mindre västsvenskt sjukhus, en medicinsk vårdavdelning och en medicinsk mottagning valdes som område för studien. Datainsamlingen genomfördes i den allmänna dagliga omvårdnaden under fyra månader, februari-juni 2003. Långvarigt sjuka patienter med deras behov av vård leder ofta till att vården sker både på mottagning och på vårdavdelning.

Medicinavdelningen hade plats för 25 patienter som delades mellan två vårdteam som innefattade olika personal, dvs. undersköterskor, läkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor. På morgonen, efter den första gemensamma övergripande planeringen av dagens aktiviteter delade undersköterskor och sjuksköterskor sig i två vårdteam för att planera vårdandet under teamets arbetspass. De övriga i personalen kom in i teamet senare under dagen. Arbetet var fördelat på tre skift över dygnet. De som tjänstgjorde dagtid arbetade antingen på morgonen och

fram till eftermiddagen, eller eftermiddagen och fram till kvällen. Undersköterskor och sjuksköterskor som tjänstgjorde på kvällen och fram till morgonen arbetade sällan dagtid. Patienterna led framförallt av hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och infektionssjukdomar. Dessutom genomgick patienter medicinska utredningar på avdelningen. Allt fler äldre multipelt sjuka patienter var oftare inlagda med korta vårdtider. Medelvårdtiden på den medicinska vårdavdelningen var tre dagar. Detta skapade en omfattande arbetsbörda, med mycket att sätta sig in i, för all personal vid varje nytt arbetspass.

Den medicinska mottagningen hade speciella sjuksköterskemottagningar för patienter med diabetes och för patienter med hjärtsjukdomar samt sjuksköterskemottagning för kontroll och inställning av antikoagulantia. Sjuksköterskorna hade sina egna patienter, vissa under lång tid, vilka de träffade för att ge vård under ungefär en timma som exempelvis kunde innefatta samtal, rådgivning, undervisning utifrån patientens livssituation med en viss långvarig sjukdom. Patienterna kom hemifrån eller från arbetet. Sjuksköterskorna avlöste varandra när det behövdes av olika anledningar. Det skapade avbruten kontinuitet med deras egna patienter vilket också medförde att möta många nya patienter. Detta medförde att sjuksköterskorna inte alltid var insatta i patienternas vård och hade inte byggt ett förtroende mellan dem vilket försvårade omvårdnaden. De tjänstgjorde dagtid och hade förutom patientbesök, telefontider för patienter och närstående. Sjuksköterskorna samarbetade kontinuerligt med bland andra läkare, dietister och kuratorer. Vid patienters nyinsjuknande och andra situationer som exempelvis planerad graviditet, blev patienternas besök hos sjuksköterskan frekventa för att därefter bli glesare utifrån patienters behov.

Urval av deltagare i studien

Urvalet gjordes målmedvetet bland patienter och sjuksköterskor på medicinsk vårdavdelning och medicinsk mottagning. Undersökningsdeltagarna skulle orka delta i, vilja och vara intresserade samt att patienterna skulle tala svenska och ha förmåga att kommunicera adekvat samt haft sin sjukdom mer än ett halvt år. Jämn könsfördelning beaktades.

Deltagare på den medicinska avdelningen och mottagningen var vuxna och äldre personer med långvarig sjukdom. Under datainsamlingsperioden, februari-juni 2003, var deltagande patienter på den medicinska vårdavdelningen mellan 41-84 år (median 75) och hade mestadels hjärtsjukdomar, diabetes och infektionssjukdomar i mer än ett halvt år (median 5). På den medicinska mottagningen var patienterna mellan 37-83 år (median 64) och hade haft diabetes och hjärtsjukdom från ett halvt år upp till 40 år (median 5). Sjuksköterskorna på medicinsk vårdavdelning var mellan 27-57 år (median 34) och hade arbetat som sjuksköterskor mellan 1-23 år (median 4.5). Sjuksköterskorna på medicinmottagningen var 40-57 år (median 43) och hade arbetat som sjuksköterskor i 15-34 år (median 20).

Insamling av data

Datainsamling i studien pågick till dess att tillräcklig data samlats som var rik på innebörd av fenomenet vårdande relation. Sammanlagt gjordes 146 timmar deltagande observationer varav 127 timmar på medicinsk vårdavdelning (11 dag-, 6 kvälls- och 2 natt- turer) och 19 timmar på medicinsk mottagning (7 tillfällen dagtid). Fältanteckningarna innehåller 191 möten med vårdhandlingar. De studerade mötena med vårdhandlingar var:

- Direkt patientnära med sjuksköterskor 110 möten,
- Direkt patientnära med patienter 30 möten,
- Indirekta möten på avdelningen/mottagningen 36 möten,
- Direkta möten med närstående 15 möten (ingår ej i avhandlingen).

Vissa av undersökningsdeltagarna i deltagande observationer ombads dessutom att berätta om sina erfarenheter i en intervju när situationen av mig som forskare upplevdes sådan att det var lämpligt att ställa frågan. Datainsamlingen avseende intervjuerna inleddes med en provintervju. Därefter gjordes sammanlagt 21 intervjuer. Intervjuerna gjordes enskilt. På medicinsk mottagning varade de mellan 20-90 minuter med 5 patienter (1 man och 4 kvinnor) samt mellan 45-60 minuter med 3 sjuksköterskor (kvinnor). Intervjuerna på medicinsk vårdavdelning varade mellan 15-45 minuter med 7 patienter (3 män och 4 kvinnor) samt mellan 25-60 minuter med 6 sjuksköterskor (kvinnor). Två manliga patienter på medicinsk mottagning avböjde att delta i

intervjun vilket de inte angav något motiv till. Intervjuerna spelades in på band och skrevs ut ordagrant utifrån respektive inspelning.

Tabell 1. Översikt av datainsamlingen

| Studier | Insamling av data genom deltagande observationer | Insamling av data genom intervjuer | Områden för studien |
|-------------|--|---|-------------------------|
| Artikel I | 16 möten med vårdhandlingar 6 patienter: 2 män och 4 kvinnor 2 sjuksköterskor: kvinnor | 1 patient: kvinna 1 sjuksköterska: kvinna | Medicinsk vårdavdelning |
| Artikel II | 19 timmar 12 möten med vårdhandlingar 10 patienter: 6 män och 4 kvinnor. ² 3 sjuksköterskor: kvinnor | 5 patienter: 1 man och 4 kvinnor ¹ 3 sjuksköterskor: kvinnor | Medicinsk mottagning |
| Artikel III | 127 timmar 177 möten med vårdhandlingar 51 patienter: 28 män och 23 kvinnor 10 sjuksköterskor: kvinnor | | Medicinsk vårdavdelning |
| Artikel IV | | 7 patienter: 3 män och 4 kvinnor 6 sjuksköterskor: kvinnor | Medicinsk vårdavdelning |

¹Två manliga patienter avböjde att delta

²Varav två av dem deltog i två möten.

Etiska ställningstaganden

För att skydda studiens deltagare följdes de etablerade konventionella överenskommelser och krav på konfidentialitet (HSFR 1999; ICN 2002). De etiska reglerna som gäller för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning har beaktats i studiens genomförande genom att alla deltagare informerades om den aktuella studiens syfte och att de hade rätt till att själva bestämma om de önskade delta samt att de själva avgjorde hur länge och på vilka villkor de önskade medverka. Deltagarnas beslut utsattes inte för påtryckningar eller alltför stor påverkan (HSFR 1999). Klinikchef och vårdenhetschef, sjuksköterskor och undersköterskor tillfrågades och gav

sitt tillstånd till mig som forskare att genomföra undersökningen. Studien är godkänd av Medicinska fakultetens etikkommitté vid Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Ö 661-02.

Jag var som forskare närvarande i daglig omvårdnaden vid olika arbetspass under den tidsperiod som krävdes för att få data som var rik på innebörd av fenomenet vårdande relation. Eftersom fenomenet studerades i daglig omvårdnad behövdes datainsamlingen ske där, eller i nära anslutning, för att minimera risken att erfarenheten av vårdande relation skulle rationaliseras. Som forskare hade jag på mig skylt med titel, namn och institution för att tydliggöra att jag inte var där för att vårda. Vissa av undersökningsdeltagarna i deltagande observationer ombads dessutom att berätta om sina erfarenheter i en intervju när situationen av mig som forskare upplevdes sådan att det var lämpligt att ställa frågan om de ville delta.

Undersökningsdeltagarna i studien var patienter på den medicinska vårdavdelningen och medicinska mottagning då datainsamlingen genomfördes, vilket var problematiskt då de antogs vara i en beroendesituation. Deltagarna kunde uppleva sig påtvingade att delta i studien. Jag strävade som forskare att vara lyhörd för undersökningsdeltagarnas vilja och att uppfatta om undersökningsdeltagaren upplevde obehag, eller på något sätt tog skada av att jag var närvarande i vården. Jag avvek därför vid minsta tecken på obehag.

Studiens syfte var som nämnts att klargöra innebörden av den vårdande relationen. Avsikten var att studera fenomenet i dess naturliga miljö. Jag var vänd mot fenomenet och följsam mot dess dynamik som forskare, alltså fenomenet vårdande relationen, d.v.s. vad patienten och sjuksköterskan skapade tillsammans i samspelet under mötet och berättade om i intervjuerna. Deltagarna i studien hade möjlighet att kontakta mig som forskare efter att de medverkat i deltagande observationer och/eller intervju om det var något ytterligare de ville tillföra.

Tolkning av data

Med stöd i en tolkande fenomenologi var själva analysen i studien en tolkningsprocess som rörde sig fram och tillbaka mellan helhet och delar i en dialektisk tolkande hermeneutisk spiral för att

söka djup förståelse för fenomenet (Benner 1994; Leonard 1994). Den tolkande processen startade i datainsamlingen under deltagande observationer med fältanteckningar, samt under intervjuerna i form av samtal. I den första tolkade helhetsförståelsen lästes varje intervju och fältanteckning igenom som helhet flera gånger. I denna fas av tolkningen hade jag som forskare tillgång till forskargruppens medverkan. Tolkningen skedde genom att helhetsförståelsen redovisades i en kort sammanställning som låg till grund för att tolka delarna. Då delarna tolkades urskiljdes meningsbärande utsagor i texten och ströks under i relation till dess budskap. Innehåll och betydelse i de meningsbärande utsagorna formulerades i direkt anslutning till texten och numrerades. Formulering av innehåll och betydelse hölls nära den ursprungliga texten för att därefter abstraheras i teman. Teman abstraherades genom tolkningsprocessen där skillnader och likheter i meningsbärande utsagors betydelse och innehåll jämfördes kontinuerligt mellan forskarnas tolkning utifrån delarna och helheten i den dialektiska processen. Dessa teman skapade en grund för den fortsatta analysen och som under analysens gång omskapades. Tolkningen skedde i relation till ursprunglig text och meningsbärande utsagor samt teman som kontinuerligt relaterades till förståelse av helhet och delar. Den dialektiska tolkningsprocessen mellan helhet och delar ledde fram till tolkning av en sammanvägd tolkad helhet. Den sammanvägda tolkade helhetsförståelsen av patienters och sjuksköterskors utsagor tolkades först var för sig och därefter tillsammans.

