

BAKGRUND

Fram till en bit in på 1900-talet både föddes och dog alla i sitt hem och döden var ett skeende som hörde livet till. Även om det naturliga livet kring döden kunde vara hårt innebar det trots allt att alla var förtrogna med döden. I vårt samhälle däremot har både födelsen och döden flyttat ifrån hemmet och in på sjukhus. Det vanligaste stället att dö på idag är olika former av institutioner. Beck-Friis och Strang (1995) påtalar att 80-85 procent av alla dödsfall idag sker på sjukhus, sjukhem eller ålderdomshem. Inrättandet av särskilda enheter för vård i livets slutskede är naturligtvis värdefullt ur många aspekter men det visar på att döden inte får plats i vårt moderna samhälle. Detta för med sig att vårdpersonalen får ett stort ansvar när det gäller att göra den sista tiden i livet så bra som möjligt för patienterna. Ty fortfarande gäller Hippokrates ed som kan sammanfattas som *stundom* bota, *ofta* lindra, *alltid* trösta (a.a.). Sjuksköterskan har ett etiskt ansvar och i The ICN Code of Ethics står det bland annat att sjuksköterskans grundläggande ansvar är att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att minska lidande (<http://ich.ch>, 2000).

Enligt Socialstyrelsen (1998) är den palliativa vårdens främsta mål att ge god omvårdnad till den döende patienten, där han ska uppnå största möjliga välbefinnande. I föreskrifterna poängteras att den döende personens fysiska, psykiska, sociala och andliga välbefinnande i stort ska beaktas. I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, 2 a§), skrivs att vården ska bedrivas, så den uppfyller kraven på en god och säker vård. Detta innebär, att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i behandlingen och vården, bygga på respekt för patientens autonomi och integritet samt främja goda kontakter mellan personalen och patienten (Wilow, 2001).

Övergripande mål i allt omvårdnadsarbete är patientens välbefinnande, det vill säga hälsa i vidare mening. Till det väsentligaste inom vården hör en nära kontakt med patienten och respekt för hans människovärde och frihet. Yrkesetiska dygder som vårdaren bör visa är mod, inlevelseförmåga, en respektfull hållning samt lojalitet i kombination med saklighet (Eriksson, 1995). I patientvården är empati en nödvändighet. Utan empati riskerar sjuksköterskan att erfaras som kall och opersonlig. En vårdare kan aldrig visa för mycket empati, eftersom det förhållningssättet innebär att den vårdande förstår hur patienten känner sig. Vårdandet består då av andra dimensioner än bara välvilliga handlingar (Birgegård & Glimelius, 1991).

EMPATI

Ordet empati kommer av grekiskans *empátheia* som betyder häftig sinnesrörelse, ”passion”. Det stammar även från grekiskans *pathos* som betyder känsla och lidande (Nationalencyklopedin, 2000). Att äga empatisk förmåga betonas ofta i dagens sjukvård. Det var dock inte förrän i slutet av 1950-talet (med vissa undantag) som intresset vaknade för att studera den empatiska processen närmare (Holm, 2001).

Empati innebär att kunna leva sig in i en annan människas känsloläge och behov. Förmågan till empati är väsentlig i allt vårdarbete så väl som i vardagliga mellanmänniska relationer. Vanligen förmedlas den empatiska förståelsen av en bekräftande handling exempelvis med minspel och kommentarer - det vill säga verbal och icke-verbal kommunikation. Detta kan öppna upp till kunskap och insikt om en annan människas känslolägen. En förutsättning för empati är förmågan

att kunna skilja mellan sina egna och motpartens känslor (Rydberg, 1996 och Holm, 2001). Enligt Rydberg (1996) måste vårdaren vara medveten om sina egna värderingar och kunna sätta dessa åt sidan i den empatiska processen. Annars kan det hända att de egna värderingarna kan vara ett hinder i personal – patientrelationen.

Henriksen och Vetlesen (1998) anser att empati inte är en känsla i sig självt, utan en förutsättning för att kunna utveckla känslor som till exempel medlidande och sympati. Det är med hjälp av empati som en person kan bli berörd av den andres berördhet, men den vårdande personen måste ha en skiljelinje mellan sig och den andra. Detta för att kunna förstå en annan persons känsla utan att för den skull själv ha samma känsla. Brist på medkänsla blir i dagligt tal detsamma som brist på empati. Enligt Birgegård och Glimelius (1991) är empati inte en positiv känsla mot en annan person av typen sympati, medlidande eller kärlek. Det är istället en känslomässig förståelse för en annan människas känslor, en inlevelse och vårdaren kan använda sig av sina egna för att förstå patientens. Dock måste vårdaren vara observant på sina egna känslor, så att hon inte dras med i patientens, då detta kan resultera i att vårdaren kan förlora sin tolkningsförmåga.

EMPATI I VÅRDRELATIONEN

Att ge omvårdnad innebär att hjälpa den sjuke och lidande människan att finna en mening i den situation han befinner sig. Den israeliske antropologen Aron Antonovsky (1991) understryker att en människas känsla av sammanhang, även kallat KASAM eller sense of coherence, i tillvaron är avgörande för hur han reagerar i en stressfylld situation. Begreppet "känsla av sammanhang" består av tre komponenter, nämligen *begriplighet*, *meningsfullhet* och *hanterbarhet*. Antonovsky menar att en individ kan befinna sig i en svår och påfrestande situation och ändå uppleva denna som just begriplig, meningsfull och hanterbar, vilket i sin tur innebär möjligheten att förvandla kaos till ordning och förvirring till klarhet. Om det finns en stark känsla av sammanhang i tillvaron, går det på ett aktivt sätt att bemästra situationen.

Antonovsky gör dessutom antagandet att en människa med ett starkt KASAM har egenskaper som skulle kunna förstärka immunförsvaret. Även om han anser att en vuxen persons KASAM är relativt stabil, oavsett om den är stark eller svag, kan den ändå påverkas av nya livshändelser. I det sammanhanget betonar Antonovsky att det är av största vikt att vårdpersonalen utför omvårdnaden kring patienten på ett sätt som stärker dennes KASAM. Personalen bör tillse att patienten känner *begriplighet*, som innebär att patienten ges möjlighet till en översikt över sin aktuella situation och förstå vad som händer och varför, *meningsfullhet* vilket upplevs olika från person till person men kan öka motivationen för att göra en insats. Det kan då upplevas som mödan värt att kämpa, anstränga sig och hålla ut. *Hanterbarhet* innefattar känslan av inflytande över sin situation och även möjligheten att påverka densamma. Det är av största vikt att patienten upplever att det finns resurser att förfoga över för att bemästra situationen, att den till viss grad går att förutse och att patienten känner att han får den hjälp som han behöver (a.a.).

SYMPATI

Ordet sympati härstammar från det grekiska ordet *sympatheia* i betydelsen samlidande (Rydberg, 1996). Enligt Birgegård och Glimelius (1991) resulterar den empatiska processen i sympati som förmedlas av sjuksköterskan genom hennes sätt att tänka och känna, det vill säga hennes attityd och inställning. Sympati innehåller en värme eller en önskan om att handla. Sjuksköterskan kan emellertid inte bygga sin professionella hållning enbart på sympati. Hon måste ge god vård till alla människor, oberoende av om hon tycker illa om eller inte känner någon särskild dragning till

en speciell människa. På lång sikt är det ohållbart att tycka synd om alla patienter. Om medlidande är grunden för engagemanget, finns en risk att vårdgivaren till slut inte orkar utan dukar under (a.a.). Även sympati eller brist på sympati kan förmedlas verbalt eller icke-verbalt genom sjuksköterskans förhållningssätt och beteende. Sympati innebär att sjuksköterskan vill hjälpa en patient, hon vill göra gott, och verka enligt godhetsprincipen (Beauchamp & Childress, 1994).

Enligt Travelbee (1971) innebär sympati att en person berörs, så att hon aktivt vill avhjälpa eller lindra den andres lidande. Sympati syftar inte till att lära känna patienten som person, utan är snarare ett sätt för sjuksköterskan att tänka eller känna. Hon visar en attityd eller inställning som förmedlas till andra genom att hon bryr sig om hur den andre känner. För att kunna underlätta för en patient att bära bördan av sitt lidande förmedlar sjuksköterskan sympati. Sympati innebär att sjuksköterskan visar förståelse, samt att hon har en vilja att hjälpa till att förbättra patientens situation.

