

Vårdbehövande kvinnors upplevelser av möten med vårdpersonal

- en litteraturstudie

Lena Eriksson
Åsa Palmer

Luleå tekniska universitet

C- uppsats
Omvårdnad

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

Vårdbehövande kvinnors upplevelser av möten med sjukvårdspersonal

Dependent women's experiences of encounters with healthcare professionals

En litteraturstudie

Lena Eriksson

Åsa Palmér

Kurs: O0009h

Höstterminen 2009

Sjuksköterskeprogrammet 180 p

Handledare: Britt-Marie Wälivaara

Vårdbehövande kvinnors upplevelser av möten med sjukvårdspersonal - en litteraturstudie

Lena Eriksson

Åsa Palmér

Luleå tekniska universitet Institutionen för hälsovetenskap

Abstrakt

Sannolikheten att kvinnor kommer komma i kontakt med sjukvården och vårdpersonal någon gång under livet är stor. Upplevelsen av kvinnornas möten med vårdpersonal kan vara av både positiv och negativ karaktär. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur vårdbehövande kvinnor upplevde sina möten med vårdpersonalen. Studien grundar sig på 22 vetenskapliga artiklar som alla svarade mot syftet. Artiklarna analyserades med kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats och analysen resulterade i fem kategorier som alla beskrev kvinnornas upplevelser av möten med sjukvårdspersonal: Att bli sedd och bekräftad, Att kompetent personal ökar den ömsesidiga tilliten, Att uppleva motstånd och inte tas på samma allvar som män, Att uppleva misstroende från vårdpersonal och Att inte få tid och lämnas med oro och frågor. Slutsatser av studien är att möten som innehåller tillit och trygghet levererar respekt, möten som består av delad tillit genererar i ömsesidig förståelse som leder till tillfredsställelse, ett ovänligt bemötande upplevs som en förolämpning. Tid och stress påverkar möten, vilket är särskilt påtagligt för kvinnor som lägger sitt liv i någon annans händer.

Nyckelord: kvalitativ innehållsanalys, kvinnor, möten, bemötande, upplevelser, inifrånperspektiv, vårdpersonal.

I mötet mellan den vårdbehövande människan och vårdgivande personal uppstår ett möte mellan två livsvärldar, en unik en-till-en-relation. Ett möte mellan en person och vårdgivare innebär en möjlighet till förändring. Ett äkta möte förändrar de båda inblandade om mötet definieras som en öppen och ömsesidig angelägenhet som präglas av en dialog: då är inte längre vårdgivaren utgivaren och vårdtagaren mottagaren (Daniels, 1986). Vid varje tillfälle som vårdgivare blir uppsökt av människor med vårdbehov sker möten som innebär ett samspel, en relation med ett bemötande, där vi berörs och reagerar på varandra. Det goda mötet ger en upplevelse av tillit och trygghet (Bonander & Snellman, 2007). När en person känner sig väl omhändertagen så upplevs detta som positivt och det främjar förtroendet för vårdpersonalen. Tillfredställande information och obehindrad kommunikation resulterade i tillit (Eriksson & Svedlund, 2007).. Vårdrelationen är vårdandets fundament och beskrivs som en beröring i den betydelsen att den andra människan berörs kroppsligt, andligt, och själsligt. När personen i ställning som patient berörs ger hon uttryck för sin situation och då berörs även vårdaren (Bonander & Snellman, 2007). Vid uppsökande av hälso- och sjukvård finns inga valmöjligheter för vem som står för det första mötet. Den uppkommande relationen mellan personen och vårdpersonal har föregåtts av personens egen bedömning på sina behov och styrs av vårdpersonalens förmåga att möta och lösa dessa. Förtroendet som är basen i relationen grundar sig på hur personen värderar vårdpersonalens kompetens, samtidigt som personen måste uppleva förtroende på ett mer personligt plan (Eriksson & Nilsson, 2007). Till vårt mänskliga liv hör att vi möter människor med naturlig tillit. Men att visa tillit betyder att utlämna sig själv och om den andra människan inte blir berörd av gåvan eller inte tar emot dem resulterar det i att den som blottat sin förväntan i yttringen upplever stor känslomässig reaktion (Lögstrup, 1994, s. 41).

Under sammankomster där medicinsk information behandlas sker mötet mellan två individer med förutbestämda sociala roller som kan leda till en sned maktfördelning (Hantho, Jensen & Malterud, 2002). Ett möte mellan en person som är i behov av vård och vårdare är aldrig i sin existentiella grund frivilligt och blir alltid asymmetriskt. Traditionellt framhålls att asymmetrin beror på att vårdaren är frisk och har både kunskaper och utbildning, den vårdbehövande är sjuk och inte har kunskaper (Daniels, 1986). Denna lägesändring i information håller på att förskjutas för att det idag är lättare än någonsin för patienterna att skaffa sig en djup medicinsk information. Den vårdbehövandes anhöriga gör detta i hög grad och iveren att söka information är inte sällan ett tecken på frustration och stark oro. Det är skillnad på information och kunskap, informationen måste tolkas till kunskap. Men pati-

ent-vårdar-relationen är också omvänt asymmetrisk i den mening att patienten är den enda som vet vad denna känner och upplever och därmed är den störste experten (Millard & Fintak, 2002). Lögstrup (1994, s. 16-18) skriver om att den yttersta makten finns i mänskliga relationer och inte minst i vårdrelationer. I vårdrelationer är asymmetri uppenbart för att patienten är i behov av vård och vårdgivaren är i besittning av läkningen och resurserna. Lögstrup skriver vidare att genom vårt förhållningssätt till den andra personen hjälper vi till att forma en annan värld. En persons attityd speglar hans eller hennes inre förståelse och för att människor som är i behov av vård skall kunna få en förståelse för livet så är de beroende av vårdpersonalen i deras möte.

Enligt SOU 1996:133 utgår behov ur ett omvårdnadsperspektiv från ett holistiskt och dynamiskt perspektiv. Detta innebär en helhetssyn på mänskliga behov som utgår från att behoven har inre relationer och hela tiden förändras med tiden och för varje individ. Det betyder att sjukvården inte ska fokusera på sjukdomen utan även på den hälsa som finns kvar. Rent konkret innebär det att intresse ägnas åt patienternas hela livsvärdssituation, till exempel familj, arbete, fritidssysselsättning, vanor och ovanor. Helheten blir då något mer än summan av sina delar, samtidigt som delarna blir begripliga först i relation till helheten (SOU 1996:133).

Enligt Predeger och Mumma (2004) är sannolikheten att alla kvinnor kommer att komma i kontakt med sjukvården någon gång under livet absolut. Förutfattade meningar, socialisering och normer, värvade under livets gång, präglar kvinnornas upplevelse av sjukvården. Upplever kvinnan ohälsa präglas hennes förväntningar av en önskan av empati för hennes situation och hon blir känslig för oförstående och misstro. Att leva med sjukdom påverkar kvaliteten på relationer samtidigt som det har en stor betydelse för livsperspektivet. Relationer, och ur vilken kontext de uppstår, är viktiga referenspunkter för förandet av det mänskliga perspektivet. Att leva med sjukdom belyser en av de mest kritiska transitioner i livet där personen söker förståelse genom kontakt med andra. Att ändra perspektiven till vad som verkligen är betydelsefullt blir ett fokus för att överleva. Stärkande relationer och betydelsefull samvaro med personer och ting är det karaktäristiska från den erfarenheten (Predeger & Mumma, 2004).

Erfarenheter av en vårdrelation och ett bemötande, är för personen beroende på hur vårdpersonal beter sig vid mötet. Upplevelser i den meningen att det är något som personen i fråga varit med om och som ger individen erfarenheter. Upplevelsen kan förklaras med hur

väl vårdpersonalen åstadkommer ett tillstånd av tillit, tillfredställelse, kroppsligt och andligt välbehag samt känsla av att vara i utveckling i syfte att förändra hälsoprocesserna (Bonander & Snellman, 2007).

Arman och Rehnsfeldt (2007) har i en studie undersökt hur vårdpersonal kan uppnå en idealisk och god vård för att lindra människors lidande inom sjukvården. Lidandet kränker människans värdighet och innebär en förlust som omfattar människans erfarenhet av liv, hälsa och sjukdom i fysisk, psykisk och andlig bemärkelse. I sin position som vårdgivare kan vårdpersonal utgöra ett hinder för att lindra lidande om de saknar medkänsla. Författarna kom fram till att när sjuksköterskor gör det "lilla extra" kan de bygga broar i mänskliga interaktioner och att det är de små sakerna i livet som gör att människan kan bevara sin värdighet, känna hopp och känner sitt människovärde. Sjuksköterskorna i studien anser att den idealiska vården uppnås när de ser hela människan, visar respekt och handlar därefter. För att uppnå detta är det viktigt att vården är individbaserad, att personalen gör mer än vad som är deras ansvarsområde, det som är utöver rutiner, och att de handlar i enlighet med den vårdbehövandes behov och önskemål. Sjuksköterskorna i studien tyckte även att det var viktigt att det skulle vara en medvetenhet om att det är även människans värdighet de vårdar. Detta innebär att vara medveten om enskilda och holistiska aspekter av hälsovården, den är beroende av mänskliga känslor, inte roller (Arman & Rehnsfeldt, 2007).