Genom hela forskningsprocessen strävade forskarna efter medvetenhet om sin egen förförståelse och hur den påverkade tolkningen. Det innebar en strävan efter öppenhet och följsamhet genom närhet och distans samt växelvis vara nära eller ta ett steg tillbaka och reflektera i relation till fenomenet som studerades utifrån förförståelsen. Det innefattade att förvänta sig att se något nytt. Användandet av tolkande fenomenologi kan inte reduceras till en procedur eller teknik. Tolkningen måste vara noggrann och rimlig och leda till ökad förståelse för vår värld. I föreliggande studie handlade det om att artikulera innebörden i den vårdande relationen mellan patienten med långvarig sjukdom och sjuksköterskan i daglig omvårdnad.

Tolkningen var vägledad av en strävan efter etisk förståelse och ansvarighet (Benner 1994; Leonard 1994). Det innebar att inte läsa in något som inte fanns i texten. För att använda metoden behövdes självkännedom för att begränsa en egen projektion av föreställningar på texten,

idealiseringar eller förvrängningar. Det var tvunget att gå in i tolkningsprocessen genom att undersöka sin egen förförståelse och konfrontera andra sätt att tolka och det annorlunda. Det var också nödvändigt att tysta ner den egna föreställningsvärlden, likheter och vanlighet från den egna livshistorien, kulturen och personliga ställning. Det innebar att gå in i dialog med texten med avsikt att vara och hålla sig öppen samt förvänta sig att texten skulle visa något som först inte visade sig såsom oförklarliga händelser. Tolkningen av data på detta sätt uppfattades leda fram till nya perspektiv och djup i förståelsen av fenomenet. Denna förståelse användes för att undersöka data avseende helheten i förhållande till delarna och vice versa. Den tolkande processen av fenomenet följde denna helhet - delar - helhet ända till dess att djupet av förståelse för fenomenet uppfattades tillfredsställande.

Tillförlitlighet

Tillförlitlighet inom studien har utförts genom triangulering inom ramen för kvalitativ metod. Avhandlingen har sin utgångspunkt i olika omvårdnadsteorier samt flera datainsamlingsmetoder i de ingående studierna (I-IV) av olika sammanhang i vården och tidpunkter i daglig omvårdnad (Taylor & Bogdan 1984; 1998; Cohen m.fl. 2000; Thurmond 2001; Streubert Speziale & Rinaldi Carpenter 2003). Hela forskningsprocessen visade på möjligheter, styrkor och begränsningar avseende dess tillförlitlighet. Detta kommer från problemet att förståelsen aldrig kan bli fullständig utan beror på situationen (Benner 1994).

För mig som forskare tjänade fältanteckningarna som den egna konstruerade meningen av de studerade mötena eftersom den första tolkningen gjordes då data samlades in i deltagande observationer och intervjuer. Detta kan ses som en begränsning, men visade sig vara en styrka genom dess möjlighet att fokusera fenomenet. I den fortsatta tolkningsprocessen strävades efter att med min och de övriga forskarnas förförståelse fokusera det studerade fenomenet. Det tillförde möjligheter att sätta strålkastarljus på den vårdande relationen som den upplevdes och kom till uttryck i ett komplext sammanhang i vården. Förförståelsen innebar också en begränsning för vad som kunde uppfattas och förstås. Det var emellertid en styrka för de ingående studierna att forskargruppen deltog i diskussioner under hela datainsamlingen och i tolkningsprocessen. Alla var insatta i fenomenet vårdande relation och det komplexa sammanhang i vården där fenomenet

studerades och var naturligtvis tvungna att reflektera över hur detta påverkade tolkningen genom hela forskningsprocessen (Taylor & Bogdan 1984; 1998; Cohen m.fl. 2000).

RESULTAT

Resultaten av studierna i artiklarna (I-IV) har varit ett försök att klargöra innebörden i den vårdande relationen i dagliga möten mellan patienter med långvarig sjukdom och deras sjuksköterskor. I presentationen av de fyra artiklarnas resultat indikeras teman kursivt då de första gången nämns i den löpande texten.

Artikel I: En tolkande fenomenologisk metod för belysning av innebörden i vårdande relation

Resultatet beskriver hur en tolkande fenomenologisk metod användes genom hela forskningsprocessen med deltagande observationer och intervjuer. Den dialektiska tolkningsprocessen mellan helhet och delar ledde fram till en sammanvägd tolkad helhet av patienten och av sjuksköterskan var för sig och därefter tillsammans. Samtidigt som metoden användes gavs en belysning av den vårdande relationen.

Genom att i resultatet beskriva metoden visades att patienter med långvarig sjukdom och deras sjuksköterskor upplevde brister och begränsningar. Det innebar att skapa *målinriktad samverkan* under korta möten. Patienten bidrog med *kompetens* men upplevde också påfrestningar. Sjuksköterskan bidrog med sin *kompetens* och hade en målinriktad *strävan* i det korta mötet. De skapade tillsammans ett möte utifrån patienters upplevda behov och sjuksköterskors omvårdnadsansvar. *Brist på kontinuitet* förstärkte patientens upplevelse av *sårbarhet*. Detta bidrog till påfrestningar för patienten som saknade en personlig relation och upplevde vården otillgänglig. Det innebar strävan för sjuksköterskan. Patienter upplevde att en vårdande relation skulle kunna möjliggöra upplevelse av trygghet, tillgänglighet och omsorg i vården, men var osynliggjord genom brist på kontinuitet och sammanhållen tid i korta möten. Trots detta möjliggjordes en vårdande relation i mötet som fundament i omvårdnaden genom omedelbar närhet och personkännedom.

Sammanfattningsvis visade hela forskningsprocessen i denna artikel (I) möjligheter med styrkor och begränsningar i att studera hur patienter och sjuksköterskor påverkades av och själva

påverkade förutsättningar för möten i vården. En begränsning kan vara att fullständig förståelse för innebörden i ett fenomen inte är möjlig att uppnå beroende av situationen. Den uppnådda förståelsen visar att det varit möjligt att fånga kunskap som är relevant för omvårdnadsvetenskapens fortsatta utveckling och skapar vidare en grund för reflektioner i daglig omvårdnad.

Artikel II: Vårdande relation på en medicinsk mottagning: ett balanserande mellan sårbarhet och värdighet

Resultatet belyser framträdandet samt erfarenheter av den vårdande relationen i dagliga möten i omvårdnaden på en medicinsk mottagning. I mötena bjöd sjuksköterskorna in patienterna och vice versa genom *öppenhet och närvaro i samtalen*. I samspelet mellan patient och sjuksköterska berättade patienten om sin upplevelse av att leva med långvarig sjukdom. Bådas vilja och engagemang var förutsättningar för samspelet i mötet. Patienten och sjuksköterskan sökte respektfullt efter patientens upplevda behov av vård. Det skedde genom att de visade varandra respekt och att såväl patient som sjuksköterska använde sin *kompetens*. Hos patienter innefattade kompetensen erfarenhet av sjukdomen och kunskap som de tagit reda på för att kunna leva sitt dagliga liv med denna. Hos sjuksköterskan innefattade kompetensen erfarenheter av att vårda patienter med långvarig sjukdom samt generell kunskap om att leva med sjukdomen som sådan. Både patienten och sjuksköterskan följde upp hans/hennes berättelse om sättet att leva med sjukdomen i ett *respektfullt sökande efter patientens upplevda behov*. Bådas avsikt var att skapa *ömsesidighet och förtroende* genom ett gemensamt åtagande. Detta gav möjlighet att samtala förtroligt och ställa krav i en process där patientens behov behövde synliggöras, bekräftas och följas upp. Erfarenheter av en vårdande relation innefattade värden som gav stöd och stärkte patienternas hälsa, om det fanns tillgänglighet och kontinuitet möjliggjordes förtroende. Den vårdande relationen medgav att patienter och sjuksköterskor upplevde *samhörighet* och *uppskattning*, men de upplevde också *maktlöshet* beroende på sammanhanget i vården.

Patienterna upplevde maktlöshet när de inte fick tillfälle att diskutera den aktuella situationen med en speciell sjuksköterska. Sjuksköterskorna i sin tur upplevde maktlöshet när omständigheterna i vården begränsade deras möjligheter till engagemang i patienternas olika situationer. Upplevelse av maktlöshet skapade frustration hos sjuksköterskorna och påfrestning hos patienterna vilket medförde begränsningar i vården.

Den tolkade helheten i denna artikel (II) visade att patienter och sjuksköterskor balanserade mellan sårbarhet och värdighet. För att minska upplevelse av sårbarhet och upprätthållande av värdighet behövdes en helhetssyn, vilken fordrades för att vården skulle bli meningsfull vård som innefattade ett ömsesidigt åtagande med möjligheter att stödja och stärka patienters hälsa

Artikel III: Vårdande relation i ett sammanhang – fältarbete på en medicinsk vårdavdelning

Resultatet visar hur sammanhanget i vården, patienternas och sjuksköterskornas bidrag skapade förutsättningar för den vårdande relationens formande i daglig omvårdnad. De visade *respekt för varandra och för sig själva* samt tog *ansvar att nå ut till varandra* och hade dessutom *engagemang*. Detta drev fram formandet av en vårdande relation som gick utöver den individuella patienten och sjuksköterskan. Det fanns ett ansvarstagande att nå varandra genom att samtala. Därigenom söktes förståelse för patienternas upplevda behov. Patienterna och sjuksköterskorna visade respekt för varandra och sig själva genom tålmod och acceptans. Strävanden fanns att vara tydlig, saklig och vänlig i ansvarstagandet. Det fordrades kravfylld effektivitet i de korta mötena mellan patienter och sjuksköterskor i teamet. Det var brist på tid och kontinuitet. Vårdandet angående patienters symtom och välbefinnande genomfördes i samband med medicinsk behandling. Formandet av en vårdande relation innefattade engagemang där viljan att bli involverad låg till grund för öppenhet inför den andre. Detta ledde till bekräftelse som gav stöd och stärkte de involverade. När den vårdande relationen formades framträdde patienten som person då hans/hennes upplevda behov och livssituation var i fokus. Utifrån detta gjordes gemensamma prioriteringar före hemgång. Sjuksköterskorna framträdde som personer i det korta mötet. Som representanter för teamet hade de begränsade möjligheter till engagemang i patienterna som unika personer eftersom patientantalet var stort och vårdtiderna korta.