Empati har en annan innebörd än sympati, det menas att helt förstå en annan människa tanke- och känslomässigt. När en person känner empati, identifierar sig denne för tillfället med den andre och delar känslor och tankar, för att genast distansera sig och se det ur ett objektivt perspektiv. Sympati däremot är en rent subjektiv upplevelse av medkänsla. Det är empatin som är viktigt inom vård och omsorg eftersom känslorna och upplevelserna är distanserade. Detta gör att den professionella sjuksköterskan kan se klart när hon handlar. Sympatin anses försvåra vårdpersonalens handlingssätt, på grund av att deras subjektiva känslor är inblandade (Kalkas & Sarvimäki, 1996).

MEDKÄNSLA – MEDLIDANDE – HOPP - MOD

Medkänsla definieras i Svensk Ordbok (1986) som att en person känner deltagande med någon annans sorg, smärta eller glädje. Medkänsla kan även innebära att ha medömkan eller förståelse med någon. Enligt Hanratty och Higinson (1997) innebär medkänsla att ge någon omsorg eller omvårdnad. Är patienten svår att nå/komma fram till är det extra viktigt att visa medkänsla.

Medlidande beskrivs i Svensk Ordbok (1986) som att vara delaktig i någon annans lidande, motgångar och svårigheter, liknande sympati. Enligt Florence Nightingale i Eriksson och Lindström (2000) så föds medlidandet när kärlek och lidande möts och detta väcker viljan att vårda. För sjuksköterskan ska medlidandet uppkomma spontant och otvunget, utan baktanke (a.a.). Medlidande uppkommer som en vilja att visa mildhet och hjälpsamhet samt att känna samhörighet med den som lider. Enligt Benner (1993) och Eriksson och Lindström (2000) kan medlidande visa sig som tyst kommunikation mellan patient och sjuksköterska, exempelvis genom att bara finnas där och hålla någons hand.

Hopp förklaras i Svensk Ordbok (1986) som grundat på en tro eller önskan om något. Enligt Hanratty och Higinson (1997) förväntas vårdpersonalen ha en humanistisk människosyn och förmåga att inge hopp, utan att det leder till falska förhoppningar. Det är av största vikt att aldrig ta ifrån någon hoppet, som dessutom tenderar att ändra karaktär vartefter sjukdomen fortskrider. För den friske innebär hoppet förmodligen att överleva. För en svårt sjuk människa kan det innebära att få uppleva en sommar till, att få sova en hel natt eller att få vara smärtfri tills döden inträffar. Sjuksköterskans uppgift blir att hjälpa patienten att varje dag finna något som känns glädjefyllt. Enligt Birgegård och Glimelius (1991) kan hopp även innebära att inte bli övergiven.

En uppgift som vårdpersonalen då har är att vara tillgänglig och ge kontinuitet, samt att snabbt ge hjälp och smärtlindring. Jahren (1998) skriver att om en patient inte själv vågar hoppas, kan vårdpersonalen ibland behöva hoppas på patientens vägnar. När patienten känner detta stöd i en svår situation kan personalens hopp så småningom smitta av sig, så att även patienten vågar känna hopp. Travelbee (1971) definierar hopp som en önskan att få avsluta något eller att uppnå ett mål. För att kunna känna hopp ska önskningarna vara möjliga att uppnå. Den människa som har hopp tror att livet ska förändras. När önskningarna sedan uppnås, kan det leda till att livet blir mer behagligt, meningsfullt och glädjerikt.

För att kunna förmedla hopp krävs det mod av sjuksköterskan, mod att visa omsorg. Mod definieras i Svensk Ordbok (1986) som förmågan att handla utan fruktan för följder. Personen som innehar mod är orädd och visar tapperhet. Travelbee (1971) anser att sjuksköterskan bör ha mod. Det beror på att hon inte kan lova patienten att behandlingen lyckas eller att hon ska få något gensvar från honom. Det krävs även mod att våga vara personlig och visa sin sårbarhet i en vårdrelation. Mod behövs då rädslan finns för att inte bli accepterad eller för att bli avvisad.

PALLIATIV VÅRD

Ända fram till slutet av 1980-talet talades det om "terminalvård", när det avsågs vård av döende patienter. Successivt har ordet "terminal" ersatts med "palliativ" som kommer från latinets "pallium" i betydelsen mantel. Manteln står som symbol för hindrande åtgärd (Beck-Friis & Strang, 1995). Enligt WHO i Birgegård och Glimelius (1991) definieras palliativ vård, som en aktiv helhetsvård av den sjuke och familjen genom ett tvärfackligt sammansatt vårdlag vid en tidpunkt, när förväntningarna inte längre är att bota och när målet för behandlingen inte längre är att förlänga livet. Det innebär också att vårdpersonalen visar engagemang och omtanke samt har kunskap och använder sin fantasi för att kunna ge en så bra förebyggande samt lindrande vård och omsorg som möjligt (a.a.). Palliativ vård i livets slutskede omfattar vården av alla patienter med en icke botbar, symtomgivande sjukdom, där den förväntade överlevnaden är kort. Det handlar ofta om veckor eller månader, sällan år. Den palliativa vården innefattar alla diagnoser alltså inte endast cancer. Skillnaden är att vid en cancersjukdom är den palliativa fasen tydlig medan det vid andra allvarliga tillstånd inte alltid går att se en gräns mellan en kronisk, svår sjukdom och en tydlig palliativ fas. Ändå finns det många likheter mellan slutstadiet av exempelvis en cancersjukdom och en neurologisk sjukdom (SPRI-rapport 497, 1999).

DEN PALLIATIVA VÅRDENS MÅL OCH SYFTE

Den palliativa vårdens mål är inte att bota utan att upprätthålla patientens livskvalité ända tills döden inträffar (Hanratty & Higinson, 1997). Vid livets slutskede består vården till största del av omsorg och omvårdnad samt psykologiskt omhändertagande på grund av att de medicinska åtgärderna minskar. Syftet är att minska lidande och obehag samt öka patientens välbefinnande så att denne känner att han kan leva ett så aktivt och " normalt " liv som möjligt även vid livets slutskede (Birgegård & Glimelius, 1991). Omvårdnadens mål är att göra patientens liv så fullvärdigt som möjligt. Han ska befrias från fysiska, psykiska, sociala, andliga och smärtsamma symtom. Omvårdnaden ska präglas av en helhetssyn där patienten tillåts ha individuella önskingar och behov ända fram till dödsögonblicket. Det är av stor vikt att personalen bemöter både patienten och de närstående artigt och respektfullt. Personalen bör försöka förmå de närstående att vilja hjälpa till vid omvårdnaden av den sjuke då detta kan leda till att deras relation stärks (Hanratty & Higinson, 1997 och SOU 2001:6).

DEN PALLIATIVA VÅRDENS INNEHÅLL

Den huvudsakliga uppgiften för sjuksköterskan inom den palliativa vården är att hjälpa patienten leva så fullvärdigt som möjligt trots sin obotliga sjukdom. Hjälpen kan delas in i följande kategorier: *Att inte överge*, som innebär att personalen undviker uttryck som: ”Tyvärr, det finns ingenting mer vi kan göra”, då detta kan leda till att patienten lämnas utan hopp. För patienten är det förmodligen ångestfyllt att få besked om att sjukdomen inte går att bota. I dessa situationer är det betydelsefullt att vårdpersonalen förmedlar, att det finns mycket man kan göra för att lindra i alla situationer. I övergången från kurativ till palliativ vård är det ett oavsiktligt krav att förmedla till patienten att personalen inte tänker överge patienten. Detta förmedlas bäst genom att vara lättillgänglig och ge kontinuitet. *Att vara tillgänglig*, inbegriper att patienten under hela sjukdomstiden vet vem han ska vända sig, att han kan få kontakt när han behöver det. Ett sådant förhållningssätt kan ordnas genom att till exempel ha särskilda telefontider samt att patienten vet vart och till vem han kan vända sig under jourtid. När patienten skrivs ut från sjukhuset, vet han att han får komma direkt till avdelningen igen vid försämring. Vetskapen om att vårdpersonalen känner till hans bakgrund och målsättning med behandlingen ger trygghet. *Att fortsätta tala*, är det samma som att patienten ges tillfälle till att prata om sina känslor, samt att sjuksköterskan frågar hur patienten mår psykiskt. Lyhördhet förmedlas när patienten ges möjlighet att tala med någon. Vill inte patienten, han kanske vill skjuta problemen ifrån sig och leva så positivt som möjligt utan att tänka på sin diagnos, så måste vårdpersonalen vara lyhörd för det också (Birgegård & Glimelius, 1991). Patienten har rätt till att få all den information angående diagnos och prognos som han vill ha. Men samtidigt får personalen aldrig tvinga på patienten information som han inte frågar efter eller ej vill ha (Hanratty & Higinson, 1997).