Enligt Patientnämnden i Norrbotten (NLL: Patientnämndens protokoll, 2008) har anmärkningarna på kategorierna bemötande/kommunikation stigit med 30%. Under första kvartalet 2008 till samma kvartal 2009 ökade klagomålen från 21 till 95 ärenden. Av alla vårdtillfällen stod kvinnor för 64% av dem (SCB) och det är huvudsakligen kvinnor som anser sig betydligt sämre mötta än män i ärenden som främst rörde information. Därför är det intressant att studera det kvinnliga perspektivet på möten inom sjukvården. Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva kvinnors upplevelser av möten med vårdpersonal.

Metod

Denna litteraturstudie är gjord utifrån ett inifrånperspektiv. Enligt Conrad (1987) så belyser inifrånperspektivet människans och i detta fall kvinnornas subjektiva upplevelse. I denna litteraturstudie har utgångspunkten varit att söka efter artiklar som beskriver kvinnors positiva och negativa upplevelser av att vid sjukdom möta vårdpersonal på vårdinrättningar. Ett medvetet val gjordes att inte ta med ordet bemötande i sökningarna. Detta gjordes ef-

tersom inriktningen var att belysa kvinnornas spontana upplevelse av mötet, inte det de reflekterar efter att ha blivit frågad om det.

Litteratursökning

Urvalet av de vetenskapliga artiklarna har gjorts genom en systematisk litteratursökning i PubMed och CINAHL. För att undvika snedvridet urval är det viktigt att söka litteratur från flera olika källor och att kombinera olika sökkommandon för att täcka så mycket litteratur som möjligt (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006, s. 65). De sökord vi använt är: Qualitative research, Qualitative, Healthcare category, Women, Women's, women's need, Meet och Illness. Sökningarna i den redovisade tabellen är en sammanställning av ett tiotal sökningar, vilket resulterade i att sökorden "experience" och "experiences" saknas.

För att begränsa sökningarna användes limit som dragit ner antalet genom att bara inkludera vuxna kvinnor, engelskspråkliga studier, peer-review och artiklar som är publicerade mellan 1997-2009. Exkluderade artiklar är de som innehåller gravidas upplevelser, beroendet av alkohol och droger, våldsrelaterade upplevelser och utvecklingsstördas upplevelser, kvantitativa artiklar och artiklar som innehåller stigmatisering, till exempel: HIV, blodsjukdomar eller minoritetsgrupper eller etniska gruppers upplevelser av viss sjukdom i visst sammanhang.

När de vetenskapliga artiklarna eftersöktes begränsades inte arbetet av någon specifik sjukdom eller åkomma. För att få fram artiklar som svarade mot syftet blev flera olika sökningar aktuella. I stort sett alla artiklar som beskrev kvinnors erfarenheter av sjukdom berörde även vårdpersonal i olika former, men för att få svaret på vårt syfte krävdes att kvinnan skulle berätta om sin upplevelse av mötet. När sökningarna var gjorda valdes en del artiklar bort bara genom att läsa titeln och en del artiklar valdes bort för att de enligt denna studies författare inte var tillräckligt vetenskapliga. I de vetenskapliga artiklar som verkade lämpliga lästes abstrakten igenom för att se vilka som motsvarade vårt syfte (Polit & Beck, 2004, s. 94). Cirka 80 artiklar gick slutligen igenom.

Tabell 1 Översikt av litteratursökning (n=17)

Söknummer	PubMed 090909	Söktermer	Antal referenser	Antal valda artiklar
1	[Mesh]	Qualitative Research	7554	

2	[Mesh]	Health Care Category	6291991	
3	[Mesh]	Women	25136	
4		1 AND 2 AND 3	379	4
5	FT	WOMEN	5290960	
6		1 AND 5	4334	
7	FT	MEET	40652	
8		6 AND 7	122	3
<hr/>				
Söknummer	Cinahl 090913		Antal referenser	Antal valda artiklar
<hr/>				
1	FT	Qualitative	39596	
2	FT	Women	552	
3	FT	TREAT*	258947	
4	FT	Women's (TI)	1653	
5		3 AND 4	189	5
6	FT	Illness	54345	
7		1 AND 2 AND 6	833	
8	LIMIT		217	6
9	FT	Women's needs	136	4

LIMIT – Per review, 1997-2009, Engelsk text, Full text

MeSH – Mesh termer I databasen PubMed

FT – fritextsökning

TI – I titeln

Kvalitetsgranskning

För att underlätta kvalitetsgranskningen markerades sökningarna med ”peer reviewed” vilket innebär att artiklarna är granskade innan publicering. Sedan följdes granskningsprotokollet från studiehandledningen (Bilaga 1) för kvalitetsgranskning av de utvalda artiklarna till analysen. Willman, Bahtsevani och Stoltz (2006, s.95-100) beskriver att när flera olika studier används så kan de ha olika vetenskaplig styrka, därför bör studierna rangordnas så att studier med låg kvalitet exkluderas. Enligt Willman et al. (2006, s.97) så ska en studie som uppnår hög kvalitet innehålla en väldefinierad frågeställning, en klart beskriven kontext, välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod och analysmetod. En studie som däremot har ett oklart kontext, vag frågeställning, otydlig urvalsprocess, datainsamlingsmetod och analysmetod bedöms vara av låg kvalitet. I denna studie följdes Willman et al. (2006, s.96) för att komma fram till artikelns kvalitet, ett poäng tilldelades för varje positivt svar och noll poäng för negativt svar på frågorna i granskningsprotokollet. Sedan räknades poängsumman om i procent och de artiklar som uppnådde 80-100% bedömdes vara

av hög kvalitet, artiklar som uppnådde 60-79% som medel och under 60% bedömdes vara av låg kvalitet.

Tabell 2 Översikt av artiklar till analysen (n=22)

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod datainsamling/analys	Huvudfynd	Kvalitet
Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin & Eriksson 2004 Sverige	Kvalitativ	16 kvinnor	Intervju/ Narrativ analys.	Lidande inom sjukvården kan uppstå om sjukvårdspersonalen försummar och är hjärtlös mot patienterna.	Hög
Bottomley & Jones 1997 England	Kvalitativ	18 kvinnor	Intervju/ Kvalitativ analys	Det är viktigt att sjukvårdspersonal ser till patientens psykosociala tillstånd vilket kan leda till att patienten tar till sig behandlingen bättre.	Medel
Chappy 2004 USA	Kvalitativ	22 kvinnor	Intervju/Kvalitativ analys.	Den kirurgiska fasen av biopsin har inte så stor betydelse som forskare tidigare trott.	Hög
Day & Batten 2005 Nya Zeeland	Kvalitativ	10 kvinnor	Intervju/ Constant-comparative analys.	Rehabiliteringsprogram hjälper patienterna att återhämta sig efter en hjärtinfarkt, men tillgodoser inte allas behov. Det är viktigt att rehabiliteringsprogrammen är individanpassade.	Hög

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod datainsamling/analys	Huvudfynd	Kvalitet
Frich, Malterud & Fugelli 2006 Norge	Kvalitativ	20 kvinnor	Intervju/ Fenomenologisk analys.	Att kvinnorna inte tas på allvar, då symtombilden ses som en typiskt manlig sjukdom.	Hög
Giddings, Roy, & Predger 2007 Nya Zeeland	Kvalitativ	7 kvinnor	Intervju/ Tematiskt tolkande.	Sjuksköterskor som känner igen symtomen hos patienter med kroniska tillstånd kan hjälpa dem att åldras väl.	Hög
Houle, Harwood, Watkins, & Baum, 2007 USA	Kvalitativ	23 kvinnor	Intervju/ Kvalitativ analys.	Patienterna (kvinnorna) förväntar sig mer av sjukvårdspersonalen än att de bara ska ha medicinsk kunskap.	Medel
Hvas, Reventlov, Malterud, 2004 Danmark	Kvalitativ	24 kvinnor	Intervju/ Fenomenologisk analys.	Kvinnorna var nöjda med behandling och undersökningar när de gick till sin läkare, men de tyckte även att läkarna kunde bli bättre på att ge information.	Medel
Hägglund & Ahlström 2006 Sverige	Kvalitativ	14 kvinnor	Intervju/ Fenomenologisk hermeneutisk analys.	Kvinnorna upplever maktlöshet och att det är tabu att leva med urininkontinens. Sjuksköterskor bör övervaka kvinnors bäckenbottensträkningsprogram.	Hög
Hägglund & Wadensten 2007 Sverige	Kvalitativ	13 kvinnor	Intervjuer/ Fenomenologisk hermeneutisk analys.	Rädslan för förödmjukelse hämmade kvinnor från att söka vård för kronisk urininkontinens. Sjuksköterskor bör vara tydliga och lyhörda när de talar med kvinnor om förknippade upplevelser.	Hög