Den tolkade helheten i denna artikel (III) visade att patienternas och sjuksköterskornas medvetenhet drev formandet av den vårdande relationen som fundament för omvårdnaden vilken omfattade mera än den enskilda patienten och sjuksköterskan. Vården fordrade kravfylld effektivitet med korta möten vilket riskerade att undertrycka den vårdande relationen.

Artikel IV: Patienters och sjuksköterskors upplevelser av den vårdande relationen på sjukhus - en medveten strävan efter trygghet

Resultaten belyser patienters och sjuksköterskors upplevelser av den vårdande relationen i korta möten inom medicinsk vård. Patienterna använde sin kompetens för *upprätthållande av sin värdighet* som också möjliggjorde att vara vårdad och uppleva relation med all personal i vårdteamet. Patienterna upplevde också en *känsla av sårbarhet* vilket innebar att vara vårdad i en påfrestande situation och vara utsatt vilket bidrog till att inte bli sedd, delaktig eller bekräftad då de fick vård. En personlig vårdande relation efterfrågades eftersom patienterna inte upplevde tillräcklig trygghet i vårdsituationen. Sjuksköterskorna använde sin kompetens för en *målmedveten strävan* att forma en vårdande relation i en hektisk vårdmiljö. De var medvetna om begränsningarna i vården som innebar att patienternas, deras egna och vårdmiljöns förutsättningar avgjorde hur och när den vårdande relationen formades. Det visade sig också att det fanns även *mödosam medkänsla* hos sjuksköterskorna då de gav vård i en påfrestande situation. Detta innebar inlevelse med varje unik patient för att forma en vårdande relation i de korta mötena med patienterna. Sjuksköterskorna var medvetna om vad som krävdes vilket innebar respekt för patienternas och deras egen integritet.

Den tolkade helheten i denna artikel (IV) visade att patienterna var medvetna i deras strävanden för att skapa trygghet genom att forma en vårdande relation med all personal. Detta minskade patienters upplevelse av sårbarhet och upprätthöll deras värdighet som skapade visst förtroende vilket gjorde att patienterna upplevde en viss säkerhet som de var nöjda med. Likväl var det inte tillräckligt för patienter som behövde mer trygghet än vad som kunde erbjudas. Resultatet tolkas som patienters behov av en personlig vårdande relation vilken skulle ha kunnat möjliggöra trygghet.

Tabell 2. Översikt av teman i artikel I-III och teman med subteman i artikel IV.

| Studier | Patienters erfarenheter | Samspel i möte med vårdhandlingar | Sjuksköterskors erfarenheter |
|----------------|--|---|---|
| Artikel I | Påfrestning Brist på kontinuitet Sårbarhet Kompetens | Målinriktad samvaro | Strävan Kompetens |
| Artikel II | Kompetens Respekt Samhörighet Uppskattning Maktlöshet | Öppenhet och närvaro i samtalet Respektfullt sökande efter patientens upplevda behov Avsikt att skapa ömsesidighet och förtroende | Kompetens Respekt Samhörighet Uppskattning Maktlöshet |
| Artikel III | | Respekt för varandra och för sig själva Ansvar att nå ut till varandra Engagemang | |
| Artikel IV | Upprätthållande av värdighet -använda sin kompetens -vara vårdad av teamet Känsla av sårbarhet -vara vårdad i en påfrestande situation -vara utsatt -efterfrågan av en personlig vårdande relation | | Målmedveten strävan -använda sin kompetens -vara medveten om begränsningar Mödosam medkänsla -ge vård i en påfrestande situation -vara medveten om vad som krävs |

EN TOLKAD HELHETSFÖRSTÅELSE

En tolkad helhetsförståelse av resultaten i de fyra artiklarna har försökt klargöra innebörden i den vårdande relationen mellan patienter med långvarig sjukdom och deras sjuksköterskor i dagliga möten. Det visar sig finnas en dynamik mellan frustration, drivkraft och ömsesidigt omsorgsfullt närmande vilket innebär ett balanserande mellan sårbarhet och värdighet.

Frustration uppstod när patienterna och sjuksköterskorna försökte få en vårdande relation till stånd i en hektisk vårdmiljö med brist på kontinuitet och sammanhållen tid vilket fordrade kravfylld effektivitet under korta möten. Både patienterna och sjuksköterskorna använde sin specifika kompetens för att tillsammans skapa en vårdande relation som gick utöver den enskilda sjuksköterskan och omfattade all personal i teamet. Det visade sig att patienterna använde sin kompetens för att upprätthålla sin värdighet, begränsa sin sårbarhet och bli vårdad av all personal vilket skapade förtroende för vården, men gav dem inte tillräcklig upplevelse av trygghet. Sjuksköterskorna använde sin kompetens för att skapa en vårdande relation genom mödosam medkänsla och målmedveten strävan som också medförde upplevelse av maktlöshet. Det fanns även en upplevelse av maktlöshet hos patienterna som skapade påfrestning, sårbarhet och utsatthet vilket ledde till att en personlig vårdande relation efterfrågades. Både patienterna och sjuksköterskorna visste att ett ömsesidigt omsorgsfullt närmande var väsentligt i situationen, vilket i sig skapade frustration som låg till grund för deras drivkraft.

Drivkraft för patienter och sjuksköterskor utgjordes av deras kompetens och en medveten strävan efter trygghet. Deras drivkraft behövdes eftersom vårdmiljön fordrade kravfylld effektivitet med brist på kontinuitet och sammanhållen tid. I drivkraften fanns också patienters känsla av sårbarhet, påfrestning och vilja att upprätthålla sin värdighet och begränsa upplevelsen av utsatthet samt sjuksköterskors medvetenhet om vad som krävdes men också deras målmedvetna strävan och mödosamma medkänsla då de gav vård i en påfrestande situation. De visste vad som var väsentligt. För både patienter och sjuksköterskor visades denna drivkraft uppstå ur frustration och en vilja till ömsesidigt omsorgsfullt närmande.

Ett ömsesidigt omsorgsfullt närmande skapade förutsättningar att förverkliga en helhetssyn i omvårdnaden vilket bidrog till samhörighet och uppskattning. Detta genererade kraft genom upplevelse av meningsfullhet som låg till grund för att klara av frustration och främjade drivkraft. Det visade sig att ett ömsesidigt omsorgsfullt närmande uttrycktes genom patienters och sjuksköterskors öppenhet och närvaro under mötet då de i samtalet respektfullt sökte efter patientens upplevda behov. Deras avsikt var att skapa ömsesidighet och förtroende. De visade varandra och sig själva respekt, var engagerade och tog ansvar för att nå ut till varandra. De erbjöd och använde sina specifika kompetenser till det som upplevdes vara väsentligt. Det minskade patienternas sårbarhet och möjliggjorde upprätthållande av sin värdighet. Detta tillförde tillfredsställelse hos sjuksköterskorna som därigenom fick kraft att stödja och stärka patienters hälsa.

REFLEKTION

Den forskning avseende fenomenet vårdande relation som framkom inom denna avhandlings litteraturgenomgång och ingående studier (I-IV) har visat att den vårdande relationen upplevs väsentlig för att patienter ska få den vård som behövs och därigenom främja patienters hälsa. Avhandlingen visar att den vårdande relation som beskrivs i litteraturen kräver hög kompetens och förmåga att skapa relationer. Trots detta var den vårdande relationen sparsamt belyst i empiriska studier. Därför var det särskilt intressant att med hjälp av en tolkande fenomenologisk metod försöka med empiriska studier klargöra detta fenomenets innebörd mera konkret i det sammanhang där det förekommer i medicinsk vård.

Metodologiska reflektioner

Inom omvårdnad ses kvalitativa metoder i ökad utsträckning som accepterade metoder för att söka förståelse för människors livserfarenheter (Rinaldi Carpenter 2003). För denna avhandling visade sig tolkande fenomenologi vara användbar eftersom syftet var att klargöra innebörden av ett fenomen genom att låta människors erfarenheter av samma verklighet framträda för att söka förståelse för deras livserfarenheter. Hur människors erfarenheter av social samverkan konstruerar deras unika verklighet ses som väsentligt att förstå i syfte att utveckla vetenskap (Streubert Speziale 2003).

Med avhandlingens utgångspunkt i vårdandet och den vårdande relationen mellan patienter och sjuksköterskor upplevdes det intressant, utmanande och problematiskt att undersöka verkligheten utifrån deras erfarenheter snarare än som enbart ett observerat fenomen. Genom att klargöra innebörden i den vårdande relationen söktes förståelse för en underliggande innebörd av levd erfarenhet som ofta tas för given i daglig verksamhet. Sådan kunskap kan möjliggöra att mötet blir föremål för reflektion och därigenom kan utvecklas vidare och medvetandegöras (Dahlberg m.fl. 2003). Vid studiens genomförande beaktades att deltagande observation var ett av flera sätt att låta den vårdande relationen framträda. För att nå ytterligare förståelse av patienters och sjuksköterskors erfarenheter krävdes också intervjuer. (Taylor & Bogdan 1984; 1998; Mishler 1986; Cohen m.fl. 2000; Thurmond 2001; Streubert Speziale & Rinaldi Carpenter 2003).

Sjukhuset som valdes för studien var känt som forskningsvänligt, vilket också uppfattades ge en naturlig kontakt med verksamheten i vården. Fenomenet studerades till dess att data var rik på innebörd av det fenomen som samlats in. Undersökningsdeltagarnas beroendeställning beaktades under hela forskningsprocessen och var problematisk. Det fanns en risk att de inte kunde tacka nej till att medverka i studien. Studiens genomförande avsåg att tillföra kunskap som kommer patienter tillgodo i daglig omvårdnad som möjligen kan ses kompensera denna risk.