När det gäller att lyssna föreslås tre vägledande principer. Den första är: Sjuksköterskan bör ”lyssna med sina ögon”. Det betyder att vara uppmärksam på patientens ansiktsuttryck och kroppsspråk. Den andra säger: Sjuksköterskan bör ”lyssna uppmärksam”. Hon skall uppmärksamma tonfall, aldrig avbryta samt att eftersträva att vara tankemässigt närvarande och undvika att fylla i om patienten tvekar. Det tredje rådet uppmanar: Sjuksköterskan ska ”inte vara rädd för tystnaden”. Det kan vara lika värdefullt för patienten att hon bara finns där (a.a.).

Sammanfattningsvis kan förmedlandet av empati i palliativa vården sägas vara, att se människan som en individ, minska obehag och lidande, hjälpa patienten att finna mening i den situation han befinner sig, samt att ha en öppen och ärlig kommunikation i relationen mellan sjuksköterska och patient. Joyce Travelbees (1971) beskriver i sin omvårdnadsteori empati med att *se människan som en individ, lidande, mening, mellanmännisklig relation och kommunikation*.

TEORIANKNYTNING

Omvårdnadsteorier innehåller olika dimensioner. En av dessa är ”interaktionen mellan patient och sjuksköterska”. Den mest betydelsefulla dimensionen i omvårdnaden är relationen som upprättas mellan sjuksköterska och patient. Det är kvaliteten på denna relation som avgör hur patienten tillgodogör sig omvårdnaden (Kirkevold, 1994).

TRAVELBEES OMVÅRDNADSTEORI

Enligt Joyce Travelbee (1971) är omvårdnad en mellanmännisklig relation. Det är sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten att förebygga, bemästra eller finna mening i sin sjukdom och sitt

lidande. Sjuksköterskan bör hjälpa individen att acceptera sin mänskliga sårbarhet samt att behålla hoppet. På så vis kan sjuksköterskan förhoppningsvis hjälpa patienten att bemästra sitt lidande på ett bättre sätt än vad som annars skulle vara möjligt. De viktigaste begreppen i teorin är att *se människan som en individ, lidande, mening, mellanmänsklig relation och kommunikation.*

Empati

Travelbee har empati som ett centralt begrepp i sin omvårdnadsteori. Enligt henne är empati förmågan att tränga in i och förstå det psykologiska tillstånd som en annan person befinner sig i här och nu. Det är empati som hjälper oss att förstå hur den andre tänker och känner samtidigt som det egna självet hålls åtskilt från den andres. Hon menar att empati inte är något som uppstår av en slump. Empatin grundar sig på likheter i personernas förflutna. Därmed blir förmågan till empatisk förståelse till viss del beroende och begränsad av dessa likheter. Hon anser därmed att människan inte kan förstå det hon inte har upplevt. Hon kan inte knyta till sig erfarenheter hon ej känner till. Denna begränsning gör att sjuksköterskan kan vara hindrad att känna empati för alla människor. För att kunna ha förståelse för hur en patient upplever sorg, lidande, bitterhet eller glädje måste hon själv ha upplevt en liknande känsla – utan att för den skull nödvändigtvis ha befunnit sig i samma situation som patienten. I vissa situationer kan det vara svårt att förstå den andres reaktion på grund av att medmänniskan inte själv har upplevt något liknande. Å andra sidan är många känslor och reaktioner allmänmänskliga och välbekanta. Empati grundar sig inte på om sjuksköterskan tycker om den andre personen eller inte. Sjuksköterskans förmåga till empati är under ständig utveckling tack vare kontinuerliga möten med patienter vilket medför att hennes livserfarenhet ökar. En nödvändig förutsättning för en empatisk relation är likheter i parternas bakgrundserfarenhet samt viljan att förstå den andres upplevelser. Travelbee fann att genom empati kan sjuksköterskan dela, känna och förstå patientens inre upplevelse, vilket vidare leder till en djupare förståelse och relation till varandra (a.a.).

SYFTE

Studiens syfte är att belysa på vilket sätt som sjuksköterskan kan förmedla empati till en patient i livets slutskede samt att beskriva hur den empatiska relationen kan förstås med hjälp av Joyce Travelbees omvårdnadsteori.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur kan sjuksköterskan förmedla empati till en person i livets slutskede?
- Vilken betydelse har den empatiska relationen för sjuksköterskan och patienten?
- Hur kan Travelbees omvårdnadsteori användas i den palliativa vården med fokus på sjuksköterskans empatiska förmåga i relation till en döende patient?

METOD

VAL AV METOD

Författarna valde att göra en litteraturstudie. Enligt Polit och Hungler (1999) var den lämpligaste metoden för denna undersökning en litteraturgranskning för att välja ut, identifiera, kritiskt granska och beskriva den tillgängliga informationen inom ämnesområdet angående hur en sjuksköterska kan förmedla empati till en patient i livets slutskede. Avsikten var att utveckla en

förståelse för befintlig kunskap inom ämnet genom sökning i vetenskapliga artiklar och facklitteratur. Studien bygger på artiklar som har reducerats med fokus på syfte och frågeställningar för att därefter delas in i olika teman. Författarna har studerat facklitteratur och vetenskapliga artiklar som behandlar empati inom palliativ omvårdnad. Meningen med metoden var att finna svar på syfte och frågeställningar. För att kunna strukturera upp resultatet redovisas hur Travelbee (1971) belyser området först inom respektive tema.

LITTERATURSÖKNING OCH URVAL

Först gjordes en litteraturgenomgång för att inhämta kunskap inom ämnet. Artiklar söktes i databaserna CINAHL och SweMed samt på www.lakartidningen.se. Sökorden var: palliativ, palliative, empati, empathy och empathy and palliative care i kombination. Då den mest aktuella litteraturen och artiklarna var önskvärda sattes tidsbegränsningen till att dessa skulle vara publicerade efter år 1990. Undantaget var Joyce Travelbees bok *Interpersonal Aspects of Nursing* som utgavs år 1971. Ytterligare ett kriterium var att artiklarna var publicerade i en vetenskaplig tidskrift. Såväl engelsk som svensk litteratur inom området har studerats. Vid sökning via databasen CINAHL med sökorden empathy and palliative care i kombination erhöles 55 träffar. Efter en noggrann genomgång av abstracten, sorterades de artiklar bort som inte behandlade palliativ vård eller empati enligt syftet. Därefter återstod 15 artiklar som beställdes via Gräsviks bibliotek, Blekinge Tekniska Högskola. Elva av dessa uteslöts efter genomläsning, då de inte belyste empati ur det perspektiv som eftersöktes eller på grund av att de inte var vetenskapliga artiklar utan debattinlägg med mera. Ytterligare två artiklar beställdes efter att ha funnit dessa i en review-artikel om palliativ vård och de visade sig vara lämpliga i undersökningen.

För att få en svensk studie att jämföra med söktes i ett andra skede aktuell svensk forskning. Sökning skedde via databasen SweMed med sökordet palliativ och då erhöles 338 träffar. För att få färre antal träffar användes sökorden palliativ och empati i kombination. Då erhöles sex träffar. Fyra av dessa artiklar beställdes vilka vid senare genomläsning visade sig vara debattinlägg och insändarsvar varför de uteslöts.