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod datainsamling/analys	Huvudfynd	Kvalitet
Kralik, Telford, Prince & Koch 2005 Australien	Kvalitativ	30 kvinnor	Intervju/ Kvalitativ innehållsanalys.	Det är viktigt att personer som jobbar inom vården ger kvinnor en chans att prata om deras trötthet och sina upplevelser.	Medel
Kwok-wei So & Ying-yu. 2007 China	Kvalitativ	8 kvinnor	Intervju/ Fenomenologisk analys.	Det är viktigt med att förbereda patienten innan en intim undersökning.	Hög
Landmark, Bohler, Loberg & Wahl 2008 Norge	Kvalitativ	7 kvinnor	Intervju/ Kvalitativ innehållsanalys.	På bröstcancerkliniker bör vårdpersonalen inte bara se till den medicinska behandlingen utan även till patientens psykosociala tillstånd vid diagnos och under och efter behandlingen.	Hög
Larsson, Jönsson, Olsson, Gard & Johansson 2007 Sverige	Kvalitativ	12 kvinnor	Intervju/ Fenomenologisk analys.	Om sjukvårdspersonal hjälper patienterna med att motivera dem samt ge information så är det lättare för patienterna att komma igång med fysisk aktivitet efter en bröstcanceroperation.	Hög
Marriott & Thompson 2006 England	Kvalitativ	8 kvinnor	Intervju/ Fenomenologisk analys.	Resultatet i studien visar att innebörden av vulva smärta påverkar kvinnors identitet och deras relationer. Dessa psykosociala faktorer bör beaktas av vårdpersonalen.	Hög

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod datainsamling/analys	Huvudfynd	Kvalitet
McMillan, Haley, Zollman-Huggler, Johnson - Avery, Winchenbach & Bell 2007 USA	Kvalitativ	42 kvinnor	Intervju/ Kvalitativ innehållsanalys	Kvinnornas misstro mot sjukvården kan övervinas med utbildningsprogram där kvinnorna bor och arbetar.	Hög
O'Dell, & Jacelon 2005 USA	Kvalitativ	6 kvinnor	Intervju/ Fenomenologisk analys.	Vaginal nedläggning/stängning vid prolaps påverkar den unga kvinnans självbild. Kvinnorna tyckte det var viktigt med kommunikation och information under deras vårduppföljning.	Medel
Oscarsson, Wijma & Benzein 2007 Sverige	Kvalitativ	14 kvinnor	Intervju/ Induktiv innehållsanalys.	Så länge kvinnorna känner att de mår bra så uteblir de från screeningtester. Hälsopersonal måste arbeta med dessa kvinnor för att ge dem en större förståelse för vikten av prov tagningen.	Hög
Samuel, Moses, Smith & Thorne 2007 England	Kvalitativ	10 kvinnor	Intervju, Grounded theory analys.	Kvinnorna kände sig sårade och i underläge gentemot männen på rehabiliteringscentret.	Medel
Werner & Malterud 2005 Norge	Kvalitativ	10 kvinnor	Intervju/ Kvalitativ innehållsanalys.	Läkarna måste ge utrymme för ökat inflytande för patienterna.	Medel

Författare/År	Typ av studie	Deltagare	Metod datainsamling/analys	Huvudfynd	Kvalitet
Widäng, Fridlund & Mårtensson 2007 Sverige	Kvalitativ	15 kvinnor	Intervju/ Kvalitativ innehållsanalys.	Det är viktigt att de som arbetar inom vården har kännedom om alla aspekter av integritet och behandlar patienterna med värdighet och respekt.	Hög
Wikberg, Jansson & Lithner 2000 Sverige	Kvalitativ	5 kvinnor	Intervju/ Tematisk innehållsanalys.	Kvinnorna lever med både fysisk och psykisk smärta, att komma i kontakt med sjukvården upplevdes både positivt och negativt.	Hög

Analys

Analys av de funna artiklarna genomfördes med en kvalitativ innehållsanalys, vilket är en forskningsmetod som på ett systematiskt och objektivt sätt används för att dra slutsatser från skriven data i syfte att beskriva specifika fenomen. Genom innehållsanalys är det möjligt att renodla meningar så de resulterar i få innehållsreglerade kategorier. Målet med innehållsanalys är att ge förståelse och kunskap de fenomen som undersöks. Manifest ansats är textnära och tillåter inga egna tolkningar (Downe- Wamboldt, 1992). För att underlätta arbetet ändrades textenheter vid kondensering där personerna angavs diffust genom att efter noggrann genomläsning av artikeln, ge personer som syftade på vårdpersonal i någon form namnet vårdpersonal.

Analysen av artiklar skedde enligt Burnards (1991) analysmetod, innehållande 14 punkter: Artiklarna genomlästes flera gånger för att få en helhet och förståelse för texten för att sedan extrahera de textenheter som svarade mot syftet. Dessa textenheter numrerades för att det ska vara möjligt att spåra källorna och för att litteraturstudien skall ha en hög validitet. Textenheterna översattes från engelska till svenska för att sedan kondenseras, vilket innebär att överflödigt text tas bort utan att essensen försvinner och utan att lägga in egna tolkningar. Sedan genomfördes en analys av textenheterna med syfte att kategorisera dem. Att kategorisera textenheterna innebär att sammanföra de textenheter som liknar varandra och ger dem olika kategorierna namn som speglar textenheternas innehåll (Burnard, 1991).

Analysen började med 121 olika kategorier bestående av 233 textenheter som innehöll olika typer av upplevelser, sedan reducerades antalet kategorier till större kategorier med upp-

levelser som liknade varandra. Analysen genomfördes i 11 steg och resulterade i sex kategorier. Slutkategorierna bestod av grupper vars essens överensstämde och var ”rena från varandra” och de fick namn som gav en övergripande förståelse av innehållet. När sedan brödtexten skrevs var två av kategoriernas innehåll väldigt nära varandra och slogs ihop, därmed slutade analysen med fem kategorier.

Resultat

Tabell 3 Kategorier (n=5)

Att bli sedd och bekräftad

Att kompetent personal ökar den ömsesidiga tilliten

Att uppleva motstånd och inte tas på samma allvar som män

Att uppleva misstroende från vårdpersonal

Att inte få tid och lämnas med oro och frågor

Att bli sedd och bekräftad

Kvinnor beskrev att de upplevde sig bli respekterade när de blev bekräftade, togs på allvar och när deras behov tillfredsställdes (Widäng, Fridlund & Mårtensson, 2008) av vårdpersonal som vågade ta sig tid att sitta ned och möta kvinnan i hennes situation och visa genuint intresse för hennes hälsa (Arman, Rehnsfeldt, Lindholm & Hamrin, 2004; Houle, Harwood, Watkins & Baum, 2007). Kvinnor förklarade att det gjorde stor skillnad när vårdpersonalen närvarade (Bottomley & Jones, 1997; Marriott & Thompson, 2008; Widäng et al. 2008). I vissa miljöer där kvinnor kände sig isolerade och sårbara räckte det med att vårdpersonalen bara var där, talade och lyssnade för att det upplevdes som lugnande (Kwok-wie So & Ying-yu, 2007; Samuel, Moses, North, Smith & Thorne, 2007). Kvinnor kände att vårdpersonalen skapade en förtroendefull atmosfär och gav rik information som förberedde dem och gav bra förklaringar (Bottomley & Jones, 1997; Chappy, 2004; Hägg-lund & Wadsten, 2007; Samuel et al., 2007). Möjligheten att uttrycka komplicerade frågor som minskade sårbarheten och osäkerheten och fick dem att känna sig normal (Bottomley & Jones, 1997; Chappy, 2004; Samuel et al., 2007). Kvinnorna påtalade också att deras självförtroende växte från vårdpersonalens uppmuntrande och att de kände sig starkare (Samuel et al., 2007) och upplevde att de var sedda och betydelsefulla för vårdpersonalen (Chappy, 2004; Houle et al., 2007). Kvinnlig vårdpersonal upplevdes som mer solidariska

(McMillian, Haly, Zoloman-Huggler, Johnson Avery, Winchenbach & Bell, 2007) och mera villiga att diskutera alternativ, som resulterade i att kvinnor fick större förtroende för vårdpersonal (Chappy, 2004; Kwok-wie So & Ying-yu, 2007), fastän vissa undersökningar fick dem att känna sig kränkta så upplevde de sig ändå respekterade (Widäng et al., 2008).

“I was worried about chemotherapy, but she told me all about it, spent a lot of time explaining to me all my treatments and I felt a lot less anxious afterwards” (Bottomley & Jones, 1997, s. 129).

Att kompetent personal ökar den ömsesidiga tilliten

Kvinnor förklarade att upplevelsen av ett väl fungerande samarbete med vårdpersonalen byggde på att vårdpersonalen litade på dem och de litade på vårdpersonalen (Widäng et al., 2008). Kvinnorna upplevde förtroende och kände stor säkerhet och ansåg att vårdpersonalen gav vård på ett kompetent sätt (Chappy, 2004; Widäng et al., 2008; Wikberg, Jansson & Lithner, 2000). Kvinnorna ansåg att detta uppenbarade sig när vårdpersonalen visade att de var tydligt pålästa, upprätthöll distans, samtidigt som de var nära och hanterade situationen väl (Houle et al., 2007; O’Dell & Jacelon, 2005; Widäng et al., 2008). Positiva interaktioner grundade sig på diskussioner där vårdpersonal gav kvinnorna rätt, då de diskuterade situationen på ett bekräftande sätt och inväntade ytterligare frågor (Hägglund & Wadsten, 2007; O’Dell & Jacelon, 2005; Widäng et al., 2008) eller när vårdpersonal var glada för att de kunde hjälpa till, var uppmärksamma vid samråd, gav hjälp, stöd och tröst (Bottomley & Jones, 1997; Chappy, 2004; Landmark, Böhler, Loberg & Whal, 2008; Wikberg et al., 2000). Kvinnorna upplevde tilltro till vårdpersonal och gjorde som de ansåg var bäst (Widäng et al., 2008). Kvinnorna ansåg att råd och värderanden från vårdpersonal var kompetenta och exakta bedömningar av kvinnornas situation (Chappy, 2004). Ömsesidig tillit ökade när erfarenheter och kunskap erkänts (Widäng et al., 2008). Uppfattningen om vad som var grunden till trygghet varierade mellan att vårdpersonalen ansågs vara grundliga, bra eller smarta till att få rätt prov taget för att påvisa brister (Hvas, Reventlow & Malterud, 2004).