Det var problematiskt att eftersträva tillförlitlighet i tolkningsprocessen eftersom den dagliga omvårdnaden innefattade ett högt tempo med många intryck. För att fokusera och låta fenomenet vårdande relation framträda i det sammanhang där det utspelades och kom till uttryck fanns en strävan att låta den teoretiska grunden och förförståelsen vara vägledande för reflektion genom att pendla mellan närhet och distans. Dessutom strävades jag efter att bli ”en” i teamet, i den mån det var möjligt, för att ”smälta in” och påverka så lite som möjligt och samtidigt vara tydlig med att inte vara där för att vårda. När en deltagande observatör är med i vården kan det påverka situationen, men på vilket sätt är svårt att veta något om.

För att eftersträva tillförlitlighet i avhandlingens resultat genomfördes studier inom olika medicinska vårdenheter på ett sjukhus vid olika tidpunkter. De olika medverkandes erfarenheter och jämn könsfördelning beaktades inom vårdenheterna för att söka förståelse för fenomenet (Jenks 1999; Thurmond 2001) samt att reflektera utifrån olika teoretiska utgångspunkter (Peplau 1952; Travelbee 1971; Eriksson 1988; 1994b; Kasén 2002; Watson 1985; 2002). Det var förvånande att datainsamlingen resulterade i flest män i deltagande observationer och flest kvinnor i intervjuerna trots strävan efter en jämn fördelning. Detta kan påverka resultatet avseende att fenomenet uttrycks i dagliga möten från fler manliga patienters perspektiv medan erfarenheter av fenomenet gavs från fler kvinnliga patienters perspektiv. Likaså var alla sjuksköterskor som arbetade på den medicinska vårdavdelningen och den medicinska mottagningen kvinnor vilket medför att resultatet inte säger något om manliga sjuksköterskor. Dessutom var jag och övriga forskare i studierna kvinnor. Därmed saknas det manliga perspektivet.

Då den tolkande fenomenologiska metoden användes beaktades resultatets tillförlitlighet och kvalitet genom att eftersträva medvetenhet om förförståelse och förutfattade meningar under arbetets gång vilket naturligtvis påverkade tolkningsprocessen. Förförståelsen både möjliggjorde och begränsade uppfattandet, tolkningen och förståelsen. Det innebar att läsa mycket litteratur om det aktuella fenomenet under hela forskningsprocessen och reflektera över hur förförståelsen påverkade tolkningen.

Frågor ställdes till litteraturen och till det som visade sig då deltagande observationer och intervjuer genomfördes samt till de texter som det skapade utifrån förförståelse och uppfattningsförmåga. Det gav förutsättningar att fokusera uppmärksamheten på det studerade fenomenet samt att möjliggöra olika tolkningar. Detta utfördes genom en strävan att växla mellan att vara nära det som utspelade sig och att distansera sig genom reflektion. Det fanns en strävan efter att vara så noggrann som möjligt under hela forskningsprocessen för att resultatet verkligen skulle spegla det meningsinnehåll som framkommit i de deltagande observationerna och intervjuerna.

Kunskap som uppkom genom att undersöka den vårdande relationen på detta sätt uppfattades vara ett sätt att försöka klargöra fenomenet i dagliga möten i vården. Resultaten i avhandlingen kan tillämpas i andra sammanhang genom att en tolkad helhetsförståelse av samtliga artiklars resultat har genomförts (Dahlberg m.fl. 2001). Naturligtvis måste det beaktas att förståelsen av fenomenet vårdande relation inom denna avhandling tillhör det sammanhang och den tidsperiod då studierna genomfördes (Benner 1994; Streubert Speziale 2003). Den tolkade helhetsförståelsen har gett en generell struktur på en högre abstraktionsnivå genom att inbördes jämföra och relatera olikheter i resultaten.

Reflektioner angående resultatet

Denna avhandling hade för avsikt att klargöra den vårdande relationens innebörd i dagliga möten mellan patienter med långvarig sjukdom och deras sjuksköterskor. Den tolkning som är gjord har varit ett försök med de ingående studierna (I-IV) att klargöra denna innebörd. Både patienters och sjuksköterskors erfarenheter och hur vårdandet i relationen kommer till uttryck i möten mellan dem är belyst. Avhandlingen har också genererat kunskap om det sammanhang i vården med dess

skeenden som de studerade mötena utspelat sig i. I den vårdande relationens innebörd visade sig finnas en dynamik mellan frustration, drivkraft och ömsesidigt omsorgsfullt närmande vilket innebar ett balanserande mellan sårbarhet och värdighet.

Frustration

Patienterna upplevde maktlöshet, påfrestning och sårbarhet samt utsatthet då de fick vård vilket skapade frustration. Denna uppstod när patienterna och sjuksköterskorna försökte få en vårdande relation till stånd i en hektisk vårdmiljö med brist på kontinuitet och sammanhållen tid vilket fordrade kravfylld effektivitet under korta möten. De var tvungna att använda sin specifika kompetens för att tillsammans skapa en vårdande relation som gick utöver den enskilda sjuksköterskan. Patienterna hade begränsade möjligheter att bjuda in en speciell sjuksköterska i förtroende i sin vardagsvärld, berätta och/eller ställa frågor som var viktiga för dem om sitt liv med långvarig sjukdom. Genom många kontakter upplevde patienterna inte tillräcklig trygghet (IV) utan de använde sin kompetens för att upprätthålla värdigheten och begränsa sårbarheten (I, II, IV). Nortvedt (2001) diskuterar att sjuksköterskans omvårdnad handlar om att vårda sårbara människor, vilket också visas i Yonge och Molzahn's (2002) studie. Författarna menar att sjuksköterskor måste ta patienters sårbarhet i beaktande genom att finna vägar då de ger vård som minskar deras sårbarhet. Stabell och Nåden (2006) fann att det var väsentligt att sjuksköterskor tillvaratar patientens personliga kompetens för att bevara hans/hennes värdighet genom att det stärker patientens oberoende och integritet.

Avhandlingens resultat visade vidare att de olika situationerna i vården blev påfrestande (IV) vilket kan härledas till att tilliten mellan människor är oss given i det sammanhang där mötet utspelar sig (Lögstrup 1956/1994). Detta ledde till att de efterfrågade en personlig vårdande relation (I, IV) som kan härledas till att det tysta kravet inte kunde tas emot eller förmedlas i mötet (Lögstrup 1956/1994). Det tysta kravet innebär att möta varandra med tillit som innebär att tro på den andres ord med en naturlig tillit på förhand. Lögstrup (1956/1994) säger att detta är märkligt eftersom det finns en fara i att visa tillit till den andre/andra genom att utlämna sig själv, men anser att detta hör till att vara människa och att det skulle vara livsfientligt om vi inte hade denna tillit. Om tilliten möts av någon annan hållning än ett mottagande av den, slår den över i misstro enligt Lögstrup (1956/1994). Mötet behöver inte först bli fientligt för att detta skall

hända, utan det räcker med reservation och avvisande i mötet. Det betyder att den naturliga tilliten mellan människor behöver förvaltas väl eftersom vi på det sättet är varandras värld.

Sjuksköterskorna upplevde maktlöshet och påfrestning då de gav vård vilket skapade frustration eftersom de var medvetna om att det krävdes en mödosam medkänsla med varje unik patient. De var tvungna i den kravfyllda vårdmiljön att använda sin specifika kompetens i målmedveten strävan att forma en vårdande relation (I, II, IV) vilket skapade frustration. Resultatet i avhandlingen visade m.a.o. att sjuksköterskornas arbetssituation var ansträngande och skapade därigenom känsla av maktlöshet i vården. Flera studier (Billeter-Koponen & Fredén 2005; Hallin & Danielson 2000) visar att den kravfyllda vårdmiljön skapar maktlöshet hos sjuksköterskor. Det visar sig särskilt att relationen mellan patienten och sjuksköterskan skapar möjligheter för sjuksköterskor att orka fullfölja sitt ansträngande arbete genom att detta blir meningsfullt.

Ansvar för relationen mellan patienten och vårdaren ligger hos vårdaren (Dahlberg 2002; Kasén 2002). Med hänsyn till att den vårdande relationen skapas i kravfylld vårdmiljö är Lögstrups (1956/1994) resonemang intressant om att tilliten mellan människor är oss given. Lögstrup menar att människan som visar eller begär tillit utlämnar sig och ger mer eller mindre av sitt liv i den andre/andra människans hand vilket ställer krav. I flera studier diskuteras om sjuksköterskor i dagens vård har möjlighet att forma vårdande relationer i daglig omvårdnad (Dahlberg 2002; Nyström m.fl. 2003; Billeter-Koponen & Fredén 2005; Davis 2005; Hallin & Danielson 2006). Särskilt med tanke på att vårdtiderna är korta och effektiviseras med ett annat intresse än att skapa möjlighet för en vårdande relation att formas och utgöra ett fundament för sjuksköterskans omvårdnad (Nortvedt 2001; Turkel & Ray 2004).

Avhandlingens resultat angående frustration kan också speglas i Lögstrups (1956/1994) diskussion om våra konventioners dubbla funktion. Han menar att vi visar varandra en förbehållsam tillit genom vi är reserverade då vi lärt oss av våra erfarenheter att inte utsätta oss för andras misstro eller riskera att bli avvisade, vilket medför att vi inte utlämnar oss själva i tilliten. Inte ens när vi skulle behöva det. Lögstrup menar att våra konventioner inte kräver ett tillvaratagande av den andres liv, utan enbart hänsynstagande och den omtanke som vår kultur

och tradition kräver. Därför är det angeläget att patienten och sjuksköterskan får möjlighet att använda sin kompetens i mötet.