En sista sökning på SweMed gjordes på sökorden empati och hospice vilket resulterade i tre artiklar som dock inte motsvarade syftet. På Läkartidningens hemsida användes tre olika sökord: *empati*, vilket gav noll träffar, *palliativ*, resulterade i en träff som belyste ur fel perspektiv, samt *cancer* vilket ledde till 22 träffar med inriktning mot specifika cancersjukdomar dock ej mot empati. Totalt har sex artiklar använts till resultatet (se bilaga 1).

BEARBETNING

All insamlad litteratur, såväl artiklar som böcker, genomlästes en första gång för att ge en helhetsbild av materialet. Båda författarna läste all facklitteratur medan artiklarna fördelades lika. I det första steget lästes all facklitteratur igenom. Därefter analyserades den gemensamt av författarna. Nästa steg blev läsning av artiklarna, som följdes av diskussion och beslut om dessa fyllde kravet på vetenskaplighet. Det tredje steget innehöll letandet efter återkommande beskrivna teman. De teman som ständigt återkom var: *relationen mellan sjuksköterska och patient, kommunikationsvägar, livskvalité, tillgänglighet och kontinuitet från sjuksköterskan, socialt samspel med patient och närstående samt andligt/existentiellt välbefinnande* och av dessa formulerades slutliga teman. I det fjärde steget valdes beskrivningar ut som författarna ansåg berörde de teman som var formulerade. Konkret skedde detta genom att artiklarna klipptes sönder

och valda avsnitt klistrades in under respektive tema. I resultatredovisningen benämns sjuksköterskan som hon och patienten som han.

TILLFÖRLITLIGHET

Författarna har förberett sig noga inför studien och skaffat förkunskap genom att läsa aktuell litteratur som berör ämnet. Objektivitet har eftersträvat genom att båda har läst och analyserat var för sig och därpå diskuterat och ändå funnit samma teman. För att öka tillförlitligheten på studien har primärkällor använts. Dessutom har mer än en artikel visat på samma resultat vilket ökar tillförlitligheten ytterligare (Polit & Hungler, 1999).

ETISKA REFLEKTIONER

Författarna till denna studie har strävat efter att använda sig av primärkällor samt att återge denna så korrekt och objektivt som möjligt utan att förvanskliga texten.

RESULTAT

Enligt Raudonis (1993) och Hope-Stone och Mills (2001) finns endast sparsamt med forskning angående hur en sjuksköterska kan förmedla empati till en patient i livets slutskede. De påtalade att tidigare forskning främst lagt tyngdpunkt på att begreppsdefiniera empati samt den empatiska processens mening och resultat. I denna studie ligger fokus på den empatiska relationen mellan sjuksköterska och patient samt hur den förmedlas inom den palliativa vården. Degner, Gow och Thompson (1991) samt Byrne och McMurray (1997) undersökte sjuksköterskans erfarenheter samt kritiska sätt att handla inom hospice vården. De har inte fokuserat på den empatiska relationen, men deras teman inspirerade till att formulera teman i denna studie.

Begreppsbeskrivningar som framkommit i bakgrunden för empati och palliativ vård/omvårdnad har lett fram till sex teman. Inom varje teman redovisas först Travelbees (1971) omvårdnadsteori och hur hon belyser området och därefter redovisas litteraturens resultat.

Därpå följer en beskrivning av betydelsen av den empatiska relationen och en sammanfattning av Travelbees omvårdnadsteori med fokus på hur sjuksköterskan kan förmedla empati till en patient i livets slutskede.

TEMA 1: RELATIONEN MELLAN SJUKSKÖTERSKA OCH PATIENT

Omvårdnadens syfte och mål att hjälpa patienten att bemästra, bära och finna mening i erfarenheten av sjukdom och lidande kunde enligt Travelbee (1971) bara nås genom utveckling av en mellanmänsklig relation. Vidare beskrev hon att en mellanmänsklig relation endast kan existera emellan konkreta personer och inte mellan generella eller abstrakta roller som *sjuksköterska – patient*. Hon betonade även att det är betydelsefullt att se varandra som individer och skrev vidare att alla människor är unika - oersättliga individer. Människor är lika men ändå olika. Detta omfattar alla människor som någon gång har levt och någonsin kommer att leva. I framväxten av en mellanmänsklig relation identifierade Travelbee fem faser: *framväxandet av identiteter, empati, sympati, ömsesidig förståelse och kontakt*.

Enligt Raudonis i Kruijver, Kerkstra, Bensing och van.de Wiel (2000) var det viktigt att bekräfta patienten som en person. Detta var betydelsefullt för att kunna utveckla en empatisk relation. I bekräftandet ingick att sjuksköterskan förmedlade till patienten att han är en person, en individ som har ett värde oavsett diagnos och sjukdomsstadium, samt att detta förmedlades med hjälp av empati. Genom att sjuksköterskan hade kunskap om patientens sjukdomsstatus, hur patienten upplevde detta, samt kunde uppmärksamma psykologiska förändringar hos patienten kunde hon hjälpa till att höja patientens upplevelse av att vara en individ med eget värde. Detta betonades även i en tidigare studie av Raudonis (1993), där patienter intervjuades. Vänskap inom sjukvården innebar en djup och meningsfull relation mellan sjuksköterskan och den svårt sjuka patienten, där de ömsesidigt delade med sig av sina känslor och erfarenheter (a.a.). Alla de intervjuade sjuksköterskorna i Byrne och McMurrays (1997) undersökning beskrev att omvårdnad var en ömsesidig relation, där parterna både gav och mottog hjälp och tillfredsställelse. Raudonis (1993) fann även att den empatiska relationen hade stor betydelse för patientens psykiska och emotionella välmående. Även Rittman, Paige, Rivera, Sutphin och Godown (1997) betonade vikten av att lära känna patienten som person och dennes upplevelse av sin situation. Genom de speciella band som uppstod mellan patient och sjuksköterska om de tillät

sig att komma nära varandra fick de en ömsesidighet i relationen där båda parter fick kunskap om varandra och växte som individer. Detta nära band kunde även ge patienten styrka och välbefinnande. Det var av stor vikt att patienten kunde känna tillit till sjuksköterskan, tillåta henne att komma nära in på det privata, och därmed vågade han öppna sig och delade med sig av sina tankar och rädslor (a.a.). Hope-Stone och Mills (2001) fann i intervjuer med sjuksköterskor att de upplevde det värdefullt att lära känna patienten, förstå hur han mår och vad han går igenom, för att kunna förmedla empati. Sjuksköterskorna påtalade även att deras uppgift var att försöka förstå och hjälpa patienten igenom detta på ett förstående sätt, att inte sympatisera med dem, utan att försöka hjälpa.

De intervjuade sjuksköterskorna i Byrne och McMurrays (1997) undersökning förmedlade empati genom att i tanken och fantasin byta plats med patienten för att försöka förstå vad patienten genomled och behövde hjälp med. Samtidigt betonade de nödvändigheten av att behålla balans mellan närhet och distans. Raudonis (1993) har undersökt relationer inom hospice verksamheten via intervjuer av patienter i ett palliativt stadium. Patienterna beskrev hur de upplevde att den empatiska relationen uppstod genom en process, där båda parter ömsesidigt delar personliga erfarenheter i ett sammanhang av acceptering och omvårdnad. Vidare sade de att det var nödvändigt att bli bekräftad som en individ med eget värde, oavsett hur långt framskriden sjukdomen var eller vilka psykiska symtom som fanns. Det var en stor skillnad att känna sig som en vuxen människa med personlighet och inte bara som patient. Patienten kände sig då som en person som lever med en sjukdom. En patient beskrev det så här:

”It’s hard to explain the difference, it’s more caring and more involved on an individual basis. Therefore, you are not just a patient in a bed, you are someone they are working with. In a lot of cases you aren’t even a patient. You’re a person living with an illness and someone is here to help you with that” (Raudonis, sid 307, 1993).

Vidare berättade patienterna om att de upplevde att sjuksköterskorna uttryckte empati på följande sätt: de berör dig och kramar dig, de förstår dig som person och de är personligt engagerade samt att du är en individ som lever med en sjukdom och inte tvärtom (a.a.). Gällande vänskapsrelationer inom vården redovisade Raudonis (1993) i sin undersökning att patienterna upplevde det positivt att komma nära sjuksköterskorna. Närheten gjorde att de delgav varandra små vardagliga händelser som inte var sjukdomsrelaterade.