“If the doctor says something that clearly indicates that they opened the file and know something about me before they walk in the door—that is very reassuring and very valuable.” (Houle et al., 2007, s. 547).

Att uppleva motstånd och inte tas på samma allvar som män

Kvinnor skildrar upplevelser av motstånd (Frich, Malterud & Fugelli, 2006; Arman et al., 2004) då de inte blivit tagna på allvar på grund av sitt kön och sin ålder. Erfarenheter som att deras hälsofrågor inte togs på samma allvar som männens beskrevs (Frich et al., 2006; McMillian et al., 2007; O'Dell & Jacelon, 2005). Kvinnor upplevde sig förbisedda och bemött sämre på grund av deras mindre vanliga sjukdomsbild i ett typiskt manligt sammanhang och att vårdpersonalen hade lägre förväntningar på deras förmåga än de manliga patienterna (Frich et al., 2006; McMillian et al., 2007; Samuel et al., 2007). Vissa behandlingar kom aldrig upp till diskussion på grund av kvinnans kön (Frich et al., 2006). Kvinnor förklarade i studier (Frich et al., 2006; Hägglund & Ahlström, 2007; Oscarsson, Wijman & Benzein, 2007) att de ignorerats och nonchalerats av vårdpersonal som hade fokus på annat (Chappy, 2004). Upplevelsen av att tvingas använda all sin kraft på att gräla och hävda sig bara för att få rätt till en utredning och behandling ledde till att många kvinnor såg vård som en konfrontation snarare än ett samarbete (McMillian et al., 2007; Werner & Malterud, 2005). Kvinnor kände att hinder sattes av vårdpersonalen för diagnos och behandling och upplevde en avsevärd fördröjning innan de fick medicinering eller remittering till specialist (Frich et al., 2006). Frustration beskrevs tydligt när kvinnor fick motta motstridiga uppgifter (Houle et al., 2007) eller när situationen inte blev tagen på allvar av vårdpersonal (Chappy, 2004). Symtom misstolkades eller kändes inte igen vid rådfrågning av vårdpersonal inför utredning, behandling eller bedömning vilket fick kvinnor att känna sig mera vilsna och utan hjälp (Frich et al., 2006; O'Dell & Jacelon, 2005). Känslor av osäkerhet dominerade när kvinnor upplevde att vårdpersonal fattade okunniga och oengagerade beslut, samtidigt som medicinsk jargong överanvändes och skapade kommunikationshinder (Houle et al., 2007; Samuel et al., 2007). Kvinnor upplevde att besöken på vårdinrättningar var resultatlösa, då det ofta uppstod oenigheter om hur symtomen skulle förstås, då vårdpersonalen ansåg att dåliga vanor eller förlorad kontroll var orsaken, vilket stärkte kvinnors upplevelse av att vara till problem och besvär för vårdpersonalen (Werner & Malterud, 2005) och de kände sig dömda av professionen (Marriott & Thompson, 2008).

"Women often experienced the doctor in the role of the enemy or protector of the welfare state rather than being the patient's lawyer in the battle to receive diagnosis, help, and treatment." (Werner & Malterud, 2005, s. 43).

Kvinnor upplevde att vårdpersonal inte visade några intressen för deras existentiella situation (Arman et al., 2004). Kvinnor kände att vårdpersonalen tagit kontrollen från dem även på andra områden än där de var patienter (Samuel et al., 2007) då de inte kunde få ta del av

information om provsvar eller själva bestämma tidpunkt för diagnostiska tester (Chappy, 2004). Kvinnor försökte förklara sin situation men upplevde att vårdpersonalen var inte intresserade (Oscarsson et al., 2007). Kvinnorna upplevde att de slussades mellan olika vårdpersonal vilket resulterade i känslan att de var inget värda (McMillian et al., 2007). Kvinnorna erfor att vårdpersonalen väntade ut varandras svar innan de kunde gå vidare med information eller beslut (Chappy, 2004), Vårdpersonalen upplevdes som mycket bryska och med attityd att vara mer vetande än kvinnorna (Bottomley & Jones, 1997) vilket visade sig i att alternativa behandlingar ej diskuterades (O'Dell & Jacelon, 2005).

Att uppleva misstroende från vårdpersonal

Kvinnor i studier (Bottomley & Jones, 1997; Samuel et al., 2007) upplevde kränkningar under vistelse på vårdavdelning som grundade sig på vårdpersonalens åsikt att symtomen satt i huvudet (McMillian et al., 2007) eller hade erfarenheter av öppen otålighet, grovhet, kritik, nedlåtenhet eller vägran av hjälp (Bottomley & Jones, 1997). Kvinnor upplevde att vårdpersonalen talade till dem som om de var idioter, dumma eller inte förstod någonting (Bottomley & Jones, 1997; Marriott & Thompson, 2008; O'Dell & Jacelon, 2005) och behandlade dem som smutsfläckar (McMillian et al., 2007). Känslan av att bli behandlad som objekt; som nummer eller diagnoser, ledde till lidande (Arman et al., 2004) och att inte få vård som hela människor resulterade i att kvinnor led i sin hela existens (Arman et al., 2004; Oscarsson et al., 2007). Att bli behandlad som något mer än en diagnos upplevdes som extremt viktigt av kvinnorna, och varje antydning om objektifiering från vårdpersonalen ledde till osäkerhet (Arman et al., 2004).

Kvinnor upplevde problem med att be om hjälp för sina psykiska problem och ville inte erkänna sig rädd, då vårdpersonalen skulle kunna tro att de var känslomässigt instabila eller att symtomen var psykiska snarare än fysiska (Arman et al., 2004; Werner & Malterud, 2005). Kvinnor som visade tecken på psykiskt störning kände att de fick mindre hjälp och mindre uppmärksamhet och upplevde att vårdpersonalen tyckte att de var neurotiska, hysteriska och gnälliga (Arman et al., 2004; Werner & Malterud, 2005; Wikberg et al., 2000). Kvinnor beskrev hur deras symptom feltolkats och resulterat i felbehandling (Kralik, Telford, Price & Koch, 2005; McMillian et al., 2007; Wikberg et al., 2000) och hur vårdpersonal tagit i dem som om de var de var smittade när deras journaler innehöll information om psykisk sjukdom (McMillian et al., 2007). Vårdkulturen ansågs vara uppbyggd på att bota fysiska åkommor och allt annat som spelade in ignorerades eller bortförklarades (Arman et al., 2004; McMillian et al., 2007).

“I thought sometimes I could cut a piece of myself off and send that, I don’t have to go along myself, for they are not interested in me, are they?”(Arman et al., 2004, s. 252)

Att inte få tid och lämnas med oro och frågor

Kvinnor upplevde att de inte fick tid (Arman et al., 2004; Larsson, Jönsson, Olsson, Gard & Johansson, 2008) eller information av vårdpersonal (Hvas et al., 2004; Landmark et al., 2008). Kvinnorna upplevde att det fanns många obesvarade frågor (Arman et al., 2004; Hägglund & Wadsten, 2007; Landmark et al., 2008). Kvinnorna beskrev förväntningar på frågor som vårdpersonalen inte ställde (Chappy, 2004; Hägglund & Wadsten, 2007). Vårdpersonal hade endast tid för fysiska undersökningar (Arman et al., 2004) och kvinnor upplevde att det inte fanns tid för uppföljning eller utrymme för tankar eller frågor (Larsson et al., 2008) eller att lugna kvinnor som kände oro (Bottomley & Jones, 1997). Kvinnor ansåg att vårdpersonal som var stressade, var ouppmärksamma, eller obekanta med sjukdomshistorien var mindre bra omsorgsgivare och därmed mindre effektiva (Houle et al., 2007). Kvinnorna ansåg att det inte räckte med behandlingsåtgärder som utfördes på ett bra sätt om inte informationen kring behandlingen lämnades till dem som mottog den (Landmark et al., 2008). Kvinnorna upplevde att de negativa effekterna av behandlingar förstärktes av vårdpersonalens uppförande, då de snabbt avlägsnade sig och lämnade kvinnor med oro och frågor (Kwok-wei So & Ying-yu, 2007). Kvinnor upplevde att de var förbisedda och att ingen var intresserad av att lyssna på dem (Landmark et al., 2008) och att allt ansvar för vården anstod dem själva (Arman et al., 2004). Kvinnor berättade om att hälso- och sjukvård gick ut på förebyggande medicin och all vikt lades där (Houle et al., 2007) och att de istället för att få stöd, sympati och möjlighet att diskutera slussades kvinnor vidare till andra vårdformer eller ideella organisationer (Arman et al., 2004).

“Her doctor tended to reach for his prescription pad to prescribe medication as an easy solution to end the consultation as quickly as possible.” (Werner & Malterud, 2005, s. 43).

Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva vårdbehövande kvinnors upplevelser av bemötande från vårdpersonal. Analysen resulterade i fem kategorier som beskrev olika aspekter av bemötande med hälso- och sjukvårdspersonal: Att bli sedd och bekräftad, Att kompetent personal ökar den ömsesidiga tilliten, Att uppleva motstånd och inte tas på

samma allvar som män, Att uppleva misstroende från vårdpersonal och Att inte få tid och lämnas med oro och frågor.