Drivkraft

Det som låg bakom drivkraften visade sig vara en medveten strävan efter trygghet (IV). Patienterna hade en känsla av sårbarhet (I, II, IV), påfrestning och vilja att upprätthålla sin värdighet och därigenom begränsa upplevelsen av utsatthet (IV). Sjuksköterskorna visade sig vara medvetna om vad som krävdes, strävade målmedvetet med mödosam medkänsla då de gav vård i en påfrestande situation (IV). Både patienterna och sjuksköterskorna visste att ett ömsesidigt omsorgsfullt närmande var väsentligt i situationen, vilket skapade frustration som låg till grund för deras drivkraft. I resultatet framkom patienters upplevelse av sårbarhet och sjuksköterskors upplevelse av begränsningar då de ömsesidigt strävade efter att skapa trygghet (IV). Dessa resultat verifieras i den teoretiska diskussion som förs av flera författare såsom Nortvedt (2001) och de Reave (2002) som menar att människors sårbarhet i mellanmänniska relationen är förankrad i sjuksköterskans överväganden angående patientens trygghet och beroende av vård. Kärnan är hur sjuksköterskan lever sig i patientens hela situation då de ger vård.

Avhandlingens resultat angående patienters och sjuksköterskors upplevelser och strävan kan även relateras till Lögstrups (1956/1994) diskussion om att det som är väsentligt för en människa inte tål att banaliseras. Det mest väsentliga kan vara svårt att uttrycka och som av Lögstrup beskrivs som "andlig blyghet", vilken anses rädda det mest väsentliga, d.v.s. levande, i förhållanden. Resonemanget utgår från att vårt liv är oss givet, att vi själva inte skapat det och därför kan det inte upplevas som direkt uttryck. "Andlig blyghet" kan på detta sätt ses i samspelet under mötet som krävde patienters och sjuksköterskors medvetna strävan efter att skapa trygghet (II) vilket var källa till deras drivkraft för att mötet inte skulle gå förlorat i banalitet. Deras "andliga blyghet" kan alltså påstås ligga bakom deras strävan som ett indirekt uttryck för det mest levande, ett vårdande som möjliggör trygghet. Det tog sig uttryck i kravfylld effektivitet (III) i målinriktad samvaro (I) med engagemang, ansvar och respekt (III) trots brist på kontinuitet, avskildhet och sammanhållen tid (I). Detta resultat antyder att varje människa har en grundläggande strävan att förverkliga sig själv och skapa en harmoni mellan kropp, själ och ande

(jfr Watson 1988). I avhandlingens resultat framkom att både patienter och sjuksköterskor behövde prioritera och vara inriktade mot bestämda mål. De avsåg att det allra viktigaste skulle avhandlas vilket åtgärdades omedelbart eller inom snar framtid (III). Under press försökte de tillsammans nå förståelse för patienters upplevda vårdbehov vilket innefattas i det personliga engagemanget i en professionell relation. Det var en ömsesidig medveten strävan att förverkliga visionen om en trygg förbindelse som möjliggör hälsa. I en studie av Faithfull och Hunt (2005) visas att trygghet byggs upp över tid i en relation som är en väsentlig del i att ge vård vilken möjliggör förtroende och trygghet samt att följa upp vården för att kunna stödja patientens välbefinnande. Resultatet angående patienters och sjuksköterskors strävan bekräftas i Erikssons (1994b) teoretiska belysning av vårdandet som betonar att en vårdande gemenskap är det väsentliga, vilken förekommer i en osjälvvisk relation med den andre/andra människan, och är en källa till kraft och meningsfullhet i vårdandet.

Ömsesidigt omsorgsfullt närmande

Ett ömsesidigt omsorgsfullt närmande skapade förutsättningar att förverkliga en helhetssyn i omvårdnaden vilket bidrog till samhörighet och uppskattning. Avhandlingens resultat visade att samspelet i mötet kunde möjliggöra förtroende som skapade förutsättningar för att upprätthålla värdighet (II, IV). Det var en ömsesidig medveten strävan för att uppnå trygghet (IV). Patienterna och sjuksköterskorna var engagerade och tog ansvar (III) då de respektfullt sökte efter patienternas upplevda behov med öppenhet och närvaro i samtalet som förpliktade personalen att värna om patientens värdighet genom att ge han/henne vård (II) vilket även framgår i studien av Kasén (2002). I likhet med resultatet påvisar Olthius, Dekkers, Leget och Vogelaar (2006) i sin studie att etik är en integrerad del i det vårdande samtalet genom respekt, ansvar och ömsesidighet. Resultat bekräftas också i Halldórsdóttirs (1996) studie som visar att från patienters perspektiv uppfattas sjuksköterskor vara involverade och engagerade samt kompetenta och genuint berörda i det vårdande mötet. På detta sätt kan sägas att patienterna och sjuksköterskorna försökte närma sig varandras världar i samspelet under mötet, då de strävade efter trygghet. Avseende hur vi försöker närma oss varandras världar kan liknas med vad Watson (1988) menar att vårdandet i relationen grundas på, nämligen det faktum att en människa tar emot en annan människas uttryck för känslor och kan därigenom bli delaktig i samma känsla som den andre uttryckte. Detta kan ses som vårdandets konstfulla sida som grundar sig på att ta emot en

annan människas känslouttryck och att uppleva dessa inom sig själv (Watson 1988). Sjuksköterskan kan m.a.o. skapa en förening med den andre på en nivå som överskrider det fysiska och som besvarar patienten som person. På detta sätt bryts isolering och avståndet minskar genom en förening av känslor som kan möjliggöra välbefinnande, samt upptäckt av inre kraft som bidrar till att patienten finner mening i sin existens (Watson 1988).

Patienterna och sjuksköterskorna erbjöd och använde sina specifika kompetenser till det som upplevdes vara väsentligt (I, II, IV). Det minskade patienternas sårbarhet och möjliggjorde upprätthållande av deras värdighet (II). Att ta tillvara patienters förmåga i vården är väsentligt för att upprätthålla och stärka patienters värdighet (Stabell & Nåden 2006). Det framgår i såväl teoretiska som empiriska studier att det finns ett balanserande mellan sårbarhet och värdighet. Yonge och Molzahn (2002) samt Franklin, Ternestedt och Nordenfelt (2006) visar på sårbarheten i vårdandet som en del i bevarandet av patientens värdighet. Människans sårbarhet i relation till sin värdighet diskuteras också av Gallagher (2004). En etisk strävan anses vara nödvändig för att upprätthålla människans värdighet i vården på grund av hans/hennes sårbarhet. Stabell och Nåden (2006) visade på oberoende och självbestämmande som väsentligt för patientens värdighet i vården. Det handlar om att känna sig fri och kunna fatta egna beslut om sin livssituation vilket är i linje med vad Eriksson (1994b) säger om mänsklig värdighet, att det är en inre frihet och ett ansvar för det egna livet som hänger samman med mening i livet.

Det visade sig att ett ömsesidigt omsorgsfullt närmande uttrycktes genom patienters och sjuksköterskors öppenhet och närvaro under mötet då de i samtalet respektfullt sökte efter patientens upplevda behov. Deras avsikt var att skapa ömsesidighet och förtroende (II). De visade varandra och sig själva respekt, var engagerade samt tog ansvar för att nå ut till varandra (III). I detta finns ett slags etiskt krav som kan ses som en del av etiken i ett vårdande samtal (Fredriksson & Eriksson 2001; Olthius m.fl. 2006). Enligt Lögstrup (1956/1994) innebär det etiska kravet att möta varandra med tillit som kräver grundläggande överväganden i varje ny situation för att komma till klarhet med vad som bäst gagnar den andre. På detta sätt är det väsentligt beakta att patienten har eget ansvar och inte bestämma över hans/hennes vilja.

Konklusion

Den tolkade och reflekterade helhetsförståelsen har tillfört en djupare förståelse av fenomenet vårdande relation som en dynamik mellan frustration, drivkraft och ömsesidigt omsorgsfullt närmande vilket innebar ett balanserande mellan sårbarhet och värdighet. Det var ett ömsesidigt åtagande mellan patienter med långvarig sjukdom och deras sjuksköterskor i medicinsk vård som skapade förutsättningar för en helhetssyn i vården. Denna behövdes för att minska patienters upplevelse av sårbarhet och upprätthållande av värdighet, vilket genererade kraft genom upplevelse av meningsfullhet. Förhållanden i vården och patienters och sjuksköterskors bidrag skapade förutsättningar för den vårdande relationen i daglig omvårdnad. Patienter och sjuksköterskor strävade efter trygghet genom att forma en vårdande relation. Deras strävanden var inte tillräckliga för att ge trygghet. Deras medvetenhet drev dess formande som gick utöver den enskilda patienten och sjuksköterskan och omfattade alla i vårdteamet. Den medgav förtroende men räckte inte för patienternas behov av trygghet och få stöd att bli stärkt för att kunna leva sitt dagliga liv med långvarig sjukdom och uppleva välbefinnande. Det resulterade i att patienterna efterfrågade en personlig vårdande relation. I den bemärkelsen visade sig den vårdande relationen som ett eftersträvat ideal som inte uppnåddes.

Sammanfattningsvis har avhandlingens resultat avseende innebörden av den vårdande relationen gett bidrag till teoretisk och praktisk kunskap om vad patienter kan efterfråga och förvänta sig av möten inom medicinsk vård. Dessutom tillför avhandlingen kunskap som studenter, yrkesverksamma sjuksköterskor och annan personal i andra sammanhang kan reflektera utifrån i unika möten eftersom vårdandet är en gemensam angelägenhet i all vård. Avhandlingen visar vad som behöver uppmärksammas, reflekteras över och eftersträvas för att möjliggöra vårdande relationer inom olika sammanhang i vården. För framtida forskning tillför avhandlingens resultat ytterligare frågor om vad det innebär att ha den vårdande relationen som en teoretisk grund för daglig omvårdnad, för organisation och omvårdnadsprocess. Likaså frågor om vad den vårdande relationen innebär för kvinnor respektive män som patienter samt vad den vårdande relationen innebär för patienter som blir vårdade i olika områden i hälso- och sjukvården.

SUMMARY IN ENGLISH

In this thesis the intention was to elucidate the caring relationship in daily encounters between patients with long-term illness and their nurses in a medical ward and a medical out-patient clinic at a county hospital in west Sweden. This thesis includes four papers.

This thesis has its base in caring and the meaning of the caring relationship in daily nursing practice. Conditions and consequences of caring in the relation between patients and nurses are well described from both views; most of all in theoretical studies and literature reviews, but also in empirical studies. Nevertheless, this literature and earlier research have pointed out that there is a gap of knowledge concerning how the caring relationship is formed and experienced in the interpersonal encounters between patients who suffer from long-term illness and their nurses. Qualitative empirical studies in particular are rare, with methods which illuminate the meaning of personal lived experiences from both patients' and nurses' view, as well as through participant observation studies regarding the caring relationship's appearance as this study aims to elucidate. The knowledge from studying the caring relationship in daily nursing practice in this matter is to bring understanding about the meaning of this phenomenon in a medical context.