TEMA 2: KOMMUNIKATIONSVÄGAR

Människors kulturella bakgrund belystes också av Travelbee (1971). Hon betonade att en persons kulturella bakgrund har betydelse för dennes upplevelse av och syn på sjukdom och lidande. Travelbee ansåg vidare att kommunikationen är ett viktigt redskap i relationen med patienten för att kunna utveckla en mellanmänsklig relation. Det är via kommunikationen människan kan förmedla tankar och känslor till en annan. Människor kommunicerar kontinuerligt både verbalt, via ord och icke-verbalt, med tonfall, gester, mimik och beröring. Syftet med kommunikationen är att sjuksköterskan ska lära känna patienten som en person, för att kunna tillgodose hans behov (a.a.).

Verbal Kommunikation

Byrne och McMurray (1997) har i intervjuer med sjuksköterskor funnit att en god kommunikation är av största vikt i den empatiska relationen, särskilt när patienten har begränsad

tid kvar att leva. Alla sjuksköterskorna i undersökningen påtalade vikten av att ha en öppen och ärlig kommunikation med sina patienter. Även sjuksköterskorna i Hope-Stone och Mills (2001) undersökning var medvetna om hur viktig kommunikationen är för att kunna utveckla den empatiska relationen. De resonerade runt vikten av att prata med patienten och delge information samt att kunna ge råd. En sjuksköterska sa:

”Conversation helps to develop empathy, for it is here that we learn of shared experiences and feelings” (Hope-Stone & Mills, sid.149, 2001).

Förhållanden som kunde hindra empatin att utvecklas var språkskillnader och kulturella vanor. Dessutom var patientens vilja att kommunicera väsentlig för att empati kunde utvecklas (a.a.).

Icke-verbal kommunikation

Inom den icke-verbala kommunikationen lades tonvikt på att lyssna och att beröra. Sjuksköterskorna i Hope-Stone och Mills (2001) undersökning ansåg att det finns tre huvudpunkter för på vilket sätt empati kan förmedlas. Det främst betonade var, att lyssna på vad patienten säger. Vikten av att lyssna på patienten återkom i Byrne och McMurrays (1997) undersökning. Även dessa sjuksköterskor betonade vikten av att lyssna på patienten. Att vara känslig och intuitiv innebar att lyssna aktivt till vad människor hade att säga, vilket ledde till att patienten kunde delge sjuksköterskan sina behov. Rittman *et al.* (1997) ansåg att genom att lyssna visade sjuksköterskan också att hon brydde sig om patienten som en mänsklig varelse. Att vara intuitiv innebar att ”läsa av” patientens ansiktsuttryck vilket kunde ge en uppfattning om hur patienten kände sig inombords (a.a.). Sjuksköterskans förmåga till fysisk beröring när hon förmedlade empati, lyftes fram som värdefullt av Hope-Stone och Mills (2001). Beröringen gavs i syfte att uppmuntra och lugna patienten. Han erbjöds känslomässigt stöd, vilket uttrycktes genom att exempelvis hålla hans hand eller genom att visa sig tillåtande när patienten uttrycker sin ångest och oro. Sjuksköterskorna ville vara taktila och delaktiga i de känslor som patienten visade (a.a.).

TEMA 3: ATT FÅ PATIENTEN ATT UPPLEVA LIVSKVALITÉ

I sin omvårdnadsteori skrev Travelbee (1971) om hopp. Om patienten upplever hopp, som är inriktat på framtiden, kan nuet bli uthärdligt. Känslan av hopp gör det möjligt att kunna välja, vilket kan leda till känslor av frihet och autonomi. Upplevelsen av att kunna välja gör att individen upplever sig ha kontroll över sitt eget liv, även i extrema fall. Hopp innefattar även tillstånd som tillit, uthållighet och mod. *Tillit* innebär för patienten att denne förlitar sig på att få hjälp när så behövs. *Uthållighet* i betydelsen av att patienten orkar ta nya tag om och om igen. *Mod* krävs för att orka hålla ut och inte ge upp trots ett svårt lidande. En väsentlig uppgift enligt Travelbee är att finna mening i livets olika erfarenheter. Mening som är knuten till frågorna ”*varför händer detta mig?*” och/eller ”*hur ska jag genomlida detta?*” samt svaren på dessa frågor. Svaren är särskilt betydelsefulla när en individ eller hans närstående drabbas av sjukdom (a.a.).

Raudonis (1993) beskrev att upplevelsen av en empatisk relation har en mycket stor inverkan på patientens livskvalité såväl psykiskt som emotionellt. Genom sitt sätt att vara förmedlar sjuksköterskan en känsla av välbefinnande till patienten. Patienter får en annan inställning till sin sjukdom, han känner hopp, får trygghet och känner sig inte övergiven. En patient beskrev sitt känslomässiga välbefinnande såhär:

” *Oh, yes, she’s given me a new outlook and one of not despair. You know, of well-being. I don’t know how to describe it any more than that, except that she’s there. I know somebody is there. I am safe as long as there’s this other support there*” (Raudonis, sid.307-308, 1993).

Sjuksköterskan kan öka patientens livskvalité genom att hjälpa honom att uppleva små men oerhört viktiga händelser varje dag, till exempel att få komma upp ur sängen, få vara ren och torr, att få ha sina privata kläder på sig eller att få önskekost. Sådan omvårdnad har stor betydelse för en person som befinner sig i livets slutskede (Rittman *et al.* 1997). De sjuksköterskor som har förmågan att se bortom det faktum att patienten är döende och istället fokuserar på viktiga aspekter i att leva har också förmågan att öka patientens livskvalité. Ett sådant exempel som hade stor betydelse för patienten var när sjuksköterskan vände på patientens säng så att han såg ut genom fönstret och upplevde årstiden utanför (Degner *et al.* 1991).

I Byrne och McMurrays (1997) studie inom hospice verksamheten berättade en sjuksköterska att filosofin på deras avdelning var att höja patienternas livskvalité den tid de har kvar. Människor lever tills de dör och sjuksköterskans uppgift var att hjälpa dem att känna sig tillfreds. Detta genomfördes genom att bemyndiga patienterna att göra egna val och leva som de själva ville i slutet av sitt liv. Rittman *et al.* (1997) och Kruijver *et al.* (2000) beskrev, att en för patienten hög livskvalité innebar att bevara deras hopp. Det kunde hjälpa dem att orka möta det okända som väntade. Det underlättade kampen och förberedde för en fridfull död. En sådan inställning kunde underlätta dödskampen och hjälpa patienten att dö fridfullt. Att hjälpa patienten att behålla hoppet innebar också att patienten kunde uppnå meningsfulla livsmål. När sjuksköterskan lyckades med att hjälpa patienten att hitta det som var meningsfullt för honom ledde det till att patienten nådde sina mål och kände tillfredsställelse innan döden inträffar (a.a.).

Enligt Bottorf i Kruijver *et al.* (2000) var en betydelsefull omvårdnadsaspekt att *göra mer* än vad uppgiften kräver. När sjuksköterskan var uppmärksam riktad mot patienten, kunde detta leda till att han kände tillit. En annan betydelsefull omvårdnadsaspekt var att *göra för*, vilket innebar att sjuksköterskan svarade på patientens behov, även om dessa inte var relaterade till behandlingen.

TEMA 4: TILLGÄNGLIGHET OCH KONTINUITET FRÅN SJUKSKÖTERSKAN

Travelbee (1971) ansåg att tillgänglighet och kontinuitet mynnar ut i tillit. Patienten tror och litar på att det finns någon som kan hjälpa honom med hans behov. Detta leder till att han blir uthållig och får förmågan att försöka igen, för att uppnå det han hoppas på.