Resultatet i vår litteratur studie framkom det att vikten av att bli sedd och respekterad vilket skedde när vårdpersonalen tog sig tid för dem och visade intresserade för kvinnors situation och hälsa. Deltagarna i Söderberg, Lundberg och Norberg (1999) studie kände att vårdpersonalen tog sig tid för dem, visade intresse och trodde på deras upplevelser. Vårdpersonal som tar sig tid leder till att en god och respektfull relation kan uppstå. Författarna menar vidare på att för att en god och respektfull relation ska kunna uppstå är det viktigt att vårdpersonalen är medveten om att upplevelser av smärta och sjukdom är individuell och genom att tro på patientens upplevelser så visas respekt för människans integritet. Söderlund (2000) skriver i en studie om att kvinnor känner sig respekterade när de får ett bra bemötande vilket i sin tur inger lugn och trygghet. Werner och Malterud (2003) förklarar att om kvinnor blir mötta med igenkännande, underlättar det fortsatt vård, då detta upplevs som mycket viktigt. Vidare visar vårt resultat på att när vårdpersonalen är närvarande så minskar kvinnors känslor av att vara ensamma och isolerade. I Skuladottir och Halldursdottirs (2008) studie beskrivs den essentiella strukturen av möten med vårdpersonal. Mötet bestod av komponenter som kvinnorna ansåg viktiga: att vårdpersonalen ansågs som kunliga, kompetenta och omtänksamma, vilket resulterade i ömsesidigt förtroende. Detta förklarades som en symbolisk bro, på grund av den mottagna öppenheten i kommunikationen och föreningen som karaktäriserades av respekt och medkänsla, i en sann dialog. Kvinnor beskrev att möten med vårdpersonal resulterade i en känsla att ha kontroll över situationen och gav positiva effekter på deras subjektiva känslor om hälsa, och inte lämnade dem med upplevelsen att vara isolerade och ensamma.

Vi har i vårt resultat kommit fram till att vårdpersonal som talar med kvinnorna, lyssnar på dem, förklarar och informerar dem leder till att kvinnorna känner förtroende. Lauri och Sainio (1998) skriver om att när deltagarna upplevde att vårdpersonalen lyssnade, pratade och var tillgängliga för kvinnorna så upplevdes trygghet. Får kvinnorna bra information så kan de lättare anpassa sig till sin sjukdom. Ödning (2001) visar i sin studie att deltagarna kände att om sjukvårdspersonalen bara fanns till för att sakligt och ärligt svara på frågor och har tid så ökade det välbefinnandet. Detta är något som leder till positiva känslor för de vårdbehövande. I litteraturstudien visade det sig att när kvinnorna fick chansen att uttrycka sig så minskade deras sårbarhet och osäkerhetskänslor när kvinnorna upplevde att vårdpersonalen såg dem. I Nåden och Saeterens (2006) studie framkom att kvinnorna ville att

sjuksköterskorna skulle hjälpa dem med psykologiska och existentiella frågor, men det krävdes att sjuksköterskorna själva märkte kvinnornas behov och aktivt tog upp frågorna. Enligt Antonovskys (1997, s.41) begrepp KASAM, krävs att människor förstår sammanhanget för att uppleva hälsa. Antonovsky menade att en individ aldrig är helt frisk eller helt sjuk och det är graden av KASAM som avgör var mellan dessa två tillstånd man befinner sig. Om upplevelsen om det som sker är förutsägbart, begripligt och strukturerat, får kvinnorna begriplighet, vilket är den första av tre delkomponenter som krävs för att uppleva sammanhang. Den andra komponenten är hanterbarhet, vilket betyder att kvinnorna måste ha de resurser som skeendet kräver tillgängligt. Den sista komponenten är meningsfullhet, vilket innebär att de utmaningar de ställs inför måste vara värda att investera sitt engagemang i. Resultatet i vår litteraturstudie visar att vårdpersonal kan hjälpa kvinnor genom att ge tid och information, stödja och motivera, om vårdpersonalen gör detta kan det leda till att kvinnor känner en hög KASAM.

Vikten av det som framkommit i vårt resultat kan jämföras med Turris (2005) feministiska analys om patienttillfredsställelse, som framhåller att kvaliteten på möten med vårdpersonal påverkar kvinnornas attityder om framtida uppsökningar av vård

I vårt resultat framgick det att kvinnorna ansåg att vårdpersonalen agerade både stödjande och tröstande. I Skuladottir och Halldursdottirs (2008) studie om kvinnor med kronisk smärta, förklarades att vårdpersonalen strävade efter att bemyndiga kvinnorna, när de upplevde att maktfördelningen var sned. Studien visade tydliga tankar om bekräftelse och godkännande och ett genuint engagemang från vårdpersonalen, för att ge makten tillbaka genom dialog. Dialogen skedde med ömsesidiga kopplingar och inblandning, vilket resulterade i att kvinnorna i studien upplevde ökad känsla av självbestämmande och fick bättre kontroll över sig själv och situationen. Med ökat bemyndigande upplevde kvinnorna att känslan av sårbarhet försvann och ersattes med en röst för att göra sig själv hörd. Vi har i vårt resultat sett att vårdpersonalen upplevs som uppmärksamma och tillit mellan vårdpersonal och kvinnorna leder till en god relation. Öhman et al. (2004) förklarar att tillit upplevdes när relationerna med vårdpersonalen förmedlade ömsesidig förståelse, ömsesidigt förtroende och ömsesidig tillgänglighet; när det blev ett möte mellan människor som möjliggjorde att erfarenheterna delades, vilket resulterade i att erfarenheterna förstods. Berger, Skott och Danielsson (2006) skriver i sin studie om omtänksamma relationer, att förståelsen mellan sjuksköterskan och patienten uppnås genom samtal och respons. Konversationen ger kunskap om patientens välmående och utgör basen för utvärdering och prioritering.

Det innefattar utvärdering, beslutstagande, omsorg, uppföljning och utvärdering. Det korta mötet, under vilket konversationen utspelar sig, är intensivt och dynamiskt. Sjuksköterskan stannar upp och lyssnar, reflekterar, utvärderar och svarar på frågor. Lögstrup (1994, s. 41-43) skriver om naturlig tillit som människor visar varandra och att denna tillit skadas först när vi får en speciell anledning till det. Tilliten handlar om ett självutlämnande och om tilliten missbrukas kan reaktionen bli våldsam. Att det här kan uppstå en konflikt behöver inte bero på att den ene gör orätt och den andra lider, utan det kan bero på att två olika världar kolliderar. Därför är det viktigt att beakta att ens hållning och beteende, det som sägs i ord och handling påverkar den naturliga tilliten.

Kvinnorna i vårt resultat upplevde att vårdpersonalen var glada för att de kunde hjälpa till, var uppmärksamma vid samråd, gav hjälp, stöd och tröst. Travelbees (1971) skriver om empati och har det som ett centralt begrepp i sin omvårdnadsteori. Enligt Travelbee avser empati en förmåga att ta sig in och förstå sig på det psykologiska tillstånd som en annan person befinner sig i. För att en empatisk relation ska kunna uppstå måste viljan finnas att förstå den andres upplevelser och sjuksköterskans förmåga till empati utvecklas konstant tack vare ständiga möten med patienter vilket i sin tur leder till att hennes livserfarenhet ökar. Empatin hjälper oss att förstå hur den andre tänker och känner samtidigt som det egna självet lämnas utanför och har inte att göra med om sjuksköterskan tycker om patienten eller inte. Travelbee menar vidare att empati leder till en djupare förståelse och relation till den andre.

Enligt Antonovsky (1997, s. 26) kan ett salutogent perspektiv medverka till hälsa. Det betyder att fokus ligger på vad som bidrar till hälsa istället för vad som orsakar sjukdom. Genom att använda hälsofrämjande åtgärder ur ett salutogent perspektiv kan kvinnorna ges möjlighet att öka kontrollen och förbättra sin hälsa. Detta görs av vårdpersonalen genom att stärka, stödja och hjälpa, vilket resulterar i att kvinnornas stärker sina egna resurser och själva kan ta ansvar för de faktorer som är avgörande för hälsan.

I vårt resultat framkom att männen tas mer på allvar än kvinnorna Hölge- Hazelton & Malterud (2009) visar i sin studie att läkare bemött kvinnor på ett annorlunda sätt på grund av hennes kön. En förklaring till detta anser författarna vara att mäns sjukdomar har högre status och anses mer normala än kvinnornas. Werner och Malterud (2003) skriver om de många myter som omger den kvinnlige patienten. I studien framkommer att hon misstänks för att överdriva symtom, låtsas att hon är sjuk, inte vilja bli frisk och att möten med läka-

ren är en förevändning att förföra honom. I en rapport av SKL (2007) skrivs om att kunskapsbasen om män och deras kroppar och sjukdomar är större än om kvinnor. Detta innebär att kvinnor oftare råkar ut för att inte få en diagnos och att kunskapen om rehabilitering och adekvat behandling är lägre för kvinnorna. Vidare skrivs i rapporten om ett fall där en kvinna nekades vård och klassades som en hysterisk kvinna istället för att få hjälp och att hysteri kopplas i större utsträckning till kvinnor än män. Galdas (2004) skriver om att resultat från forskning om kvinnors behov av att söka vård visar att kvinnor är betydligt mer benägna att rapportera symtom och uppsöka vårdinrättningar än män. Könnsrollen styr benägenheten att ge uttryck för upplevelser av hälsa och kvinnor upplever det lättare att uppsöka vård.

I vårt resultat framkom det att kvinnor kände frustration och upplevde att de ignorerades och nonchalerades av vårdpersonal. Vårt resultat bekräftas av Hughes, Davies och Gudmundsdottrir (2008) studie där deltagarna i den studien kände att de blev ignorerade och illa bemötta av vårdpersonalen, vilket i sin tur ledde till att de inte längre ville söka vård. I Werner och Malteruds (2003) framkom att kvinnor upplever frustration när de blir ifrågasatta av läkare och dömda att antingen vara sjuka eller lida av inbillade symtom. Detta ledde till att kvinnorna utvecklade strategier för att få läkarens uppmärksamhet och intressen för att undvika stigmatisering och att deras symtom skulle klassas som icke verkliga. Tombs (1993, s. 113) beskriver att patienter kan känna besvikelse i vårdrelationen. Patienten har en övergripande förväntan på läkaren att göra något, ge medicin eller ge behandling. Liknande förväntningar av både patienter och läkare leder till olämplig behandling. Detta resulterar oundvikligen i besvikelse, frustration och känslan av hjälplöshet. I vårt resultat framkom det även att kvinnorna kände att de var till problem och besvär. Werner och Malterud (2003) beskriver att kvinnor upplevde att de var till problem och besvär när de ville byta läkare, krävde remisser, behandling eller ytterligare information angående deras tillstånd. Kvinnorna beskrev att om de klagade för mycket eller hade för starka åsikter angående undersökningar, metoder eller behandlingar, riskerade de att bli uppfattade som grälsjuka, gnälliga eller mentalt ostabila och fick inte längre hjälp i framtiden

I vår litteraturstudie framkom det att kvinnor upplever kränkande behandling och lidande i sina möten med vårdpersonal. Rohleder och Gibson (2006) beskriver i sin studie att personer som får sin värdighet kränkt kan leda till stress och upplevelser av lidande. Werner och Malterud (2003) beskriver att kvinnor med oförklarliga symtom är i en sårbar position när de exponeras för läkarens intresse och makt. Kvinnorna beskriver att de inte blir tagna på

allvar, förstådda eller trodda på, vilket allvarligt påverkar deras ära, individuella integritet och mänskliga värdighet. I Nåden och Saeteren (2006) beskriver att bekräftelse har makten att påverka varje patient och erfarenheten att inte bli bekräftad resulterade i att patienten lider. Bekräftelse är en essentiell del i omsorgen och underlättar patientens personliga tillväxt och utveckling. Det medför att visa sig känslig för kärlek, av behoven av en annan person, vad personen önskar att vara och vad personen är. Den begåvningen att vara mottaglig för en annan person i hans eller hennes livssituation och förstå och dela bördorna av sjukdom leder till att upplevelserna av sjukdom och lidande minskar. Detta kan förstås genom Morses (2001) studie om lidande. Där beskrivs ansvaret att lindra lidande liggande på sjuksköterskans axlar, då det är hennes professionella ansvar. Sjuksköterskan ska förstå det icke verbala beteendet hos patienten. Detta kan utgå ifrån hennes erfarenheter, intuition eller möjligen en mellanmänsklig interaktion som möjliggör att lidandet blir upptäckt. Att vara kapabel att igenkänna en människa som lider, anser Morse vara en kompetent sjuksköterskas färdighet. I Tang och Anderssons (1999) studie framkom att kvinnorna upplevde relationerna till vårdpersonalen som hämmande för att få den hjälp de behövde. En del kvinnor kände sig utlämnade på grund av den negativa upplevelsen som vårdpersonal gett dem genom att behandla dem respektlöst. De ansåg att vårdpersonalen inte sett dem som jämbördiga eller som en verkande kraft med stark kunskap om den egna kroppen.

Vårt resultat visar att kvinnor känner att vårdpersonalen klassar deras symtom som psykiska istället för fysiska. I Werner och Malteruds (2003) studie om möten mellan kvinnor med kronisk värk och deras läkare, redovisades att kvinnor blev mötta med skepsis och bristande förståelse. Kvinnorna upplevde att de avvisades, ignorerades, fick skulden för sina tillstånd och fick psykologiska förklaringar på sina fysiska symtom. Vårt resultat visade även på att kvinnorna upplevde att Vårdkulturen inriktade sig på att bota de fysiska åkommor och inte psykiska. I Lindholm, Rehnsfeldt, Arman och Hamrins (2002) studie om kvinnor med bröstcancer och deras anhöriga framkom att de upplevde att vårdpersonalen endast brydde sig om de fysiska problemen, och förväntade sig att det själsliga stödet skulle ges av anhöriga. En kvinna i studien beskrev att vårdpersonalen bara brydde sig om att hennes sår hade helat, men det betydde inte att den drabbade var frisk. Själsliga angelägenheter blev lämnade utan uppmärksamhet men den som lider behöver hjälp av professionell vårdpersonal. Detta kan ses som ett led i att kvinnorna i vår studie upplevde att de blev behandlade som objekt och inte som hela människor. I Brich, Lavender och Cupits (2005) studie om kvinnors erfarenhet av den fysiska hälsovården framkommer att kvinnorna upplevde

objektifiering som en känsla att de var fysiska föremål utan individualitet. Dessa upplevelser framkom när läkare bad dem förflytta sig upprepade gånger under undersökningar, när de blev tilltalade som om de var barn eller när de blev berörda som om de var en köttbit. Arman et al.(2001) beskriver i sin studie om hur viktigt det är att inte bara se sjukdomen utan att vårdpersonalen måste se hela kvinnan. Detta leder till en bättre förståelse för kvinnans situation och kvinnan kan få det stöd som hon behöver. Toombs (1993, s. 19) skriver om att i mötet mellan patient och vårdpersonal blir situationen ofta att läkaren och patienten inte kommunicerar från samma bas och exemplifieranden. Den levda upplevelsen av sjukdom, blir av läkaren tolkad och uppfattad som en typisk symtombild medan patienten ser erfarenheten av sjukdomen som en unikt personlig händelse. Toombs (1993, s. 106) skriver vidare om att för att förstå den levda upplevelsen av sjukdomen och förstå vad tillståndet betyder för patienten, måste man gå bortom det objektiva, kvantifierbara och klinisk data för att locka fram patientens sjukdomsupplevelse.

I litteraturstudien framkom det att kvinnor upplevde att de inte fick den tid eller den information som de behövde av vårdpersonalen och att de kände sig förbisedda. I Skuladottir och Halldorsdottir (2008) studie beskrivs hur kvinnor förväntar sig att de ska få information, bli sedda och att de ska få ett seriöst bemötande av vårdpersonalen. Istället för att få sina önskemål uppfyllda så upplevde de att de inte fick information, de blev ignorerade och avvisade. Detta fick kvinnorna att känna att de förlorat kontrollen och att det var ett hot mot deras integritet. I Tang och Anderssons (1999) studie om kvinnor med diabetes, förklaras att tolkningen av att vara patient måste förstås i relation till interaktionerna mellan patient och vårdpersonal, och den komplexa organisationen av vård och omsorg. Det framkom att kvinnorna i studien upplevde att de inte kunde överta expert kunnandet som vårdpersonalen gav dem, då det låg över deras förmåga att förstå. Detta berodde på att informationen framställdes utan att vårdpersonalen tolkade den för kvinnorna. Åsbring och Närvännen (2002) beskriver hur kvinnor drog sig undan vårdpersonal när de upplevde kränkning. Speciellt läkare som hade makt att förödmjuka och ifrågasätta på ett annat sätt. kvinnorna förklarade att de väntade så länge som möjligt innan de uppsökte vården på nytt efter de upplevt sig förbisedda. Foss och Hofoss (2004) beskriver i en studie att kvinnors negativa erfarenheter grundade sig i att de upplevde sig förbisedda på grund av vårdpersonalens attityder. Kvinnorna tyckte att vårdpersonalen behandlade dem nedlåtande, med förmyndardamentalitet och arrogans. Nedlåtenheten var särskilt tydlig då kvinnorna själva ville vara delaktiga eller hade önskemål angående vården. Många kvinnor rapporterade att de inte

blev mötta som hela personer och de oroade sig över att deras sjukdom inte förstods som en del i deras livssituation.

Vårt resultat visar att kvinnorna upplever att personalen är stressad och ointresserade och att kvinnorna lämnades ensamma med sin oro. I Pajkniars (2009) studie så framkommer det att sjuksköterskorna är stressade på grund av att de har för hög arbetsbelastning och att det därmed inte finns tillräckligt med tid för varje patient. Walton och Madjar (1999, s. 6-8) skriver om hur viktigt det är att vårdpersonalen tar sig tid för att lyssna på patienten och att det är patienternas berättelser som utgör grunden till omvårdnaden. När patienterna får möjlighet att diskutera med vårdpersonalen kan de sätta ord på sin kaotiska värld. Att man som vårdpersonal inte lyssnar på patienterna och inte ger dem utrymme för att ge uttryck för deras förvirring och ensamhet, är att förneka dem deras värdighet som människor. Tombs (1993, s.116) Skriver om att hela en person betyder inte alltid att bota sjukdomen, utan det handlar om att bry sig om andra och skydda den sjuke. Vårdpersonalens omvårdnad ska bestå av att skydda den sjuke ifrån hjälplöshet, rädsla och ensamhet. Vidare visar vårt resultat att kvinnorna upplevde att de inte fick stöd, sympati eller en möjlighet till att diskutera. Travelbee (1971) skriver om sympati och att detta inte handlar om att lära känna en patient som person utan det är ett sätt för sjuksköterskan att lindra den andres lidande och hur sjuksköterskan ska tänka och känna i dessa situationer. Sympati innebär att visa förståelse och en vilja att förbättra den andres situation samt att sjuksköterskan bryr sig om hur patienten känner. Sjuksköterskan underlättar patientens börda av lidande genom att visa sympati. Travelbee menar vidare att kommunikation är viktigt för att kunna tillgodose kvinnans behov och att det är en förutsättning för att vårdpersonalen ska kunna möta kvinnorna på ett bra sätt. Kvinnor ska mötas som unika individer och ur ett helhetsperspektiv.

Vår intervention är att vi vill att kvinnor som söker sig till vården ska känna att de blir bemötta med respekt och på så sätt även uppleva att de blir behandlade som hela människor. Pajkniar (2009) skriver om att för att kunna skapa en bra relation och för att kvinnorna skall kunna känna tillit till sjukvårdspersonalen är den första kontakten väldigt viktig. Genom att vårdpersonalen respekterar kvinnans värdighet, autonomi samt visar empati kan en tillitsfull relation uppstå. Andersen, Saribay och Thorpe (2008) beskriver i sin studie om vänlighet, att kommunikation som utfärdas varmt och respektfullt till mottagaren sänder ut signaler om att han eller hon är värdig, respekteras och accepteras vilket kan främja ömsidigt engagemang och samarbete. Om vårdpersonalen bemöter kvinnorna med respekt

betraktas vårdpersonalen som vän istället för fiende vilket kan leda till upplevelser av bra bemötande. Gustafsson och Willman (2003) skriver om SAUC- modellen vilket vi tror skulle kunna leda till ett bättre bemötande inom sjukvården. SAUC- modellen avser Sympati – Accepterande – Upplevelser – Kompetens och är ett försök till att systematisera den synliga och den subtila omvårdnaden som bedrivs dagligen. Människosynen och hälsosynen uppmärksammas och inriktar sig på vilken betydelse människosynen har i omvårdnaden. Den inriktar sig även på hur personalen kan stärka människor, hur personalen kan stärka sin egen professionalitet och därmed sin egen självbild och stolthet som vårdare. Vidare menar författarna att införa evidensbaserad omvårdnad ses som potential för kvalitetsutveckling inom vården. Gustafsson och Willmans (2003) studie visar att genomförandet av SAUC-modellen hade positiva konsekvenser för sjuksköterskor. De kände att de blev mer teoretiskt kompetenta, och att de hade förvärvat gemensamma värdegrunder inom sjukvården. Sjuksköterskorna ville lära sig, göra förändringar och växa.

Metoddiskussion

Holloway och Wheeler (2002, s.254-255) skriver om att tillförlitligheten i en studie kan styrkas genom de fyra elementen pålitlighet, trovärdighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet. Med *pålitlighet* menas att studien skall vara konsekvent och korrekt utförd, detta innebär att läsarna ska kunna följa och utvärdera arbetet genom hela processen och att läsaren kan se hur de som utfört studien har kommit fram till sina slutsatser. Detta har gjorts genom att presentera artikelsökningen (Tabell 1) samt att alla artiklar som är med i denna studie redovisas (Tabell 2). Sedan ha även en systematisk kvalitetsgranskning utförts av de artiklar som är använda i denna studie samt att enbart de artiklar som uppnått medel eller hög kvalitet har inkluderats. En nackdel med denna studie kan vara att endast fulltext artiklar eftersöktes, material kan ha fallit bort. Dock så har ett digert material gått igenom flera vetenskapliga artiklar som svarar mot syftet är funna, därmed är denne studie pålitlig. *Trovärdighet* motsvarar begreppet intern giltighet enligt Holloway och Wheeler (2002, s.254-255). Under denna studies gång har arbetet kritiskt granskats av andra studenter via seminarier samt att även handledare har följt processens gång. Det finns många fördelar med att få feedback under studiens gång, framförallt har det varit bra att andra har sett arbetet under processens gång med ”nya” ögon. Det är lätt att bli blind i sitt eget arbete och ser då inte saker som andra ser som en självklarhet. *Överförbarhet* innebär enligt författarna att studien skall kunna överföras till liknande situationer eller deltagare och få liknande resultat. Resultatet i denna studie är överförbart i andra sammanhang det är exempelvis möjligt

att söka efter ett visst sjukdomstillstånd och se hur de kvinnorna upplever bemötandet av vårdpersonalen. En svaghet i denna studie kan vara att ordet bemötande inte är med i sökningarna. Frågan som kan ställas är om studien hade haft ett annat resultat om det ordet ingick. Möjligtvis hade artikelsökningen blivit smidigare men eftersom det var det naturliga konstaterandet från kvinnorna som eftersöktes så valdes detta sätt. Enligt Holloway och Wheeler (2002, s.254-255) innebär *bekräftelsebarhet* att resultatet och slutsatsen ska svara mot studiens syfte och inte vara forskarens tolkningar och föreställningar. Det ska tydligt framgå att det är studiedeltagarnas upplevelser som beskrivs. Detta påvisas i denna studie genom användandet av en kvalitativ manifest innehållsanalys. En manifest ansats är textnära och tillåter inga egna tolkningar (Downe- Warmboldt, 1992). Resultatdelen innehåller även citat som påvisar bekräftelsebarheten. Ursprungskällorna i studien kan lätt återfinnas med hjälp av referenstekniker och en tydlig referenslista. En svaghet i denna studie kan vara att när en artikel har lästs igenom flera gånger så skapas en förförståelse för texten som ibland kan bli svår att se när endast textenheter plockas ut. Nyansen från artikeln kan försvinna när arbetet textnära och utan tolkningar och sinnesstämningar som exempelvis sarkastiskt sagda saker kan falla bort.

Slutsatser

Vi har kommit fram till att möten som innehåller tillit och trygghet förmedlar respekt, möten som består av delad tillit genererar i ömsesidig förståelse som leder till tillfredsställelse. Möten där kvinnorna känner att de blir sedda och behandlade som hela människor genererade i att kvinnorna kände att de blev omhändertagna. Ett möte där vårdpersonalen bemöter vårdbehövande kvinnor med ett holistiskt perspektiv där värdighet, autonomi och empati prioriteras leder till att kvinnorna får en positiv erfarenhet av mötet. Ett möte med ett ovänligt bemötande upplevs som en förolämpning. Tiden för varje individ och hur stressad vårdpersonalen är påverkar möten, vilket är påtagligt för kvinnor som lägger sitt liv i någon annans händer. Kränkande behandlig, ignorans och att bli behandlad som ett objekt leder till lidande. Ett möte där sjukvårdspersonalen bemöter vårdbehövande kvinnor med biomedicinsk synvinkel och jargong leder till negativa erfarenheter av sjukvården för kvinnorna.

Betydelsen i omvårdnaden

Kvinnors upplevelser av bemötandet i möten med vårdpersonal är något som bör prioriteras för att kunna säkra en god vård för kvinnorna. Enligt den lag som all vårdpersonal är

skyldig att följa (SOSFS 1996:24) har den vårdsökande bland annat rätt till att bli bemött med respekt. Detta är något som idag brister och kvinnorna upplever lidande i samband med sina möten med hälso- och sjukvården. Mötet mellan vårdbehövande och sjukvårdspersonal har en stor betydelse i omvårdnaden då det visat sig att kvinnor har behov av att även den själsliga aspekten tas om hand och att deras tillfrisknande påskyndas när de upplever ett gott omhändertagande. Detta är även något som vårdpersonalen bör uppmärksammas på då vi i studier funnit att de tror att de ger ett bra bemötande, men i själva verket så upplever de vårdsökande något helt annat. Vi tycker att det bör forskas inom alla områden där män och kvinnor behandlas lika fast de har olika förutsättningar.

Referenser

Artiklar märkta med * ingår i analysen

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.

Andersen, S.M., Saribay, S.A., & Thorpe, J.S. (2008). Simple kindness can go a long way. Relationships, social identity and engagement. *Social Psychology*, 39(1), 59–69.

Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2007). The "little extra" that alleviates suffering. *Nursing Ethics*, 14(3), 372-386.

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Carlsson, L., & Hamrin, E. (2001). Indication of change in life perspective among women with breast cancer admitted to complementary care. *European Journal of cancer Care*, 10, 192-200.

* Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., & Eriksson, K. (2004). Suffering related to healthcare: A study of breast cancer patient's experience. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 248-256.

Berg, L., Skott, C., & Danielsson, E. (2006). A interpretive phenomenological method for illuminating the meaning of caring relations. *Scandinavian Journal of Caring Science* 20, 42-52.

Birch, S., Lavender, T., & Cupitt, C. (2005). The physical healthcare experiences of women with mental health problems: Status vs stigma. *Journal of Mental Health* 14, 61-72

Bonander, K., & Snellman, I. (2007). Telefonmötets vårdrelation. *Vård i Norden*, 86; 27(4), 4-8.

* Bottomley, A., & Jones, L. (1997). Breast cancer care: women's experience. *European Journal of Cancer Care* 6, 124-132.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

Conrad, P. (1987). The experience of illness: recent and new directions: *Research in the Sociology of Health Care*, 6, 1-31.

* Chappy, S. L. (2004). Women's experience with breast biopsy. *AORN Journal*, 80 (5), 885-899.

Daniels, S. L. (1986). Patient as a text: A modell of clinical hermeneutic. *Theory Medicin Bioethics*, 7, 195-210.

* Day, W., & Batten, L. (2006). Cardiac rehabilitation for women: one size does not fit all. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 21-28.

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.

- Eriksson, I., & Nilsson, K. (2007). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; 17, 2352-2359.
- Foss, C. & Hofoss, D. (2004). Patient's voices on satisfaction: unheeded women and maltreated men. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 237-280.
- * Frich, J. C., Malterud, K., & Fugelli, P. (2006). Women at risk of coronary heart disease experience barriers to diagnosis and treatment: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Primary Healthcare*, 24, 38-43.
- Galdas, M. P., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616-623.
- * Giddings, L. S., Roy, D. E., & Predeger, E. (2007). Women's experience of ageing with a chronic condition. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 557-565.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative Content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Gustafsson, B., & Willman, A.M. (2003). Nurses' self-relation-becoming theoretically Competent: The SAUC model for confirming nursing. *Nursing Science Quarterly*, 16, 3.
- Hanto, A., Jensen, L., & Malterud, K. (2002). Mutual understanding: a communication model for general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20, 244-251.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative Research in Nursing*. Oxford: Blackwell Science.
- * Houle, C., Harwood, E., Watkins, A., & Baum, K. D. (2007)., What women want from their physicians: A qualitative analysis. *Journal of Women's Health*, 16(4), 553- 562.
- Hughes, A., Davies, B., & Gudmundsdottir, M. (2008). Can you give me respect? Experiences of the urban poor on a dedicated AIDS nursing home unit. *Journal of Association of Nurses in Aids Care*, 1,9, 342-356.
- * Hvas, L., Reventlow, S., & Malterud, K. (2004). Women's needs and wants when seeing the GP in relation to menopausal issues. *Scandinavian Journal of Primary Healthcare*, 22, 118-121.
- * Hägglund, D., & Wadsten, B. (2007). Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 305-312.
- * Hägglund, D., & Ahlström, G. (2007). The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1946-1954.
- Högle- Hazelton, B., & Malterud, K. (2009). Gender in medicine- does it matter? *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 139-145.

- * Kralik, D., Telford, K., Price, K., & Koch, T. (2005). Women's experience of fatigue in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 372 – 380.
- * Kwok-wei So, W., & Ying-yu, C. (2007). Women's experience of internal radiation for uterine cervical cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 154-161.
- * Landmark, B. T., Böhler, A., Loberg, K., & Whal, A. K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* in association with *Journal of Clinical Nursing*, 17(7b), 192-200.
- * Larsson, I. L., Jönsson, C., Olsson, A. C., Gard, G., & Johansson, K. (2008). Women's experience of physical activity following breast cancer treatment. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 422-429.
- Lauri, S., & Sainio, C. (1998). Developing the nursing care of breast cancer patients: An action research approach. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 424-432.
- Lindholm, L., Rehnsfeldt, A., & Arman, M. (2002). Significant others' experiences of suffering when living with women with breast cancer. *Scandinavian Journal of Science* 16, 248-255.
- Lögstrup, K.E. (1992). *Det etiska kravet*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- * Marriott, C., & Thompson, A. R. (2008). Managing threats to femininity: personal and interpersonal experience of living with vulva pain. *Psychology and Health*, 23(2), 243-258.
- * McMillian, S. J., Haly, E., Zolloman – Huggler, P., Johnson Avery, E., Winchenbach, M. G., & Bell, J. L. (2007). Breast health education for working women in Appalachia: Insights from focus group research. *Cancer Control*, 14(3), 265 -277.
- Millard, R. W., & Fintak, P. A. (2002). Use of the internet by patients with chronic illness. *Disease Management and Health Outcomes*, 10, 187-194.
- Nåden, D. & Saeteren, B. (2006). Cancer patient's perception of being or not being confirmed. *Nursing Ethics* 13, 222-237
- * O'Dell, K. K., & Jacelon, C. S. (2005). Not the surgery for a young person: women's experience with vaginal clousure surgery for severe prolapse. *Urologic Nursing*, 24(5), 345-353.
- * Oscarsson, M., Wijman, B. E., & Benzein, E. G. (2008). I do not need to...I do not want to... I do not give it priority...- Why women choose not to attend to cervical cancer screening. *Health Expectations* 11, 26-34.
- Patientnämnden. NLL:Patientnämndens protokoll 080918. Hämtat November 4 2009 från http://www.nll.se/upload/IB/1g/sekr/1%20Pan/_prot/2009/PaN%20prot%2020090514.doc
- Pajnkihar, M. (2009). Nurses (un)partner- like relationships with clients. *Nursing Ethics*, 16, 43-56.

- * Pill, R., Wood, F. C., Renold, E., Robling, M., Edwards, A., & Wilkinson, C. (2003). Welsh women's comments about breast problems and the care given: a qualitative study in the community. *European Journal of Cancer Care*, 12, 240-248.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research. Principles and methods* (8:e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Predeger, E., & Mumma, C. (2004). Connectedness in chronic illness: women's journeys. *International Journal for Human Caring*, 8(1), 12-20.
- Rohleder, P., & Gibson, K. (2006). "We are not fresch": HIV-positive women talk of their experience of living with their "spoiled identity". *South African Journal of Psychology*, 36, 25-44.
- * Samuel, V. M., Moses, J., North, N. Smith, H., & Thorne, K. (2007). Spinal cord injury rehabilitation: The experience of women. *Spinal Cord* 45, 758-764.
- SCB, På tal om kvinnor och män (2006). Hämtad november 4 2009 från http://www.scb.se/statistik/publikationer/le0202_2006a01_br_x10st0601.pdf
- SOU 1996:133. *Jämställd vård. Olika vård på olika villkor*. Stockholm: Nordstedts.
- Sveriges kommuner och landsting. (2007). (o)jämnställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Hämtad November 8 2009 från http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39045_1.pdf
- Skuladottir, H. & Halldorsdottir, S. (2008). Women with chronic pain: sense of control and encounters with health professionals. *Qualitative Health Research* 18, 892-992.
- * Smith, A. (2008). Whisperings of ovarian cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12 (6), 913-1012.
- Söderberg, S., Lundman, B., & Norberg, A. (1999). Struggling for dignity: The meaning of women's experiences of living with fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 9, 575-587.
- Söderlund, M. (2000). Mänsklig värdighet i vården. I K. Eriksson., & U.Å. Lindström (Red). *Gryning en vårdvetenskaplig analogi*. Vasa: Åbo akademi.
- Tabenkin, H., Goodwin, M. A., Zyzanski, S. J., Strange, K. C., & Medalie, J. H. (2004). Gender differences in time spent during direct observation of doctor-patient encounters. *Journal of Women's Health*, 13(3), 341-351
- Tang, S. Y. S., & Anderson (1999). Human agency and the process of healing: lessons learned from women living with a chronic illness – re-writing the experience. *Nursing Inquiry*, 6, 83-93.
- Toombs, S. K. (1993). The meaning of illness. A Phenomenological account of the different perspectives of physician and patient. Philosophy. Kluwer Academic Publisher: Philosophy and Medicine 42.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Uppmark, M., Borg, K., & Alexandersson, K. (2007). Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare: A study of long-term sickness absentees. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2007:35, 557-584.

Walton, JA., & Madjar, I. Phenomenology and Nursing. I Walton, JA. & Madjar, I. (1999). *Nursing and the Experiences of Illness*. London: Routledge.

Werner, A. & Malterud, K. (2003). It is hard work to be as a credible patient: Encounter between women with chronic pain and their doctors. *Social Science & Medicine* 57, 1409-1419.

* Werner, A., & Malterud, K. (2005). "The pain isn't as disabling as it use to be": How can the patient experience empowerment instead of vulnerability in the consultation? *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66), 41-46.

* Widäng, I., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2008). Womens patient's conceptions of integrity within healthcare: A phenomenographic study. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), 540-548.

* Wikberg, A., Jansson, L., & Lithner, F. (2000). Women's experience of suffering repeated severe attacks of acute intermittent porphyria. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1348-1355.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Åsbring, P., & Närnänen, A-L. (2002). Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 2 (12), 148-160.

Ödling, G., Norberg, A., & Danielsson, E. (2001). Care of women with breast cancer on a surgical ward: Nurses' options of the need for support for woman, relatives and themselves. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 77-86.

Bilaga 1

Protokoll kvalitativ studie

1. Typ av studie

2. Är resultaten i denna studie tillförlitliga?

- Finns en tydliga avgränsning, problemformulering och syfte?
- Är urvalet av deltagare tydligt beskrivet?

Inkluderade

Exkluderade

- Är kontext / sammanhang för studien tydligt beskrivet?
- Är metoden tydligt beskriven?

Datainsamling

Analys

3. Etiskt resonemang

Finns ett etiskt resonemang beskrivet?

4. Vad visar studien för resultat?

Är resultaten logiskt, begripligt och kommunicerbart beskrivna?

Kvalitetsbetyg

Gradera kvalitén

Hög

Medel

Låg

Kommentar:

.....
.....