The overall aim for this thesis is to elucidate the meaning of the caring relationship in everyday encounters between patients with long-term illness and their nurses.

The aim of paper I was to describe how an interpretive phenomenological method was used to illuminate the meaning of the phenomenon caring relationship in daily nursing practice.

The aim of paper II was to illuminate the caring relationship's appearance in encounters between patients with long-term illness and nurses in an out-patient clinic, and their experiences of this phenomenon.

The aim of paper III was to investigate how the caring relationship is formed between patients with long-term illness and their nurses in a medical context.

The aim of paper IV was to illuminate patients' with long-term illness and nurses' experiences of the caring relationship.

An interpretive phenomenological method was considered most suitable for this thesis even if certain methodological considerations required particular attention. This means that the researcher is focused, open and pliable in searching for understanding of the phenomenon under study in a dialectic process between whole and parts in a hermeneutic circle. The method allows for possibilities to search for knowledge about the world surrounding people, which is gained through their senses which are uncertain and variable. Questions are asked about what it means to be human being; what they care about as well as which purposes and obligations they have. This could lead to an understanding about how human beings understand the world as well as of their contribution with intentional acts, dialogue and subjective experience which contains meaning. The whole research process showed limitations and strengths regarding its trustworthiness, which springs from the problem that creating understanding can never be complete because it depends on the situation. The researchers strove for awareness about and the use of their preunderstanding in studying the phenomenon in the everyday complexity in its specific context in which the phenomenon occurs. All researchers in the team were familiar with patients with long-term illness and the caring relationship in various care contexts and had to reflect during the whole process how that influenced the interpretation.

The thesis is based on 146 hours of participant observation with field notes in a medical ward and a medical out-patient clinic. The observations included 61 patients (34 men and 27 women) and 13 nurses (all women). This data was taken in combination with 21 interviews carried out among twelve patients (four men and eight women) and nine nurses (all women). The interview was a conversation with the patients during their stay in the hospital or close to it and their nurses. These interviews in combination with field notes were conducted in order to search for deeper knowledge about people and their experiences. The caring relationship needed to be studied in the natural environment and become an everyday occurrence, which an interpretive phenomenological method made possible. This contributes rich knowledge that formulates what is understood. Data was collected between February and June in 2003.

Study I describes how an interpretive phenomenological method was used to illuminate the meaning of the phenomenon caring relationship in daily nursing practice. It was through the interpretation process in the hermeneutic circle, which was implemented throughout the whole

research process, that we could illuminate how the patients' and the nurses' thoughts, feelings and actions in the caring proceeding led to a more profound knowledge about how the patient and the nurse together create a brief encounter through their unique competence in the caring relationship in daily nursing practice. Despite the methods demanding nature, the use of interpretive phenomenology offered an opportunity for learning to understand the meaning of the phenomenon caring relationship with both strengths and limitations in a complex context. The researchers were used as tools in the hermeneutic circle which gave deeper knowledge about the phenomenon. Initial interpretive understanding of interviews and field notes, meaning units and comprehensive understanding were presented. Themes from the patient's interview were competence, lack of continuity, strain and vulnerability. Themes from the nurse's interview were competence and striving. Themes from the field notes were interactions towards a goal. The results illuminate both the patients' and the nurses' lived experiences of the caring relationship and how the phenomenon is formed in daily nursing practice. Patients and nurses were influenced by each other and by the nursing environment. This understanding gives an opportunity to gain knowledge which is relevant to practice and could offer thoughts worth considering in daily nursing.

Study II illuminates the caring relationship appearance in encounters between patients with long-term illness and their nurses in an out-patient clinic, and their experiences of this phenomenon. The interpretation of the complete material shows various aspects of the caring relationship between patients and nurses. Three themes were interpreted in the text from the field notes: openness and presence in a dialogue, respectfully searching for patients' experienced needs as well as intentions to create mutuality and confidence. A further five themes from the interview texts among patients and nurses: respect, competence, solidarity, appreciation, and powerlessness. A comprehensive understanding showed that both patients and nurses felt a desire to establish a caring relationship which was formed in a balance between vulnerability and dignity, involving a mutual commitment. However, it was shown that patients and nurses experienced powerlessness as an obstacle for establishing a caring relationship which brought strain and increased the patients' feelings of vulnerability. The results in this study are understood as balancing between dignity and vulnerability. This balance seems to need a holistic view to decrease vulnerability and maintain dignity which was required for meaningful care.

Study III investigates the caring relationship in encounters between patients and nurses. The results of the study illuminate the meaning of how the caring relationship is shaped in a medical ward. The medical context shaped the form through which caring relationships appeared in encounters between patients and nurses. The caring relationship was identified in three themes: respect for each other and for themselves, responsibility to reach out to each other and engagement. This made demands on patients and nurses due to the fact that the context produces an exacting efficiency. The context circumstances in a medical milieu demanded exacting efficiency and risks to oppress the caring relationship. Patients' and nurses' awareness drove the forming of a caring relationship which went beyond the individual nurse and patient. The results of this study implicate the importance of an understanding of how context circumstances, patients' and nurses' contribution create the foundation of the caring relationship in daily nursing practice through the aspects, respect for each other and for themselves, responsibility to reach out to each other and engagement.

Study IV illuminates the caring relationship between patients with long-term illness and their nurses through narratives. This study shows patients' and nurses' view of the phenomenon. The results concerning patients' view were identified in the following themes: maintaining dignity with sub-themes - using one's own competence and being cared of by the team - as well as a feeling of vulnerability with sub themes - being cared for in a straining situation, being exposed and finally inquiring personal caring relationship. The results concerning nurses' views were identified in the following themes: a purposeful striving with sub-themes - using one's own competence and being aware of limitations, as well as an arduous compassion with sub-themes - giving care in a straining situation and being aware of what is needed. These results show that patients and nurses were aware in their striving for trust through forming a caring relationship. Both patients and nurses used their specific competence which decreased patients' vulnerability and maintained dignity. However, their striving was not enough to end in trust. The findings in this study are understood, as patients need a personal caring relationship that could make trust possible. These findings may be transferred to all healthcare staff as a reflection on caring relationships in their specific care context.

An interpretive understanding of the four papers in this thesis has been an attempt to elucidate the meaning of the caring relationship as a dynamic between frustration, motive force and mutual careful advances, which meant a balancing between vulnerability and dignity. Frustration arose when patients and nurses tried to realise a caring relationship. They were aware that a mutual careful advance was of importance in the situation that gave a foundation for their motive forces, which created frustration in a conscious striving for trust. That striving created conditions to realise the holistic view, which promoted the care as meaningful which generated strength. This decreased the patients' experiences of vulnerability and gave opportunity to maintain dignity. This conveyed satisfaction among nurses which empowered them to support and strengthen patients' health.

In summing up through the results and the interpretive whole, this thesis shows that the caring relationship between patients with long-term illness and their nurses demanded a mutual commitment which created conditions for a holistic view in the care. That view was needed in decreasing patients' experience of vulnerability and maintaining their dignity which generated strength through experience of meaningfulness.

Through interpretation the results in this thesis have been understood in a new way. Nevertheless, the results of the comprehensive understanding always belong to a specific context and could never be understood as universal. The results visualise what is understood, which could be a foundation for reflection in the unique encounter between patients, nurses and all healthcare staff. It is a general structure which has been lifted over a concrete level, but is still within a particular context. This does not mean that the results lack meaning in other contexts. The thesis result about the meaning of the caring relationship contributes theoretical as well as practical knowledge. The results in this thesis have also contributed to knowledge, which can lead further to new research questions concerning the caring relationship. Some areas of interest to study further are caring relationship in connection with: patients suffering from long-term illness and their trajectory in health care, the experiences of women and men as well as relatives.

TACK

Efter en lång tids avhandlingsarbete står jag nu inför att avlägga doktorsexamen. Dessa år har inneburit många utmaningar där det funnit många personer som hjälpt och stöttat mig. Först vill jag rikta mitt tack till alla de patienter och sjuksköterskor som inbjudit mig att vara med dem då de fått/givit vård. De har bjudit på sina berättelser i våra samtal om deras erfarenheter och givit mig tillträde att vara deltagande observatör på ett föredömligt vis. Ett tack riktas till verksamhetschefer och vårdenhetschefer som möjliggjort att studien kunde genomföras och all vårdpersonal som varit delaktiga. Utan dem hade det inte blivit någon avhandling. Ett särskilt tack vill jag rikta till Birgitta Berghänel-Sikberger som varit en god vägledare för studiens genomförande i vården.

Mitt varma och innerliga tack riktas till mina handledare och medförfattare till artiklarna, huvudhandledare professor Ella Danielson och biträdande handledare docent Carola Skott och universitetslektor Leeni Berntsson som under hela avhandlingsarbetet givit synpunkter som väglett, utmanat och givit stöd vilket har främjat min utveckling och fört studien framåt. Utan er hade det inte varit möjligt för mig att vara där jag är nu. Jag vill också rikta ett varmt tack till er som bidragit med värdefulla synpunkter på mittseminarium och slutseminarium, professor Ingegerd Bergbom, professor Maria Nyström, docent Ingegerd Fagerberg, docent Joakim Öhlén och universitetslektor Marie Berg.

Till ledningen på dåvarande Institutionen för omvårdnad och numera Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vill jag rikta ett varmt tack som möjliggjort för mig att genomföra forskarutbildningen genom utbildningsbidrag och doktorandanställning. Tack alla kollegor på institutionen som visat förståelse när det har varit en påfrestande period och visat intresse för avhandlingsarbetet som bekräftat och varit stödjande. Särskilt vill jag rikta ett varmt tack till Kristina Andersson, Agneta Sedström och Margareta Sköld.

Tack för alla dessa inspirerande diskussioner i doktorandgruppen, vi som följts åt under fyra år i vått och torrt vilket har varit ett fint stöd. Tack till alla er doktorander som gav mycket intressanta synpunkter på ramberättelsen under seminariet.

Jag vill tacka följande personer.

Eva Deutsch för all hjälp med administrativa uppgifter i omfattande utsträckning. Ulla Eliasson och Bodil Olsson för ert professionella arbete med att skriva ut intervjuer. Dorothy Björklund och Fiona Lovén som skickligt granskat det engelska språket i artiklarna. Ulla-Britt Zackrisson för din noggranna genomgång av ramberättelsen med värdefulla synpunkter.

Ett särskilt tack vill jag rikta till alla de personer som med trevlig samvaro, givande diskussioner och fin gemenskap stöttat mig genom åren Lena Andersson, Marie Arlenborg, Helén Bahrd, Elisabeth Dahlborg, Lisa Donnerdal, Eva Gadd, Maria Franck-Wihlborg, Inga Knutsson, Monica Moene, Monica Pettersson, Annika Törnqvist och Ulla-Britt Zackrisson. Ett särskilt varmt tack vill jag rikta till Maj Smith som alltid lyssnat och stöttat oförtröttligt och som sett till att jag kommit ifrån avhandlingsarbetet ibland och kunnat återvända med nya krafter.

Sist men inte minst vill jag framföra tack till familjen för all praktisk hjälp och uppmuntran under dessa år som passerat. Tack Ralf, min man för att du oförtröttligt stöttat mig och Adam, vår son som bidragit till att avhandlingsarbetet speglats i det vardagliga livet på ett givande sätt.

REFERENSER

Attree M. (2001) Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care. *Journal of Advanced Nursing* 33(4), 456-66.

Benner P. (1985) Quality of life: a phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *Advances in Nursing Science* 8(1), 1-14.

Benner P. (1994) The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices In P. Benner (ed.) *Interpretive Phenomenology Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*. (pp. 99-127) London: Sage Publications, Inc.

Benner P. (2000) The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy* 1, 5-19.

Billeter-Koponen S. & Fredén L. (2005) Long-term stress, burnout and patient-nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19(1), 20-27.

Carper B.A. (1978) Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.

Cohen M.Z., Kahn D.L. & Steeves R.H. (2000) *Hermeneutic Phenomenological Research A Practical Guide for Nurse Researchers*. London: Sage Publications, Inc.

Covington H. (2005) Caring presence: providing a safe space for patients. *Holistic Nursing Practice* 19(4), 169-72.

Coyle J. (2002) Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing* 37(6), 589-97.

Crowe M. (2000) The nurse-patient relationship: a consideration of its discursive context. *Journal of Advanced Nursing* 31(4), 962-67.

Cumbie S.A. (2001) The integration of mind-body-soul and the practice of humanistic nursing. *Holistic Nursing Practice* 15(3), 56-62.

Dahlberg K., Drew N. & Nyström M. (2001) *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg K. (2002) Vårdlidandet - det onödiga lidandet. *Vård i Norden* 22(1), 4-8.

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

- Davis L.A. (2005) A phenomenological study of patient: expectations concerning nursing care. *Holistic Nursing Practice* 19(3), 126-33.
- Davidson A.W. (2001) Person-environment mutual process: Studying and facilitating healthy environments from a nursing science perspective. *Nursing Science Quarterly* 14(2), 101-8.
- de Reave L. (2002) Trust and trustworthiness in nurse-patient relationship. *Nursing Philosophy* 3(2), 152-162.
- Eldh A.C., Ehnfors M. & Ekman I. (2004) The phenomena of participation and non-participation in health care-experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 3(3), 239-46.
- Eriksson K. (1987a) *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson K. (1987b) *Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson K. (1988) *Vårdprocessen*. (Fjärde upplagan). Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson K. (1989) *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson K., Lindholm L. & Herberts S. (1994a) Bilder av lidande-lidande i belysning av aktuell vårdvetenskaplig forskning. *Hoitotiede* 6(4), 155-12.
- Eriksson K. (1994b) Theories of caring as health. In D.A. Gaut & A. Boykin (eds.) *Caring as Healing: Renewal Through Hope*. (pp. 3-20) New York: National League for Nursing Press.
- Eriksson K. & Lindström U.Å. (2000) Siktet, sökandet, slutandet – om den vårdvetenskapliga kunskapen. In K. Eriksson & U.Å. Lindström (eds.) *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi*. (s. 5-18) Vasa: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Fagerström L., Eriksson K. & Bergbom Engberg I. (1998) The patients perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of Advanced Nursing* 28(5), 978-87.
- Faithfull S. & Hunt G. (2005) Exploring nursing values in the development of a nurse-led service. *Nursing Ethics* 12(5), 440-452.
- Forsberg A., Bäckman L. & Möller A. (2000) Experiencing liver transplantation: a phenomenological approach. *Journal of Advanced Nursing* 32(2), 327-34.
- Franklin L-L., Ternstedt B-M. & Nordenfelt L. (2006) Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing Ethics* 13(2), 130-146.
- Fredriksson L. & Eriksson K. (2001) The patient's narrative of suffering: a path to health? An interpretive research synthesis on narrative understanding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15(1), 3-11.

Gallagher A. (2004) Dignity and respect for dignity - two key health professional values: implications for nursing practice. *Nursing Ethics* 11(6), 587-99.

Gadow S. (1984) Touch and technology: two paradigms of patient care. *Journal of Religion and Health* 23(1), 63-69.

Gadow S. (1995a) Clinical epistemology: a dialectic of nursing assessment. *Canadian Journal of Nursing Research* 27(2), 25-34.

Gadow S. (1995b) Narrative and exploration: toward a poetics of knowledge in nursing. *Nursing Inquiry* 2, 211-14.

Golberg B. (1998) Connection: an exploration of spirituality in nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 27, 836-42.

Halldórsdóttir S. (1996) *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care-Developing a Theory*. (Doktorsavhandling) Linköping: Department of Caring Science, Faculty of Health Sciences.

Hallin K. & Danielson E. (2006) Registered nurses' experience of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* Jul 14, [E. ahead of print]

Hartrick G., Lindsey A.E. & Hills M. (1994) Family nursing assessment: meeting the challenge of health promotion. *Journal of Advanced Nursing* 20(1), 85-91.

Haworth S.K. & Dluhy N.M. (2001) Holistic symptom management: modelling the interaction phase. *Journal of Advanced Nursing* 36(2), 302-10.

Hertzberg A., Ekman S-L. & Axelsson K. (2001) Staff activities and behaviour are the source of many feelings: relatives' interactions and relationships with staff in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 10(3), 380-88.

HSFR (1999) *Regler etik HSFR*. Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet. Uppsala: ilo grafisk form.

ICN (2002) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Jackson C. (2004) Healing ourselves, healing others. *Holistic Nursing Practice* 18(2), 67-81.

Jenks J.M. (1999) Triangulation as a qualitative research strategy. In Streubert H.J. & Carpenter D.R. (1999) *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. (pp.299-308) (2nd ed.), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Jerlock M., Gaston-Johansson F. & Danielson E. (2005) Living with unexplained chest pain. *Journal of Clinical Nursing* 14 (8), 956-64.

Jewell S.E. (1994) Patients participation: what does it mean to nurses? *Journal of Advanced Nursing* 19(3), 433-38.

Kasén A. (1996) Vårdrelationen som berättelse och förbindelse - en begreppsanalytisk upptäckt. *Hoitotiede* 8(4), 175-83.

Kasén A. (1997) *Vårdrelationen –verklighet och vision i patientens värld. En hermeneutisk studie.* (Licentiatavhandling) Vasa: Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten. Åbo Akademi.

Kasén A. (2002) *Den vårdande relationen.* (Doktorsavhandling). Åbo: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. Åbo Akademis Förlag.

Kellert U.M. & Mannion J. (1999) Meaning in caring: reconceptualizing the nurse-family carer relationship in community practice. *Journal of Advanced Nursing* 29(3), 697-703.

Kestenbaum V. (ed.), (1982) *The Humanity of the Ill. Phenomenological Perspectives.* Knoxville: The University of Tennessee press.

Kirk K. (1992) Confidence as a factor in chronic illness care. *Journal of Advanced Nursing* 17, 1238-42.

Kvale S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund: Studentlitteratur.

Leonard V.W. (1994) A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. In P. Benner (ed.) *Interpretive Phenomenology Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness.* (pp. 43-83) London: Sage Publications, Inc.

Lindsey E. (1995) The gift of healing in chronic illness/disability. *Journal of Holistic Nursing* 13(4), 287-305.

Lindsey E. (1996) Health within illness: experiences of chronic ill/disabled people. *Journal of Advanced Nursing* 24(3), 465-72.

Lindsey E. (1997) Experiences of the chronically ill: a covert caring for the self. *Journal of Holistic Nursing* 15(3), 227-42

Lögstrup K.E. (1956/1994) *Det etiska kravet.* Göteborg: Daidalos.

Macrae J. (1995) Nightingale's spiritual philosophy and its significance for modern nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 27(1), 8-10.

May C.R. & Purkis M.E. (1995) The configuration of the nurse-patient relationships: a critical view. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 9(4), 283-95.

McCormack B., Kitson A., Harvey G., Rycroft-Malone J., Titchen A. & Seers K. (2002) Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *Journal of Advanced Nursing* 38(1), 94-104.

- McCormack B. (2003) A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice* 9(3), 202-9.
- McCrea M.A., Atkinson M., Bloom T., Merkh K., Najera I.L. & Smith C. (2003) The healing energy of relationships: a journey to excellence. *Nursing Administration Quarterly* 27(3), 240-48.
- McCutcheon H.H. & Pincombe J. (2001) Intuition: an important tool in the practice of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 35(3), 342-48
- McQueen A. (2000) Nurse-patient relationship and partnership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing* 9(6), 723-31.
- Meleis A.I., Sawyer L.M., Im E.O., Hilfinger Messias D.K. & Schumacher K. (2000) Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science* 23(1), 12-28.
- Miller C. (1993) Trajectory and empowerment theory applied to care of patients with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing* 25(6), 343-48.
- Milton C.L. (2002) Ethical implications for acting faithfully in the nurse-person relationship. *Nursing Science Quarterly* 15(1), 21-24.
- Miniucci D.S. (1998) A review and synthesis of the literature: the use of presence in nursing care of families. *Journal of the New York Nurses Association* 29(3/4), 5-15.
- Mishler E.G. (1986). *Research Interviewing Context and Narrative*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mok E. & Chi Chiu P. (2004) Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 48(5), 475-83.
- Munhall P.L. (2001a) Phenomenology: a method. In P.L. Munhall (ed.) *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. (3rd ed.) (pp. 123-184) Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Murrow E.J. & Oglesby F.M. (1996) Acute and chronic illness: similarities, differences and challenges. *Orthopedic Nursing* 15(5), 47-51.
- Norberg A., Axelsson K., Rahm Hallberg I., Lundman B., Athlin E., Ekman S-L., Engström B. Jansson L. & Kihlgren M. (1992) *Omvårdnadens mosaik*. Uppsala: Almqvist & Wiksell.
- Nordman T., Kasén A. & Eriksson K. (1998) Reflective practice – a way to the patient's world and caring, the core of nursing. In C. Johns & D. Freshwater (eds.) *Transforming Nursing Through Reflective Practice*. (pp. 161-176) London: Blackwell Science Ltd.
- Nortvedt P. (2001) Needs, closeness and responsibilities. An inquiry into some rival moral considerations in nursing care. *Nursing Philosophy* 2, 112-21.

- Nyström M., Dahlberg K. & Carlsson G. (2003) Non-caring encounters at an emergency care unit - a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies* 40(7), 761-69.
- Olthius G., Dekkers W., Leget C. & Vogelaar P. (2006) The caring relationship in hospice care: an analysis based on the ethics of the caring conversation. *Nursing Ethics* 13(1), 29-40.
- Paulson M., Norberg A. & Danielson E. (2002) Men living with fibromyalgia-type pain: experiences as patients in Swedish health care system. *Journal of Advanced Nursing* 40(1), 87-95.
- Pejlert A., Asplund K. & Norberg A. (1999) Towards recovery: living in a home-like setting after move from hospital ward. *Journal of Clinical Nursing* 8(6), 663-73.
- Peplau H.E. (1952) *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Ramos M.C. (1992) The nurse-patient relationship: theme and variations. *Journal of Advanced Nursing* 17(4), 496-506.
- Repper J., Ford R. & Cooke A. (1994) How can nurse built trusting relationship with people who have severe and long-terms mental health problems? Experience of case managers and their clients. *Journal of Advanced Nursing* 19(6), 1096-104.
- Rinaldi Carpenter D. (2003) Phenomenology as Method. In H.J. Streubert Speziale & D.R. Rinaldi Carpenter (eds.) *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. (3rd ed.) (pp.51-89) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rundqvist E.M & Severinsson E.I. (1999) Caring relationship with patients suffering from dementia- an interview study. *Journal of Advanced Nursing* 29(4), 800-7.
- Råholm M-B. & Lindholm L. (1999) Being in the world of the suffering patient: a challenge to nursing ethics. *Nursing Ethics* 6(6), 528-39.
- Sandelin Benkö S. & Sarvimäki A. (1999) Caring culture a study of Swedish geriatric nursing personnel utilizing the nurse self-description form. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13(2), 67-71.
- Schaefer K.M. (1995) Women living in paradox: loss and discovery in chronic illness. *Holistic Nursing Practice* 9(3), 63-74.
- SFS (1982:763) *Hälso- och sjukvårdslagen*. Svensk författningssamling.
- Sjöstedt E., Dahlstrand A., Severinsson E. & Lutzén K. (2001) The first nurse-patient encounter in a psychiatric setting: discovering a moral commitment in nursing. *Nursing Ethics* 8(4), 313-27.
- Skott C. (2001) Caring narratives and the strategy of presence: narrative communication in nursing practice and research. *Nursing Science Quarterly* 14(3), 249-54.

Skott C. & Eriksson A. (2005) Clinical caring – the diary of a nurse. *Journal of Clinical Nursing* 14(8), 916-21.

Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (s. 1-17) Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1993:9 Socialstyrelsens allmänna råd. *Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården inklusive tandvården*. Stockholm: Norstedts tryckeri.

SOSFS 1993:17 (M och S) Socialstyrelsens allmänna råd. *Omvårdnad inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Norstedts tryckeri.

Spichiger E., Wallhagen M.I. & Benner P. (2005) Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19(4), 303-309.

Stabell A. & Nåden D. (2006) Patients' dignity in a rehabilitation ward: ethical challenges for nursing staff. *Nursing Ethics* 13(3), 236-248.

Stickley T. & Freshwater D. (2002) The art of loving and the therapeutic relationship. *Nursing Inquiry* 9(4), 250-56.

Strandberg G., Norberg A. & Jansson, L. (2001) Being overwhelmed by the feeling of having a home and a family. One aspect of the meaning of being dependent on care: a study of one patient and two of his nurses. *Journal of Advanced Nursing* 35(5), 717-27.

Strandberg G., Åström G. & Norberg A. (2002) Struggling to be/show oneself valuable and worthy to get care - a study of one patient, his wife and two of his professional nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16(1), 43-51.

Strandberg G. (2002) *Beroende av vård innebörden av fenomenet som det visar sig genom patienters, deras anhörigas och vårdares berättelser* (Doktorsavhandling) Umeå University Medical Dissertations: New Series No. 768. Department of Nursing, Umeå University.

Strandmark M. & Hedelin B. (2002) Phenomenological methods reveal an inside perspective on health and ill health. In L.R-M Hallberg (ed.) *Qualitative Methods in Public Health Research – Theoretical Foundations and Practical Examples*. (pp. 71-103) Lund: Studentlitteratur.

Strandmark M. (2004) Ill health is powerlessness: a phenomenological study about worthlessness, limitations and suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18(2), 135-44.

Streubert H.J. & Carpenter D.R. (1999) *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. (2nd ed.), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Streubert Speziale H.J & Rinaldi Carpenter D.R. (2003) *Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanistic Imperative*. (3rd edn.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Streubert Speziale H.J. (2003) Philosophy and theory: foundations of qualitative research 1. In H.J. Streubert Speziale & D.R. Rinaldi Carpenter *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. (3rd ed.) (pp.1-14) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sumner J. (2001) Caring in nursing: a different interpretation. *Journal of Advanced Nursing* 35(6), 926-32.

Sundin K., Axelsson K., Jansson L. & Norberg A. (2000) Suffering from care as expressed in the narratives of former patients in somatic wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14(1), 16-22.

Swanson K.M. (1991) Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research* 40(3), 161-66.

Swanson K.M. (1993) Nursing as informed caring for the well-being of others. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship* 25(4), 352-57.

Swanson K.M. (1999) What is know about caring in nursing science A literary meta-analysis. In A.S Hinshaw, S.L. Feetham & J.L.F Shaver (eds.) *Handbook of Clinical Nursing Research*. (pp. 31-60) Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.

Swanson K.M. & Wojnar D.M. (2004) Optimal healing environments in nursing. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 10(1), 43-48.

Taylor S.J. & Bogdan R. (1984) *Introduction to Qualitative Research Methods: the Search for Meanings*. (2nd edn.) New York: John Wiley & Sons, Inc.

Taylor S.J. & Bogdan R. (1998) *Introduction to Qualitative Research Methods: a Guidebook and Resource*. (3rd ed.) New York: John Wiley & Sons, Inc.

Thurmond V.A. (2001) The point of triangulation. *Journal of Nursing Scholarship* 33(3), 253-58.

Travelbee J. (1971) *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davies Company.

Turkel M.C. & Ray M.A. (2000) Relational complexity: a theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nursing Science Quarterly* 13(4), 307-13.

Turkel M.C. & Ray M.A. (2004) Creating a caring practice environment through self renewal. *Nursing Administration Quarterly* 28(4), 249-54.

Yonge O. & Molzahn A. (2002) Exceptional nontraditional caring practices of nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16(4), 399-405.

Watson J. (1985) *Nursing. The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: University Press.

Watson J. (1988) *Nursing: Human Science and Human Care A Theory of Nursing*. (2nd ed.) New York: National League for Nursing.

Watson J. (1999) *Postmodern Nursing and Beyond*. London: Harcourt Brace and Company Limited.

Watson J. (2002) Intentionality and caring - healing consciousness: a practice of transpersonal nursing. *Holistic Nursing Practice* 16(4), 12-19.

Weeks S.K. & O'Connor P.C. (1994) Concept analysis of family + health = A new definition of family health. *Rehabilitation Nursing* 19(4), 207-10.

Wiklund L. (2000) *Lidandet som kamp och drama*. (Doktorsavhandling) Åbo: Åbo Akademi förlag, Institutionen för vårdvetenskap.

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

Williams A. (2001) A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 33(5), 660-67.

Öhlén J. & Segesten K. (1998) The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing* 28(4), 720-27.

Öhlén J. (2001) *Lindrät lidande att vara i en fristad - berättelser från palliativ vård*. Nora: Nya Doxa.

Litteraturgenomgång av studiens problemområde

Litteraturgenomgång syftade till att kontinuerligt undersöka forskningsläget inom problemområdet för att förankra projektets relevans och riktning. Litteratur har inkluderats om dess innehåll härrör från föreliggande projekts problemområde, centrala begrepp och syfte. Litteratursökningen har gjorts kontinuerligt mellan september 2001 och oktober 2006 med hjälp av databaserna Cinahl, Academic Search Elite, Blackwell Synergy och Pubmed. Följande sökord har använts i olika kombinationer: caring, caring relationship, chronic illness, encounter, hermeneutic, meeting, nurse-patient relationship, nurse-patient encounter, nurse-patient interaction, nurse-led, nursing practice, out-patient clinic, phenomenology, suffering, wellbeing. Endast publicerade texter på svenska, danska, norska och engelska har inkluderats. För att möjliggöra en överblick av hur problemområdet har utvecklats inom den närmaste tidsperioden har litteraturgenomgången gjorts inom en ca. femtonårsperiod bakåt i tiden, samt omvårdnadsteorier ca. femtio år tillbaka.

Vid genomläsning av titel, sammanfattning och referenslista gjordes en bedömning om litteraturen hade ett värde och skulle studeras närmare, för att eventuellt inkluderas. Referenslistorna i litteraturen har varit väsentliga för att finna litteratur. Information från personliga kontakter har varit vägledande, samt egen kunskap. Handsökning är gjord i vetenskapliga tidskrifter och vårdvetenskaplig litteratur. Artiklar som publicerats i internationella vetenskaplig referebedömda tidskrifter har inkluderats, inte artiklar i populärvetenskapliga tidskrifter eller magasin.

Studierna är mestadels genomförda i USA, Sverige, Storbritannien och Finland i nämnd ordning. Några studier är genomförda i Canada, samt någon studie på Island, Irland och Nya Zeeland, i Norge, Turkiet, Australien, Hong Kong och Brasilien. Studier från övriga Europa saknas.