För att en sjuksköterska ska kunna vara empatisk krävs det också en befrämjande miljö. Sjuksköterskorna i Hope-Stone och Mills (2001) undersökning påtalade att kliniska väntrum och stökiga korridorer störde den empatiska relationen. De betonade även vikten av att få tid till att vara tillgänglig och att kunna ge kontinuitet till patienten som viktiga faktorer för att kunna utveckla den empatiska relationen. I Raudonis (1993) undersökning beskrev en patient att han ansåg att sjuksköterskor förmedlar empati genom att vara tillgänglig på följande sätt:

”*Det är svårt att beskriva, det är bara det att sjuksköterskan finns där, någon är där och jag känner mig trygg så länge jag har denna stöttning*”.

Raudonis skrev vidare, att en kritisk punkt för att kunna utveckla en ömsesidig empatisk relation mellan parterna var, att sjuksköterskan har den tid som krävs för att kunna vara närvarande. Det är också viktigt att hon förmedlar att hjälp finns att få, när helst patienten behöver det.

TEMA 5: SOCIALT SAMSPEL MED PATIENT OCH NÄRSTÅENDE

Travelbee (1971) berör sparsamt patientens familj och närstående i sin omvårdnadsteori. Det är endast på några ställen som hon beskriver att patientens familj är betydelsefull. Hon betonar att det inte enbart är den döende som är i behov av hjälp och stöd utan att det även gäller patientens familj. Den döende är en del i familjen, allt som rör honom påverkar också dem tack vare de nära band som finns i en familj. Vidare påtalar hon att det är viktigt att sjuksköterskan förmedlar mod till patienten. Hon beskriver att mod och hopp är nära förbundna med varandra samt betonar också att modet stärks av att konfrontera problemet och att det är först då förmågan att göra allt för att bemästra situationen uppstår.

För att patienten ska må bra psykiskt och emotionellt, krävs en helhetssyn inom vårdandet där ett flertal komponenter spelar in. Kruijver *et al.* (2000) menade att den främsta uppgiften inom den palliativa omvårdnaden är att förse patienten med psykiskt välbefinnande som innefattar att minimera alla symtom inbegripet att ge smärtlindring vid behov. Rittman *et al.* (1997) ansåg att ett psykiskt välbefinnande innefattar smärtfrihet, värdighet, att få ha närstående hos sig samt att ha en privat sfär. Inom detta tema betonades dessutom vikten av att sjuksköterskan stöttar relationen mellan den döende patienten och dennes närstående. Degner *et al.* (1991), Rittman *et al.* (1997) och Kruijver *et al.* (2000) lyfte fram att i den palliativa vården bör patienten ha ett eget rum, en privat sfär, där han i lugn och ro får förbereda sig inför döden tillsammans med sina närstående. Rittman *et al.* (1997) ansåg att det leder till att de närstående kan vara med när döden inträffar. I Degners *et al.* (1991) intervjuer framhävde sjuksköterskorna att det som var bra för patienten också var bra för de närstående och vice versa. Att vara empatisk för familjen ger då också ett välbefinnande för patienten. Detta gjordes genom att sjuksköterskan förmedlade till närstående att de var välkomna till avdelningen, de skulle känna sig bekväma i vårdrummet och blev informerade om vad som hände. Sjuksköterskan uppmuntrade dem som ville att delta i omvårdnaden av den döende, då detta stärkte relationen mellan den döende och dennes anhöriga.

Till synes enkla saker som hade stor betydelse för både patient och närstående var att mata, göra munvård och så vidare. Även Rittmans *et al.* (1997) undersökning visade hur viktigt det var att sjuksköterskan förmedlade till de närstående att de gärna fick delta i omvårdnaden av patienten. Liknande resultat uppvisar Degner *et al.* (1991), samtidigt betonade de att sjuksköterskan måste vara lyhörd för vilka närstående som inte önskar delta i omvårdnaden av den sjuke. I Byrne och McMurrays (1997) undersökning ansåg sjuksköterskorna att det var betydelsefullt att hjälpa patienten och de närstående att bemästra sjukdomen, att ta tillvara sina coping-strategier, så att de känner stöttning patientens sista tid i livet. Enligt Rittman *et al.* (1997) borde sjuksköterskan även uppmuntra patienten att reda ut ouppklarade situationer och avsluta sina relationer. Exempel på detta var att ge tillfälle till patienten och dennes anhöriga att säga förlåt och reda ut gammal bitterhet och spända förhållanden. En sådan omvårdnad kunde leda till att patient och närstående kände sig tillfreds, ångest kunde mildras och de kunde lämna varandra i livet och lämna den kvarlevande i frid. Sjuksköterskan visade på stor empatisk förmåga när hon hade modet att stanna kvar och stötta båda parter när sjukdomen förvärrade patientens tillstånd. När sjuksköterskan tittade till patienten gjorde hon detta så hänsynsfullt som möjligt. Detta innebar att hon var

uppmärksam på signaler och höll sig i bakgrunden när det krävdes, men också fanns tillhands när patienten och dennes anhöriga så ville.

Degner *et al.* (1991) redovisade hur känslor av glädje, sorg och ilska hos patienter och närstående bemöttes. Sjuksköterskorna i studien ansåg att personalen inte behöver säga så mycket utan de bör lägga tonvikt på beröring, vilket kunde visa sig som att lägga armen om patienten. Hope-Stone och Mills (2001) fann att empatisk förmåga uttrycktes när sjuksköterskan visade respekt för patientens alla känslouttryck. Ville patienten gråta, fanns sjuksköterskan där till tröst. Hon avbröt inte eller försökte få patienten att sluta.

Krishanamy i Kruijver *et al.* (2000) fann att patienter och deras närstående hade ett stort informationsbehov gällande sjukdomen och dess förlopp. Sjuksköterskan bör bemöta detta med respekt och närhet. Även Hope-Stone och Mills (2001) fann ett stort informationsbehov inom den palliativa vården. I intervjuer med sjuksköterskor menade de att sjuksköterskan bör erbjuda sig att diskutera sjukdomsförloppet och olika alternativ till smärtlindring med både den döende och dennes närstående.

TEMA 6: ANDLIGT/EXISTENTIELLT VÄLBEFINNANDE

Joyce Travelbee (1971) beskriver i sin omvårdnadsteori att patientens religiösa övertygelse kan underlätta för patienten att bemästra sin sjukdom och sitt lidande. Hon betonar även att en del människor har förmågan att acceptera sjukdom och lidande tack vare att de har en tro.

För att sjuksköterskan skulle kunna visa empati var det nödvändigt att hon tänkt igenom hur hon ser på sin egen död. Detta är nödvändigt, när arbetet består av att dagligen möta döende personer. Det är också eftersträvansvärt att vårdpersonalen gläds åt livet för att på bästa möjliga sätt kunna förmedla empati till någon annan (Byrne & McMurray, 1997 och Rittman *et al.* 1997). Degner *et al.*; Fleming *et al.* och Rittman *et al.* i Kruijver (2000) fann att det i den palliativa omvårdnaden är betydelsefullt att förse patienten med psykosocialt och andligt välbefinnande. Sjuksköterskan måste därför ha en vetskap om vilken tro patienterna har för att eventuellt hjälpa dem att ta sig till en kyrka eller dylikt, be en präst eller en annan andlig ledare att komma till honom. Sjuksköterskan bör även erbjuda sig att be med en troende patient. Har sjuksköterskan en nära relation med patienten, kan hon se förändringar i hans själsliga tillstånd (Rittman *et al.* 1997).

BETYDELSEN AV DEN EMPATISKA RELATIONEN

En empatisk relation mellan sjuksköterskan och patienten hade en omedelbart positiv effekt på patientens livskvalité (Raudonis, 1993). Enligt Hope-Stone och Mills (2001) resulterade den empatiska relationen i att patienten kände sig tryggare i sjukhusmiljön. Ett exempel på detta var den patient i Rittmans *et al.* (1997) undersökning som tackade en sjuksköterska för den styrka som hon förmedlat till honom och därmed gjort honom beredd för att dö i frid. För sjuksköterskan innebar den empatiska relationen att den gav henne en större arbetstillfredsställelse samt att hon fick ett större utbyte med patienten (Hope-Stone & Mills, 2001). Upplevelsen av en empatisk relation behövde inte vara odelat positiv. Den kunde öka stressen hos sjuksköterskan då det krävs att hon ger mer av sig själv och är närvarande vid mötet med patienten och inte bara utför det som måste, utan också ”det lilla extra”. Dessutom ökade sårbarheten hos båda parter när de kom varandra så pass nära som personerna kan göra om de har utvecklat en empatisk relation (a.a.).

SAMMANFATTNING AV TRAVELBEES OMVÅRDADSTEORI MED FOKUS PÅ HUR SJUKSKÖTERSKAN KAN FÖRMEDELA EMPATI TILL EN PATIENT I LIVETS SLUTSKEDE

Omvårdnadens syfte och mål kan enligt Travelbee (1971) endast nås via utveckling av en mellanmänsklig relation som sker då två individer möts. Hon anser vidare att det är genom kommunikation som vi kan förmedla tankar och känslor till varandra samt att detta sker kontinuerligt verbalt och icke-verbalt. Kommunikationens syfte är att sjuksköterskan ska lära känna patienten som en individ och därigenom kunna tillgodose hans behov. Det är enligt Travelbee väsentligt att finna mening i de olika erfarenheter som vi möter under livets gång. Genom att sjuksköterskan hjälper patienten att finna tillit, uthållighet och mod kan det resultera i att patienten får uppleva en känsla av hopp. Detta i sin tur ger patienten möjlighet att kunna välja vilket resulterar i att han upplever autonomi och frihet. Det kan även leda till att han får förmågan att kunna försöka om och om igen för att uppnå det han hoppas på. I sin teori beskriver hon vidare att det kan underlätta för patienten att bemästra och stå ut med sitt lidande om han har en tro samt hur viktig familjen är för den döende beroende på de nära band som kan finnas till de närstående.

DISKUSSION

METOD

Författarna valde litteraturstudie som metod. Detta visade sig falla väl ut, då området befanns vara väl undersökt internationellt, och på så sätt gav svar på frågeställningarna. Litteratursökning via databaserna var tillfredsställande. Arbetet har fortskridit väl och har följt tidsplanen enligt projektplanen. Författarna har känt sig kompetenta och arbetat på kontinuerligt och löst de problem som funnits. Problemen har bestått i att försöka finna en svensk studie att jämföra med. Då detta tyvärr inte var möjligt löstes problemet genom att diskutera eventuella skillnader mellan de utländska studier som studerats och svenska förhållanden i resultatdiskussionen. Författarna är trots detta nöjda med materialet, när syfte och frågeställningar anses besvarade. Lärdom inför kommande undersökningar är att det är eftersträvansvärt att ha en väl bearbetad projektplan med avgränsat syfte och några få frågeställningar.

RESULTAT

Relationen mellan sjuksköterska och patient

Travelbee (1971) betonar vikten av att se patienten som en individ med eget värde i sin omvårdnadsteori. Av de artiklar som analyserats betonade alla författarna, utom Degner *et al.* (1991) att båda parter ömsesidigt ska dela erfarenheter med varandra samt att sjuksköterskan ska bekräfta patienten som en person – en individ med eget värde. En intressant aspekt är att både de intervjuade sjuksköterskorna och patienterna delade denna åsikt. Det är viktigt att det inte skapas en *för* nära kontakt mellan sjuksköterskan och patienten då detta kan leda till att hon engagerar sig för mycket i varje patient och inte kan behålla distansen. Det är betydelsefullt att hon inte känner sympati och medlidande med patienterna, då det med tiden kanske resulterar i utbrändhet och ett minskat antal sjuksköterskor.

Patienterna i Raudonis (1993) undersökning ansåg å ena sidan att det är positivt att få en nära vänskapsrelation med sjuksköterskan för att kunna dela vardagliga händelser med henne. Beck-

Friis och Strang (1995) framhöll å andra sidan risken med en för nära relation, då det kan innebära svårigheter att våga delge sina plågsamma bekymmer ömsesidigt till varandra. De påtalade vidare att det finns kunskap som pekar på att svårt sjuka människor inte vill delge sina vänner det som tynger dem och ju mer sjuksköterskans och patientens relation liknar en vänskapsrelation desto större är risken att han inte heller vill delge henne det. En för stor närhet kan dessutom leda till att personalen inte vill se tecken på försämring. Å ena sidan innebär detta en stor risk eftersom sjuksköterskan då inte ser det hon borde se ledande till att hon kanske blir en sämre yrkesutövare samt att det för patientens del kan innebära att han inte har modet att kommunicera om sina svårigheter med sjuksköterskan. Å andra sidan måste sjuksköterskan vara lyhörd för de patienter som känner som de i Raudonis (1993) undersökning ovan. Det kan vara en strategi för dem att hantera den svåra situation de befinner sig i.

Av en professionell yrkesutövare, som ju sjuksköterskan är, krävs det att hon kan pendla mellan närhet och distans. Detta anser även Birgegård och Glimelius (1991), de påtalar i sin undersökning vikten av att sjuksköterskan hela tiden måste påminna sig själv om att det inte är hon som befinner sig i patientens situation, det är inte hon som ska dö. Denna situation kan säkert vara svårt för en nyutbildad sjuksköterska att klara av och bemästra då det i grundutbildningen inte avsätts tillräckligt med tid för att den nya sjuksköterskan ska kunna förbereda sig på att möta döden och döendet. Ett förslag skulle kunna vara att hon erhålls utrymme under arbetstid till att kunna sitta ner och resonera kring sina upplevelser med de kollegor som har längre yrkeserfarenhet. Förhoppningsvis ger de kliniker som vårdar patienter som befinner sig i livets slutskede vårdpersonalen vidareutbildning och handledning i konsten att vårda och bemöta döende människor. Detta i sin tur ger personalen hjälp att koppla teoretiska kunskaper till det praktiska arbetet och att använda sig av sina erfarenheter. Handledningen resulterar i stöd, hjälp och medverkar till personlig mognad och utveckling. Detta påtalas även i SOU 2001:6 förslag läggs att den palliativa vården bör lyftas fram med hjälp av specifika kurser under alla personalkategoriernas grundutbildning. De föreslår vidare att all personal inom palliativ vård skall erbjudas kontinuerlig handledning och fortbildning. Författarna till denna studie är av den åsikten att omvårdnad är en konst som inte enbart kan läras in med hjälp av litteratur i skolbänken. Den måste istället läras in i praktiken med hjälp av intuition och kontakt med patienter och närstående.

Kommunikationsvägar

Byrne och McMurray (1997) samt Hope-Stone och Mills (2001) har med hjälp av sina undersökningar kommit fram till hur betydelsefull kommunikationen är för den empatiska relationen, vilket även Travelbee (1971) betonade. Vidare hävdar Byrne och Mc Murray (1997); Rittman *et al.* (1997) samt Hope-Stone och Mills (2001) att den icke-verbala kommunikationen med beröring, mimik och gester är väsentlig när sjuksköterskan vill förmedla empati till den svårt sjuke patienten. Fortsättningsvis betonade de vikten av att kunna lyssna på vad patienten vill förmedla och att lära sig läsa av hans ansiktsuttryck. Detta poängterades även i den studerade litteraturen av Hanratty och Higinson (1997) där de beskrev tre principer när det gäller att lyssna, "lyssna med sina ögon", "lyssna uppmärksamt" och att "inte vara rädd för tystnaden". Även detta kan vara svårt för en ovan sjuksköterska både att förmedla och att ta emot. Det behövs mycket träning och erfarenhet för att kunna bli skicklig på icke-verbal kommunikation. Frågan är om det finns tid och tillfälle för sjuksköterskan att kunna utveckla denna kompetens? Det är tyvärr så att grundutbildningen till sjuksköterska har brister även när det gäller att lära ut vikten av taktill beröring vilket är tråkigt då studien har visat hur betydelsefullt det kan vara för den döende patienten att få uppleva kroppskontakt.

Att få patienten att uppleva livskvalité

Travelbee (1971) anser att alla människor har som uppgift att finna mening i livets olika erfarenheter. Meningsfullhet som kan uppnås genom att få svar på frågan ”*varför händer detta mig?*” och förståelse via frågan ”*hur ska jag genomlida detta?*”. Detta kan bindas samman med Antonovskys (1991) begrepp KASAM. Enligt honom har vårdpersonalen ett stort ansvar i att få patienten att uppleva livskvalité och känna begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet i den situation som han befinner sig. Vidare gör Antonovsky antagandet att en människa med ett starkt KASAM har egenskaper som skulle kunna förstärka immunförsvaret vilket är intressant. Även Beck-Friis och Strang (1995) gör antagandet att befrämjandet av de salutogenetiska (hälsobringande) faktorerna kan vara en av de viktigaste åtgärderna som vårdpersonalen kan vidta för den döende patienten och dennes närstående. Även sjuksköterskan har ett stort ansvar i detta. Hon kan påverka patienten med sitt sätt att vara och förmedla empati så att han upplever hopp, tillit, mod och meningsfullhet vilket mynnar ut i livskvalité. Till detta krävs en sensitiv och empatisk sjuksköterska som har gjort upp med sin egen syn på döden för att på bästa sätt kunna hantera denna situation.

Rittman *et al.* (1997) tog i sin studie upp hur en sjuksköterska kunde öka patientens livskvalité på ett enkelt sätt genom små men betydelsefulla ting. Till denna uppgift krävs empatisk förmåga där sjuksköterskan kan sätta sig in i patientens situation och inse vad som kan vara betydelsefullt här och nu. Författarna håller med Byrne och McMurray (1997) om att en människa lever tills denne dör och att det är sjuksköterskans uppgift att hjälpa honom att känna sig tillfreds samt att detta åstadkoms genom att bemyndiga patienten till att göra egna val. Författarna anser vidare precis som Rittman *et al.* (1997) och Kruijver *et al.* (2000) att sjuksköterskan genom att hjälpa patienten att upprätthålla hoppet samt att hitta det som är meningsfullt för honom kan leda till att han uppnår sina mål och känner större tillfredsställelse.

Socialt samspel med patient och närstående

Trots att Travelbee (1971) inte skriver så mycket om de närstående betonar hon ändå att de också är i behov av stöd och hjälp, det är alltså inte enbart den döende som är i behov av vårdpersonalen. De flesta författarna poängterade vikten av att de närstående kan vara med till slutet. Å ena sidan är detta riktigt, men å andra sidan är det viktigt att tänka på att en del människor som har levt ensamma kanske också vill dö i ensamhet. Som personal och anhörig kan detta vara svårt att acceptera särskilt då mottot ”ingen ska behöva dö ensam” oftast är eftersträvanvärt inom sjukvården.

Rittman *et al.* (1997) fann i sin undersökning att sjuksköterskan ska hjälpa och uppmuntra patienten till att ordna upp sina relationer med närstående då detta kan resultera i att båda parter kan må bättre, slippa ångest och släppa taget. Det krävs då mod av sjuksköterskan för att våga stanna kvar vid försämring. Mod att bemöta deras frågor och funderingar samt att finnas till för dem. Det visar på stor empatisk förmåga om hon vågar genomföra detta. Det är glädjande att det i alla undersökningar betonas hur viktigt det är att bemöta de närstående på ett bra sätt då det som görs för patienten också är bra för den närstående och vice versa. Det känns bra att det inte längre är som Byrne och McMurray (1997) diskuterade i sin undersökning att sjuksköterskan förr uppmuntrades till att inte ha *för* nära band till patient och närstående för att hon skulle skydda sig själv mot plågsamma förluster när patienten väl dör.

Det har varit meningsfullt att få studera den empatiska relationen mellan patient och

sjuksköterska. särskilt då ämnet i sig inte är så väl utforskat i Sverige. Författarna anser att det behövs mer forskning om hur vårdpersonal kan utveckla denna relation då den är av stor vikt för den döende patientens och hans närståendes livskvalité.

I SOU 2001:6 påtalas att det finns klara brister gällande bemötandet inom den palliativa vården. Detta är tvärtemot vad den studerade aktuella utländska forskningen inom området visar. Denna visar att den empatiska relationen fungerar väl mellan sjuksköterskan och den svårt sjuke patienten. Är det så att de undersökta sjukhusen är privata och har särskilt goda resurser och specialutbildad personal? Detta har tyvärr inte framkommit i artiklarna. Det förefaller märkligt att det finns så lite svensk forskning inom området eftersom 80-85 procent av alla dödsfall sker på sjukhus, sjukhem eller ålderdomshem. Svensk forskning inom detta område krävs för att få mer kunskap ut till alla berörda särskilt då palliativ vård är svårt och att det av personalen krävs engagemang, kunskap och empati.

KONKLUSION

I resultatet framkommer att en god relation mellan sjuksköterska och patient är av betydelse för en empatisk relation, samt olika kommunikationsvägar och socialt samspel för att få patienten att uppleva livskvalitet.

Empati förmedlas genom att hjälpa patienten att få uppleva livskvalité. Detta kan uppnås på olika sätt, bland annat genom att ge tillgänglighet och kontinuitet från sjuksköterskan vilket då kan resultera i en förtroendefull relation mellan parterna.

REFERENSLISTA

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur
- Beauchamp, T-L., Childress, J-F. (1994). *Principles of Biomedical ethics fourth edition*. Oxford University Press
- Beck-Friis, B., Strang, P. (1995). *Palliativ medicin*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur
- Birgegård, G., Glimelius, B. (1991) *Vård av cancersjuka*. Lund: Studentlitteratur.
- Byrne, D., McMurray, A. (1997). *Caring for the dying: nurse's experiences in hospice care*. I: Australian Journal of Advanced Nursing (1997:15(1) sid 4-11).
- Degner, L.F., Gow, C.M., Thompson, L.A. (1991). *Critical nursing behaviors in care for the dying*. I: Cancer Nursing (1991:14(5) sid 246-253).
- Eriksson, K. (1995) *Mot en caritativ vårdetik*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap
- Eriksson, K., Lindström, U. (2000). *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap
- Hanratty, J-F., Higinson, I. (1997). *Palliativ vård vid terminala sjukdomstillstånd*. Lund: Studentlitteratur.
- Henriksen, J-O., Vetlesen, A-J. (1998). *Etik i arbete med människor*. Lund: Studentlitteratur
- Holm, U. (2001). *Empati*. Lund: Natur och kultur
- Hope-Stone, L-D. , Mils, B-J. (2001) *Developing empathy to improve patient care : a pilot study of cancer nurses*. I : International Journal of Palliative Nursing. (2001: 7(3) sid 146-150).
- Jahren, N. (1998). *Allmän omvårdnad del I*. Stockholm: Liber
- Kalkas, H., Sarvimäki, A. (1996). *Omvårdnadsetikens grunder*. Stockholm: Liber utbildning AB
- Kirkewold, M. (1994). *Omvårdnadsteorier – Analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur
- Kruijver, IPM., Kerkstra, A., Bensing, J-M., van-de Wiel, HBM. (2000) *Nurse- patient communication i cancer care: a review of the literature*. I : Cancer Nursing (2000: 23(1) sid 20-31)
- Löwenhjälm, H (1941). 5:e upplagan. *Dikter*. Stockholm
- Nationalencyklopedin*, (2000). Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB

Polit, D.F., Hungler, B.P. (1999). 6:e upplagan. *Nursing Research. Principles and methods*. New York: Lippencott Company

Raudonis, B.M. (1993). *The meaning and impact of empathic relationships in hospice nursing*. I: *Cancer Nursing* (1993:16(4) sid 304-309)

Rittman, M., Paige, P., Rivera, J., Sutphin, L., Godown, I. (1997). *Phenomenological study of nurses caring for dying patients*. I: *Cancer Nursing* (1997:20(2) sid 115-119)

Rydberg, L. (1996). *Etik och livsfrågor*. Falköping: Bonnier utbildning AB

Socialstyrelsen - äldreuppsdraget 98:14 (1998). *Inför döden*. Stockholm: Artikelnr: 1998-26-014

SOU 2001:6 (2001). *Döden angår oss alla, värdig vård vid livets slut*. Stockholm: Norstedts Tryckeri AB

SPRI-rapport 497 (1999). Stockholm: SPRI:s Förlagstjänst.

Svensk ordbok (1986). Stockholm: Norstedts Tryckeri AB

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

Wilow, K. (2001). *Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvård*. Uppsala: Liber Utbildning AB

Övriga källor:

<http://icn.ch> The ICN Code of Ethics for Nurses: