

Första mötet på akuten

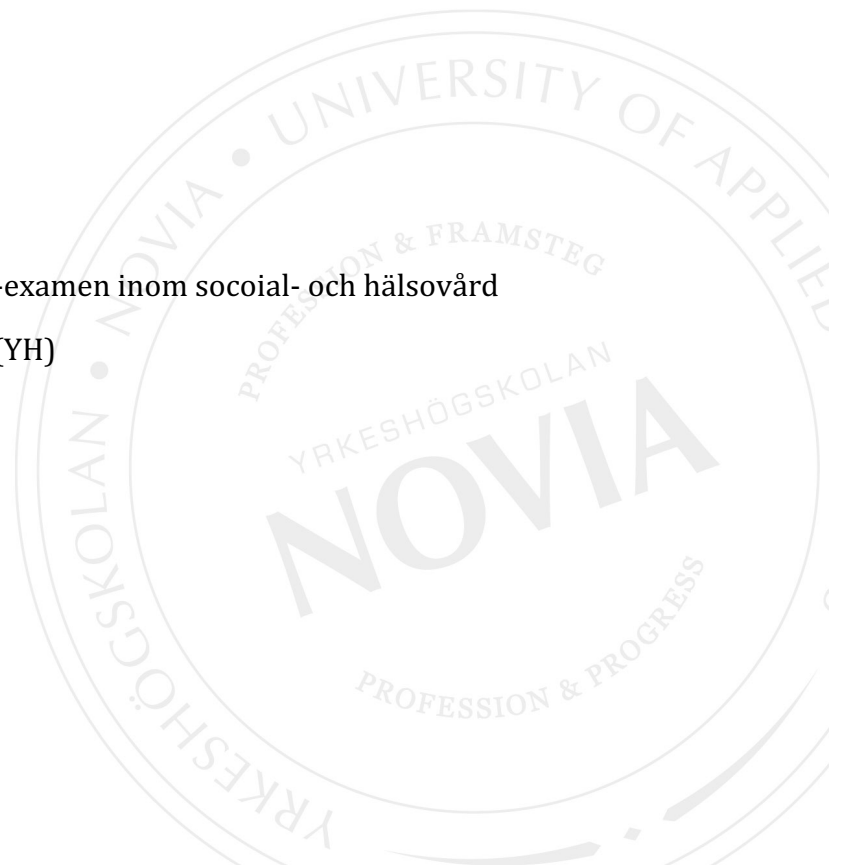
**Sjukskötarens kunskap om den non-verbala kommunikationen
och dess betydelse i första mötet med den akuta patienten**

Ann-Katrin Brandtberg

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2017



EXAMENSARBETE

Författare: Ann-Katrin Brandtberg

Utbildning och ort: sjukskötare Vasa

Handledare: Ann-Louise Glasberg

Titel: Första mötet på akuten.

Datum 11-2017 Sidantal 26

Bilagor 2

Abstrakt

Syfte med detta examensarbete var att ta reda på vad sjukskötare i vårdbedömningen på akuten känner till om non-verbal kommunikation och kroppsspråk, samt hur hen tror att denna kommunikation påverkar mötet med patienten. Materialet till studien samlades in genom två semistrukturerade gruppintervjuer. Materialet, som bandades, analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Som teoretisk utgångspunkt valdes mötet och bemötandet.

Resultatet av arbetet visade att sjukskötarna var medvetna om den non-verbala kommunikationen i mötet med patienten. Uppfattningen var att man var bättre på att lägga märke till patientens kroppsspråk än att tänka på vilka non-verbala signaler man själv använde. I vissa situationer använde man sig av medvetna signaler för att få en bättre kontakt till patienten. Däremot tänkte sjukskötarna mera sällan på den omedvetna non-verbala kommunikationen, som existerar mellan sjukskötare och patient, och dess betydelse i mötet med patienten.

Ett betydande resultat, enligt författaren, var det behov av kunskap om non-verbal kommunikation, som deltagarna uppfattade sig behöva, för att de bättre skulle kunna använda sig av kroppsspråket, men också för att lära sig bättre förstå de non-verbala signaler, som patienten sänder. Detta resultat överensstämde med resultat från tidigare forskning.

Språk: svenska

Nyckelord: nonverbal kommunikation, kroppsspråk, mötet, bemötande

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Ann-Katrin Brandtberg

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaaja: Ann-Louise Glasberg

Nimike: Ensitapaaminen päivystyksessä

Päivämäärä 11-2017 Sivumäärä 26

Liitteet 2

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten hyvin päivystyksen sairaanhoidaja on perillä non-verbaalisesta kommunikaatiosta ja kehonkielestä arvioidessaan hoidon tarvetta, sekä miten hän uskoo tämän vaikuttavan ensitapaamiseen potilaan kanssa.

Tutkimusmateriaali kerättiin kahden puolistrukturoidun haastattelun tuloksista. Materiaali käsiteltiin sisällön analyysin mukaisesti. Teoreettiseksi lähtökohdaksi valittiin potilaan kohtaaminen.

Työn lopputulos osoitti, että sairaanhoitajat olivat tietoisia non-verbaalisesta kommunikaatiosta potilaan kohtaamisessa. Heidän mielestään potilaan kehonkielen havaitseminen on helpompaa kuin panna merkeille mitä non-verbaalia viestintää itse käyttää. Tietyissä tilanteissa hoitajat käyttivät tietoista viestintää saadakseen paremman yhteyden potilaaseen. Toisaalta hoitajat ajattelivat harvemmin epätietoista potilaan ja hoitajan välistä non-verbaalia kommunikaatiota ja sen merkitystä potilaan kohtaamisesta.

Tekijän mielestä opinnäytetyön merkittävä seuraus oli, että osallistujat tunsivat tarvetta saada tietoa non-verbaalisesta kommunikaatiosta. Tämän he kokivat tarvitsevansa voidakseen itse käyttää kehonkieltä paremmin, mutta myös oppiakseen ymmärtämään potilaan lähettämiä non-verbaalisia viestejä.

Tämä vaikutus vastaa aikaisempia tutkimustuloksia.

Kieli: Suomi

Avaainsanat: kehonkieli, non-verbaalinen kommunikaatio, kohtaaminen

BACHELOR'S THESIS

Author: Ann-Katrin Brandtberg

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor: Ann-Louise Glasberg

Title: The first meeting at emergency ward

Date 11-2017

Number of pages 26

Appendices 2

Abstract

The aim of this thesis was to find out whether nurses in care assessment in the emergency room recognizes non-verbal communication and body language, and how they think this communication affects the patient encounter.

The material for the study was collected through two semi-structured group interviews. The material which was pre-recorded, was analyzed using qualitative content analysis. As theoretical background encounter and treatment were chosen.

The result of the study showed that the nurses were aware of the non-verbal communication in the patient encounter. Their perception was that it was easier for them to pay attention to the patient's body language than to concentrate on their own non-verbal signals. In some situations, conscious signals were used to get a better contact with the patient. However, the nurses rarely thought about the unconscious non-verbal communication and its importance in the patient encounter.

A significant result, according to the author, was the need for knowledge of non-verbal communication, which the participants perceived as necessary not only to be able to use body language, but also to understand the non-verbal signals, which the patients send. This result was consistent with the result of previous research.

Language: English

Key words: non-verbal communication, body-language
Encounter, treatment

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	Akutvård.....	3
2.2	Kommunikation	4
2.3	Non-verbal kommunikation.....	5
3	Teoretisk utgångspunkt.....	8
4	Syfte och frågeställning	10
5	Metod	10
5.1	Urval.....	10
5.2	Kvalitativ forskningsintervju	11
5.3	Kvalitativ innehållsanalys.....	12
5.4	Etiska överväganden	14
6	Resultat	14
6.1	De nonverbala signalerna	15
6.1.1	Kroppshållning och rörelse.....	15
6.1.2	Ansiktet och ögonen.....	16
6.1.3	Auditiva signaler.....	17
6.1.4	Att känna igen känslor genom att tolka signaler	17
6.2	Användning av signaler och hur de påverkar mötet	18
6.2.1	Positiva reaktioner	18
6.2.2	Negativa reaktioner.....	19
7	Diskussion.....	20
7.1	Resultatdiskussion	20
7.2	Metoddiskussion.....	22
7.3	Konklusion.....	25
8	Källförteckning.....	27
	Bilagor	

1 Introduktion

Att bli patient, att iklä sig patientrollen, är någonting som få människor önskar göra frivilligt. Att bli en akut patient, med ett omedelbart behov av hjälp, ställer människan i en ännu svårare situation. Därför är det första mötet i den akuta vården av stor betydelse. Det första mötet sker, på dagens stora samjourer, oftast i vårdbedömningen eller allmänt kallat triagen.

Man hör ofta sägas att akuten är sjukhusets ansikte utåt och mottagande sjukskötare på jourerna är akutens ansikte utåt. Patientens besök startar vid kontakten med den mottagande sjukskötare, och detta möte sätter kanske prägel på hela besöket.

Kroppsspråket, den non-verbala kommunikationen, påverkar oss både medvetet och omedvetet. Vi kommunicerar också både medvetet och omedvetet med vår kropp. (Backlund, 2006, 27) Detta kan leda till att den non-verbala kommunikationen, i mötet, ger motsägelsefulla budskap, det den ena parten säger med ord motsvarar inte vad hen visar med sin kropp. En annan möjlighet är att mottagaren misstolkar det budskap sändaren skickar. I båda fallen resulterar det i en tillitsbrist.

Personer inom vården, som är mera känsliga för non-verbala signaler, blir mindre stämnda av onöjda patienter (Hills 2012). Non-verbal kommunikation är väldigt avslöjande, därför att den används väldigt mycket och människorna har svårigheter att kontrollera den. Totalt 60 - 93% av all kommunikation sker non-verbalt. (Hills 2012)

Om den non-verbala kommunikationen påverkar mötet, mellan patient och sjukskötare, på ett utslagsgivande sätt, borde vi inte då lägga ner en större kraftanstängning på non-verbal kommunikation? Hur är det på våra sjukhus, tänker sjukskötarna på den icke verbala kommunikation de både medvetet och omedvetet använder vid mötet med patienten? Och om de tänker på den icke verbala kommunikationen, använder de sig medvetet av den? Det var runt dessa tankar mina funderingar gick då jag valde ämne för mitt slutarbete.

2 Bakgrund

Patienternas möjligheter att ge respons gällande vården, har ökat under det senaste decenniet. De kan via olika kanaler framföra sin syn på den vård som givits. Under de senaste åren har respons gällande bemötande ökat. Som förman behandlar jag själv respons varje vecka, och jag har också lagt märke till den ökande andelen som gäller bemötandet. Feedbacken gällande bemötande kan vara både positiv och negativ, men det senare alternativet är vanligare. Orsaken till det ökade antalet kan bero på olika saker. Det är nu lättare än tidigare att ge respons och samtidigt har patientens rättigheter lyfts fram. I lagen om patientens ställning och rättigheter (Finlex 17.8.1992/785, 2kap. 3§) sägs: "Varje patient har rätt till en hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården skall ordnas och patienten bemötas så att hans människovärde inte kränks och att hans övertygelse och integritet respekteras.

Vi kan inte heller bortse från möjligheten att vi kanske möter människan/patienten på ett annat sätt än tidigare, och att det bemötande upplevs av patienten som sämre än tidigare. Till Vasa Centralsjukhus kommer responsen från patienterna i elektronisk form genom programmet Q-Pro. Under år 2016 tio första månader var responsen gällande dåligt bemötande på 1% nivå, då det gäller hela sjukhuset, medan akutens motsvarande siffra var över 6 (bilaga 1). Dessa siffror ger anledning till oro. Vilken är orsaken bakom detta?

En av de mest krävande arbetspunkterna på akuten är vårdbedömningen. En god vårdbedömning är av central betydelse för ett välfungerande vårdssystem. Vårdbedömningen påverkar också den enskilda patientens uppfattning av kvaliteten på vården. (Syväoja, Äijälä 2009, 7)

Människor, med kroniska sjukdomar, som ofta måste komma till akuten, förväntar sig att de skall bli omhändertagna av kompetent personal, som respekteras patienternas värdighet, erkänner patientens kunskap om sig själv samt som visar kärlighet för patienternas sårbarhet. (Moss et.al 2014)

Vad förväntar sig då patienten av sjukskötaren i själva mötet? I en studie med cancerpatienter och hur de förväntar sig att vårdarna visar sitt engagemang, framkom följande: patienten önskar att sjukskötaren visar att hon bryr sig, att hon

tar tid att prata med patienten, att hon ger information och förklarar vad som händer, och att hon ler och har humor.(Kvåle 2016)

På grund av den stress som ibland uppstår i bedömningsögonblicket får kroppsspråket en större betydelse. De extralingvistiska signalerna, signaler som inte är knutna till verbal kommunikation, kan vara omedvetna och till och med ofrivilliga (Backlund 2006, 21). Sjuksköterskan uttrycker inte sin eventuella frustration, över den stressiga situationen, i ord, men tänker inte på att hon visar den i sitt kroppsspråk.

Sjukskötarens inställning till patienter kan också var olika. Somliga patienter kan ses av sjukskötaren som svårbemötta. I en studie har man undersökt sjukskötarens förmåga till empati då hon träffar svårbemötta patienter (difficult patients). I den studien kom man fram till att det finns fyra huvudkategorier, för att frammana empati. Den första kategorien är patientfokuserade strategier. Sjukskötarens söker kunskap om patienten och tänker på hur patienten upplever situationen. Den andra kategorin är: att bestämma sig för ett visst sinnestillstånd. Genom att visualisera sig själv i patientens situation eller genom att lämna bort sin egen värdering av det patienten säger, kunde sjuksköterna frammana sympati för patienten. Den tredje kategorin kallade författaren för: Självfokuserande strategier. Här ingick bland annat att se sin egen del i relationen, att påminna sig om sin roll som sjukskötare eller att använda sig av sin egen humanistiska livsfilosofi. Den fjärde kategorien var indirekta faktorer. Tidsbrist och stress minskade möjligheten att frammana sympati. (Berhin, Lundgren, Thoedoridis, 2014, 29 - 31) I vårdbedömningen på akuten är köerna ofta långa, och den tid sjukskötarens har för varje patient är begränsad.

2.1 Akutvård

I Finland innebär akutvård att människor, som plötsligt insjuknar i en sjukdom, eller som råkar ut för en olycka eller som har en kronisk sjukdom, som plötsligt förvärras, omedelbart kan få vård på en enhet utrustad för akut sjukvård av en specialutbildad personal (STM 2010) Social- och hälsovårdsministeriet har i sin förordning, 782/2014, gällande brådskande vård och jourverksamhet stadgat grunderna för hur jourvården skall förverkligas. I § 8 står följande: " Den legitimerade läkare eller tandläkare som

ansvarar för jouten, eller enligt dennes anvisningar en annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, ska hänvisa patienten till vård antingen vid en joutenhet, en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller till någon annan ändamålsenlig vård. Den kategorisering av brådskande fall som följs vid joutenheterna, bedömningen av det individuella vårdbehovet och risken för att en sjukdom förvärras eller en skada försämras ska beaktas i samband med vårdhänvisningen. Patienten kan också hänvisas till vård per telefon eller på något annat motsvarande sätt.” (Finlex 782/2014, § 8)

På de stora samjourerna använder man sig vanligtvis av ett klassificeringssystem, triage-system, för att bedöma hur snabbt den akuta patienten bör komma under läkarvård. Triage kommer från franskan och betyder sortera. Arbetstakten är snabb i bedömningen, eftersom antalet patienter är många, och det krävs att triage-skötaren klarar av att jobba snabbt och målmedvetet samt att hen har en mycket god kunskap och kompetens. I USA, Australien och Nya Zeeland finns det fastställda krav på vem som skall utföra triage, både då det gäller utbildningsnivå och erfarenhet. Det finns ingen evidensbaserad kunskap på att en sjukskötare med längre erfarenhet automatiskt skulle vara en bättre triage-skötare än en med mindre erfarenhet. Triagens riktighet är fastställd till ca 58%. Forskning och experiment har visat att triagens riktighet nödvändigtvis inte stiger fast den som gör bedömningen är en läkare. I triage-bedömning, som i arbetet på akutmottagning överlag, behövs stresstålighet och kritiskt förhållningssätt. (Göransson, Eldh, Jansson, 2008, 29 - 30)

Varför behövs någon form av triage-klassificering på akuten? Med de stora samjourerna har antalet patienter ökat och en del av de hjälpsökande har inget akut besvär. Med hjälp av ett klassificeringssystem kan man hänvisa patienterna till vård på rätt tid och rätt ställe. Med färre patienter på akutmottagningarna räcker personalresurserna bättre till och väntetiderna blir kortare och tryggare. (Syväoja, Äijälä, 2009, 94)

2.2 Kommunikation

Kommunikation har sitt ursprung i latinets ord "communicare" och "communis". Det betyder att någonting blir gemensamt, att det blir delat. (Nilsson,

Waldemarsson, 2016,13). Kommunikationen kan indelas i olika nivåer. Vi har den grammatikaliska och fonologiska nivån, som visar hur vi använder oss av det talade språket, vilka grammatikaliska regler vi har. Den semantiska nivån berättar hur orden tolkas i olika sammanhang. Samtalsnivån är de regler vi har gällande exempelvis turordning. Den icke-verbala kommunikationsnivån förklarar hur vi använder oss av olika signaler, såsom röstläge och gester, för att ge tilläggsinformation vid verbala kommunikation. Den socialpsykologiska nivån ger oss en roll i sammanhanget. Slutligen har vi den strategiska nivån, vilket innebär förfaringssätt för att kunna påverka en situation. (Nilsson, Waldemarsson, 2016, 15 - 16)

2.3 Non-verbala kommunikation

Människor kan producera ca. 700 000 olika kroppssignaler. (Burgoon 2010, 113) I mänsklig kommunikation är det fråga om signaler och budskap, som vi delar med varann. Den non-verbala kommunikationen kan vara både medveten och omedveten, den kan användas förtydligande, som ett komplement till den verbala kommunikationen, men också ersätta helt det talade budskapet. (Nilsson, Waldemarsson, 2016, 56)

Enskilda signaler är svåra att tolka, betydelsen kommer från det sammanhang de är kopplade till. Situationen försvåras dessutom av att samma signal kan ha olika betydelse hos för olika människor, och kräver därför kunskap om situationen i övrigt samt händelser från tidigare, för att kunna tolkas rätt. (Nilsson, Waldemarsson, 2016, 56)

Nilsson och Waldemarsson anser att det non-verbala kan granskas ur uttryckssynvinkel, det vill säga granskning av beteende, eller ur intryckssynvinkel det vill säga granskning av tolkning. Samma författare delar upp den non-verbala kommunikationen i sju kategorier: kinesi, paraspråk, utseende, haptik, avstånd, tidsuppfattningar och artefakter. Kinesi står för kroppsrörelser, gester och mimik. År 1957 rapporterade Hewes, i en undersökning, om 1000 möjliga kroppsställningar (Burgoon, Guerro, Floyd, 2010, 113). Paraspråk betyder ljud som inte är ord. Till utseendet räknar man bl.a. klädsel, frisyr och kroppsbyggnad. Haptik står för beröring och känslointryck. Med avstånd avser författarna bland

annat det personliga utrymmet varje människa har. Artefakter innebär symboler och tillbehör. Vi kan också kommunicera genom att lämna bort en gest eller signal, som till exempel genom att inte ta någon i hand när vi hälsar. Vårt non-verbala språk är till stor del inlärt och därför också delvis gemensamt för den kultur vi lever i. (Nilsson, Waldemarsson, 2016, 58 - 59)

Känslor, tankar, upplevelser, önskningar och vår vilja syns i vårt non-verbala språk. Det ger budskap om samhörighet och om avståndstagande. Den non-verbala kommunikationen håller igång de mellanmänniska relationerna. När människor träffas för första gången gör de sig en bild av den andra främst genom tolkning av de non-verbala signalerna. (Nilsson, Waldemarsson, 2016, 61 - 62)

Vi kan dela in det non-verbala beteendet på flera olika sätt, tex. i kategorier som: ansiktsuttryck, kroppslig kommunikation genom gester, spatial kommunikation samt taktil kommunikation. I spatial kommunikation är det avståndet mellan parterna som har betydelse, hur nära eller långt vi står från varandra i mötet. Taktil kommunikation är kommunikation där vi rör vid varann. (Xu, Staples, Shen, 2012, 296)

Med hjälp av synsinnet uppfattar vi största delen av de non-verbala budskapen. Ansiktet och ögonen är de delar av kroppen, som syns bäst då vi tar emot icke-verbala signaler och budskap (Nilsson 2016, 65). Med sina, uppskattningsvis, 30 ansiktsmuskler kan människan visa upp över 20 000 uttryck. Det finns forskare som anser att till och med 250 000 uttryck är möjliga. (Burgoon, Guerro, Floyd, 2010, 113)

Människans sju grundläggande känslor: vrede, fruktan, avsky, rädsla, sorg, glädje och förvåning förmedlas via vårt ansikte. När vi visar glädje öppnas vårt ansikte upp medan ansiktet sluter sig och blir spänt vid till exempel vrede. (Nilsson, Waldemarsson, 2016, 66)

Man brukar säga att vår själ speglas i våra ögon. Pupillerna vidgas eller dras ihop, blickarna blir långa eller flackande eller man undviker helt att ta ögonkontakt. Allt detta ger signaler till betraktaren. Utvidgade pupiller har vi bland annat då vi är attraherade. Långa blickar kan tolkas som påträngande och att undvika att ta

ögonkontakt kan vara tecken på trots. När det gäller ögonkontakt har olika kulturer olika regler för vad som gäller. (Nilsson, Waldemarsson, 2016, 67)

Varje människa har sin speciella rytm, som ger upphov till vårt temperament. Vi har alla vårt eget sätt att röra oss, och människor runt omkring oss, känner igen oss på vårt rörelsemönster. Ibland blir vår kroppshållning spänd och vittnar om att vi är på vår vakt medan trygghet förmedlas via avslappnade muskler. Ändringar i hudfärg berättar för iakttagaren om till exempel rädsla, ilska eller ansträngning. (Nilsson, Waldemarsson, 2016, 68)

Gester är kortfattade rörelser, som vi använder istället för långa beskrivningar (Nilsson 2016,69). Gester är starkt bundna till kultur. Till exempel, i vår kultur kan en huvudskakning betyda "nej", medan man i Grekland kastar huvudet bakåt då man med kroppsspråk visar ett nekande. (Backlund 2006, 26)

Den non-verbala kommunikationen är betydelsefull. Den är ständigt närvarande. Det non-verbala beteendet är multifunktionellt och kan ge upphov till ett universellt språkssystem. Den non-verbala kommunikationen kan leda till förståelse eller till missförstånd. Den non-verbala kommunikationen kan uttrycka det som den verbala kommunikationen inte klarar av eller inte ens borde uttrycka. Vi litar på den non-verbala kommunikationen. (Burgoon, Guerro, Floyd, 2010, 3 - 9)

Kan man lära sig non-verbal kommunikation, har man frågat sig i en undersökning gjord i Japan. Man jämförde två grupper av medicine-studeranden, där den ena gruppen fick undervisning i non-verbal kommunikation medan den andra fick traditionell undervisning som enbart inkluderade verbal kommunikation. Undersökningen visade, att den grupp som hade fått undervisning i non-verbal kommunikation, tog i beaktande attityder och non-verbal kommunikation i sina målsättningar, medan kontrollgruppen satte upp mål enbart utgående från den verbala kommunikationen. (Ishikawa, Hashimoto, Kinoshita, Yano, 2010)

I Levins och Ambadys (2013) undersökning i USA har man granskade det icke verbala beteendets roll i möten mellan olika raser inom hälsovården. Utgångspunkten i undersökning var att patienter, som representerade rasminoriteter, kände mindre tilltro till läkare, som representerade

majoritetsrasen, än patienter från majoritets rasen, det vill säga den vita rasen. Man granskade hur patientens rasursprung kan påverka läkarens non-verbala beteende samt vilka svårigheter läkaren kan ha att förstå den icke-vita patientens non-verbala kommunikation. Resultatet visade att läkarna hade en tendens att med hjälp av sitt kroppsspråk visa upp ett beteende mot minoritetsraserna som kunde tolkas som oengagerat. De var också mindre skickliga på att läsa minoritetsgruppens kroppsspråk (Levine, Ambady, 2013)

I en kvalitativ studie av sjukskötarstuderandes känsla för det non-verbala, har man undersökt hur studerande värdesätter non-verbal kommunikation i vården, samt faktorer, som kan påverka hur man visar icke verbala signaler. En sådan faktor kunde bland annat vara att om patienten antogs ha dålig hörsel, använde man sig av kroppsspråk för att förtydliga sitt budskap.(Chan 2013)

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt i examensarbetet har författaren valt mötet, bemötandet, som också används som synonymbegrepp i arbetet. I detta arbete begränsas mötet till det ögonblick då patienten kommer till akutens vårdbedömning. Det första intrycket uppstår inom 20 sekunder och verkan av det intrycket påverkar mottagarens bild länge (Oscarsson Ling 2009, 33).

I sin doktorsavhandling konstaterar Holopainen (2016, 68) att en förutsättning för mötet är den hållning vårdaren har, och att vårdaren har ansvaret för mötet, på grund av sin kallelse. Hon pratar också om en vandring i mötet från närvaron till igenkännandet, vidare till tillgängligheten, för att slutligen komma till ömsesidighet, där du och jag är lika (Holopainen 2016,37). Det vårdande mötet innebär att patienten känner sig inbjuden. Patienten bör få känna sig både som patient och som människa, men också skötaren kan röra sig mellan att vara människa och att vara vårdare (Holopainen 2016,39)

I Holopainens (2016) teorimodell om det vårdande mötet, i kalejdoskopet, finner vi i dess yttre del de förutsättningar som bör finnas för ett vårdande möte: inbjudan, närvaro, tillgänglighet, öppenhet, ansvar, kallelse och löfte. Om vi saknar förutsättningar sker inget möte. Inne i kalejdoskopet hittar vi de olika rum som bildar ett unikt mönster. Alla rum är tillika närvarande, gemensamhetens rum,

gemenskapens rum samt tillsammanshetens rum. Bortom rummen får vi se en liten glimt av det heliga, där de mötande individerna är bortom kropp och själ (Holopainen 2016,60)

Emmanuel Ezra (2010), citerar filosofen Martin Bubers tankar om mötet. Buber anser att man kan, i varje möte med andra människor, förhålla sig till den andra som till ett personligt väsen eller som till ett objekt. Buber pratar om Jag-Du-relation och Jag-Det-relation. I den senare betraktar man sin medmänniska utan att ta hänsyn till hennes subjektiva värld, ser henne som ett objekt. Ezra skriver också om att vi idag har en uppmärksamhetskris. När vi hela tiden omringas och påverkas av olika slags impulser, får vi problem med att fokusera på en enda sak. Att kunna möta en annan människa fodrar närvaro. (Ezra 2010,5-52, 99; Buber 1954)

Mötet är enligt Buber (1954) uteslutande en mellanmänsklig händelse. Mötet är någonting som betecknar det som sker mellan två individer, som är helt medvetna om varann i mötet. Det mellanmänskligas krav är ovillkorlig ömsesidighet (Buber 1954, 25). Buber pratar också om två olika grundtyper av människor. Den ena typen är "Väsenmänniskan". Väsenmänniskan ser på den andra spontant och utan tvång, önskar eventuellt att förstå den andra. Däremot tänker väsenmänniskan inte på vilken bild av sig själv hen borde väcka i den andra. Den andra grundtypen är "Bildmänniskan". För Bildmänniskan är det viktigt vilken bild hen ger av sig själv hos den andra. Om två Bildmänniskor möts kan det finnas flera gestalter med i mötet. Där finns båda personernas gestalt, så som de vill verka i den andras ögon, den gestalt de är i den andras ögon. Där finns också den gestalt de är enligt sig själva, samt slutligen även den gestalt de i verkligheten är. Enligt Buber är det inte möjligt att nå ett sant möte i det mellanmänskliga om inte det finns ett ärligt och äkta erbjudande av att dela varandras tillvaro (Buber 1954,30-34)

Vårdteoretiker Joyce Travelbee ansåg att det första mötet stämplas av det första intryck patienten får av sjukskötaren och sjukskötaren av patienten. De båda parterna ser varandra i stereotypiska roller. Hon betonar att för att få en verklig mellanmänsklig kontakt mellan skötare och patient måste man överskrida rollerna som patient och skötare. (Marriner-Tomey 1994, 347)

4 Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att ta reda på om vad sjukskötare, som jobbar i vårdbedömningen på en akutmottagning, kan om non-verbal kommunikation samt vilken betydelse hen ger den non-verbala kommunikationen i första mötet med patienten.

Frågeställningarna lyder: Vilken kunskap har sjukskötare i vårdbedömningen om non-verbal kommunikation? Vilken betydelse har den non-verbala kommunikationen, enligt sjukskötaren, i det första mötet med patienten?

5 Metod

Som datainsamlingsmetod i arbetet har författaren valt kvalitativ forskningsintervju. Intervjuerna, som var två till antalet, genomfördes i grupp och var semistrukturerade. Sjukskötare, som arbetar i vårdbedömningen på akuten, blev intervjuade. Undersökningsspersonerna kunde läsa frågorna från det papper de blev tilldelade. Svaren gavs muntligt och blev bandade. Det insamlade intervjumaterialet analyserades sedan enligt kvalitativ innehållsanalys.

5.1 Urval

Gruppintervjuerna genomfördes i två grupper, en svenskspråkig grupp med fem sjukskötare, och en finskspråkig grupp med 6 sjukskötare. Till alla sjukskötare, som hade morgon- eller kvällstur en viss dag skickades e-post. I meddelandet berättade författaren om vad det rörde sig om och att de som fått meddelandet, kunde anmäla sitt intresse till medverkan. Medverkan var frivillig. Alla deltagare hade erfarenhet av vårdbedömning och hade arbetat med bedömning i mer än ett år, de flesta över fem år. Könsfördelningen i gruppen var tre män och 8 kvinnor. Samtliga deltagare fick bekanta sig med informationsbrevet före intervjun och läsa frågorna på förhand. (bilaga 2).

5.2 Kvalitativ forskningsintervju

Som datainsamlingsmetod i examensarbete har författaren valt kvalitativ forskningsintervju. Intervjun genomförs i grupp som semistrukturerad. Gruppintervju får mera karaktären av en diskussion, där deltagarna spontant kommenterar observationer kring ämnet. I gruppintervju pratar den som håller intervjun till alla samtidigt, men kan också ställa frågor till enskilda deltagare. I jämförelse med intervju av enskilda personer förändras intervjuarens roll i gruppintervju till att mera försöka påverka växelverkan i gruppen och hålla igång diskussionen än till att direkt intervjua gruppen. (Hirsijävi , Hurme, 2011,61)

Vid en semistrukturerad intervju gör intervjuaren på förhand upp en rad öppna frågor, som kan tas upp i vilken ordning som helst. De öppna frågorna finns oftast nedskrivna i en intervjuguide, som hjälper intervjuaren att strukturera sitt arbete samt att hålla intervjun inom en utsatt tidsram. Frågorna får inte vara för detaljerade, eftersom det kan förstöra en naturlig växelverkan mellan deltagarna och intervjuaren. (Henricson,2015,167) Frågorna testas i en eller flera provintervjuer. Man testar huruvida frågorna är sakenliga men också hurudan tidtabellen borde vara. (Henricson, 2015,169)

Frågorna till intervjuerna jobbade författaren fram genom att fundera på vilka saker som var relevanta, med tanke på frågeställningen. Vad kände deltagarna till om non-verbal kommunikation? Hur använde deltagarna själv non-verbal kommunikation? Kunde de dra slutsatser av det icke verbala kommunikation som patienten visade? Före intervjun testade författaren frågorna på två personer.

I en kvalitativ forskningsintervju är syftet att få förståelse för ett fenomen (Henricson,2015,163). Kvale och Brinkmann (2011,43) beskriver i sin bok tolv aspekter av en kvalitativ intervju då man granskar den som ett fenomen. De olika sidorna av intervjun som nämns i boken är: 1. Livsvärld: Via den kvalitativa forskningsintervjun kan man beskriva den vardagsvärld deltagaren lever i. 2. Mening: ger förståelse för viktiga ämnen i deltagarens vardag. 3. Det kvalitativa: sätter ord på vilka olika kvaliteter deltagaren har i sin livsvärld. 4. Det deskriptiva: Beskriver de skiftande känslor och upplevelser som deltagaren har samt den handling hen utför. 5. Det specifika: I en kvalitativ forskningsintervju handlar det om att få fram information

om speciella situationer, inte allmänna uppfattningar. 6. Medveten naivitet: Intervjuaren borde vara nyfiken, öppen och känslig för både det som uttrycks i ord och det som inte uttrycks i ord. 7. Fokusering: Intervjun tar fasta på vissa teman, den är inte strikt organiserad eller helt oorganiserad. Den som intervjuar har en stomme att utgå ifrån, men deltagaren bestämmer riktningen. 8. Mångtydighet: Under en intervju kan deltagaren ge motstridig information. Det är upp till intervjuaren att ta reda på vad den motstridiga informationen beror på. 9. Förändring: Genom intervjun kan deltagaren ändra åsikt om ämnet. Både intervjuaren och deltagaren kan lära sig nya saker vid ett intervjutillfälle. 10. Känslighet: Det krävs förkunskap och förståelse för substansen i ämnet man intervjuar om. 11. Mellanmänsklig situation: I Kvalitativ intervju är det fråga om en växelverkan mellan intervjuare och deltagare, vilket påverkar den kunskap som skapas. Det stoff som skapas är olika beroende på vem som intervjuar. 12. Positiv upplevelse: När en forskningsintervju avklarats lyckat, blir det en positiv upplevelse för deltagaren, som har lärt sig nya saker om sig själv och sin omgivning.

När de två intervjutillfällena slutade fortsatte diskussionen ännu länge. Deltagarna funderade över hur de kunde få reda på mera om sin egen non-verbala kommunikation och om det var möjligt att lära sig till fullo behärska ett möte med en patient genom en optimal verbal- och non-verbal kommunikation. Detta tolkade författaren som en positiv signal. Förutom det material som intervjuerna gav till detta arbete hade tillfället skapat en diskussion bland deltagarna.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

Det insamlade intervjumaterialet analyseras enligt kvalitativ innehållsanalys.

Kvalitativ innehållsanalys används för att objektivt och systematiskt kunna syna ett insamlat material. En analys kan ha en induktiv eller deduktiv ansats. Det induktiva sättet innebär att man utgår från innehållet i det insamlade materialet, medan det deduktiva sättet innebär att man utgår från en specifik teori eller modell. Det insamlade materialet ordnas i en tabell, där alla intervjuer kodas och sätts in. Materialet läser man igenom flera gånger, så att man hittar enheter som hör samman. Meningsenheterna bearbetas sedan till väsentliga koder, som består av ett eller ett par ord. Koder med liknade innehåll bildar kategorier. (Henricson 2015, 329 - 342)

Analys av det kvalitativa materialet kan också beskrivas i en tredelad process: beskrivning, klassificering och sammanställning. Som grund för analysen ligger beskrivningen av det insamlade materialet. I klassificeringsfasen delas materialet in i grupper/klasser och reduceras. I sammanställningsfasen försöker man hitta gemensamma nämnare för de komprimerade klasserna. (Hirsijärvi, Hurme, 2011, 145 - 150)

Ytterligare ett sätt att beskriva analysprocessen är de fem steg, som Kvale och Brinkmann (2011, 221 - 222) tar upp i sin bok. Steg ett är det skede då forskaren läser igenom hela sitt material för att bilda sig en uppfattning om helheten. I steg två gör hen upp meningsenheter, som återges ordagrant. I steg tre formuleras teman utgående från forskarens uppfattning av vad intervjupersonen sagt. I steg fyra knyts undersökningens syfte ihop med det insamlade materialet. I steg fem presenteras det adekvata materialet i berättande form.

I detta arbete läste författaren igenom materialet många gånger, skrev sedan ner meningarna ordagrant och ordnade dem i grupper. Grupperna namngavs enligt det ställe på kroppen varifrån signalerna härstammade: Kroppshållning och rörelse, ansiktet och ögonen samt signaler man uppfattar med hjälp av hörselsinnet. Under samma huvudgruppering valde författaren också att ta igenkännandet av känslor genom att tolka signaler. Den andra huvudgruppen bestod av användning av signaler samt signalernas positiva respektive negativa påverkan på mötet. Att ordna upp materialet och kondensera materialet till de två huvudgrupperna var resultatet av ett långt arbete. Författaren gick igenom materialet flera gånger och omgrupperade också innehållet flertal gånger. I intervjumaterialet fanns det i samma mening påstående som kunde höra hemma i olika grupper, samt också påståenden som kunde tolkas lite olika.

5.4 Etiska överväganden

Författaren har ansökt om lov från Vasa Centralsjukhus enligt de principer sjukhuset har satt upp. Eftersom intervjun gjordes på författarens egen arbetsplats där hon jobbar som förman, fanns det en möjlighet att intervjupersonerna kunde känna sig tvungna att delta i undersökningen. En annan möjlighet var att man av samma anledning inte ville vara med i undersökningen. Författaren valde därför att göra intervjun, som en gruppintervju, där deltagarna eventuellt kunde känna stöd från gruppen.

Data från det insamlade materialet skall bevaras säkert, så att inga andra människor än forskaren kommer åt materialet. Redovisningen av materialet görs på ett sätt att man inte kan känna igen enskilda individer. (Henricson 2015,86 – 87) Konfidentialiteten i detta arbete har garanterats genom att det insamlade materialet enbart finns på ett ställe och materialet förstörs efter att rapporten är gjord. I presentationen av resultatet har författaren tagit hänsyn till att deltagarnas identitet inte blir igenkänt. Kön, ålder eller yrkesår finns inte kopplade till kommentarer, som är dokumenterade i resultatet.

Frivillighet att delta i undersökningar betyder att ingen skall känna sig tvungen att delta. Det innebär också att man när som helst avsluta sin medverkan i undersökningen (Henricson 2015, 83). I Före intervjuerna påbörjades informerade författaren deltagarna om att det var frivilligt att delta samt att man när som helst kunde avbryta medverkan.

6 Resultat

Resultatet från intervjuerna har författaren delat upp i två huvudkategorier. I den första gruppen tar författaren upp de non-verbala signalerna, som sjuksköterna nämnde att de känner igen, vilken tolkning de ger signalerna samt vilka känslor de bedömer att ligger bakom signalerna. I den andra kategorien beskrivs hur sjuksköterna själv reagerar på de non-verbala signalerna. Reaktionerna i sin tur indelas i positiva och negativa reaktioner.

I intervjuerna framkom också att de flesta deltagare önskade mera kunskap om non-verbal kommunikation och kroppsspråk

"Lite mera kunde man prata om det här (nonverbal kommunikation) i utbildningen"

"Det är den där omedvetna delen, som jag inte tänker på"

"täällä olis kyllä ihan ok myös koulussa opettaa"

6.1 De nonverbala signalerna

De olika signaler som sjuksköterna känner igen härrör sig från kroppshållning och rörelse, från ansiktets och ögonens skiftningar, samt signaler som man uppfattar auditivt. Alla deltagare sa att de tänker på den non-verbala kommunikationen. Alla var också ense om att de mera tänker på vilka non-verbala signaler patienten visar än på de signaler de själva visar.

6.1.1 Kroppshållning och rörelse

Signaler som härrör sig från kroppshållning är tex: halvliggande ställning i stol eller överhuvudtaget dålig hållning, som båda kan tolkas som nonchalans. Armarna i kors över bröstet, som för deltagarna betyder att de är fråga om en bestämd person. Handflatan mot den andra människan betyder stop. En person som kommer för nära tolkas som hot. En person som rör sig snabbt och ryckigt kan vara tecken på nervositet. En gestikulerande person kan man tolka på olika sätt; som tex. angelägen eller uppskärnad. När personer rör sig på samma sätt, matchar varandras rörelser, upplevs det oftast som positivt och harmoniskt.

"Makaatko triagessa täälläläilla (halvliggert i stolen), vai nostaako ryhtiä kun siihen tulee joku"

"miten sen nyt sanoisi, liikkuu niin kuin se toinen, tekee vähän niiku samalla tavalla, se tuntuu positiiviselta"

"Jos astuu liian lähelle toisen rajaa, ei tunnu hyvältä, se tuntuu uhkalta"

6.1.2 Ansiktet och ögonen

Alla deltagare upplevde ögonen, som ett av de viktigaste medlen att använda i non-verbal kommunikation. Bara att ta ögonkontakt upplevdes som viktigt. Utan ögonkontakt får man ingen kontakt med den andra människan, speciellt i vårdbedömningen, där kroppskontakt upplevs som näst intill omöjlig, på grund av distansen mellan patient och sjukskötare då en bred disk skiljer de båda parterna från varandra. En för lång och ihärdig ögonkontakt kan kännas negativ, speciellt om man samtidigt uppträder på annat sätt hotande, till exempel kommer för nära den andra människan.

"Det är viktigt med ögonkontakt, kanske det viktigaste av allt"

"Yritän aina katsoa silmiin, kun potilas tulee"

Allmän mimik och ansiktets färg var också signaler, som deltagarna la märke till. Uppåtgående mungipor, leende, tolkas som en vänlig gest, medan röd ansiktsfärg kan vara tecken på feber eller ilska. Att titta ner kan vara tecken på blygsel eller sorg och att kasta blickar runt sig kan vara tecken på oro eller rädsla.

I grupperna diskuterades också om deltagarna hade någon omedveten non-verbal signal, som påverkat mötet i vårdbedömningen, en signal, som någon annan lagt märke till och sagt till om. De flesta hade inte tänkt på saken. En av deltagarna berättade att hen inte hade något "pokeransikte", det hade vänner berättat.

"Det är mina rynkade ögonbryn som ibland ställer till det, det har man berättat för mig, och det borde jag göra någonting åt"

"Jag antar att det hänt att jag visat nån känsla jag inte hade velat att patienten skulle se, speciellt då när jag är trött"

6.1.3 Auditiva signaler

Tonfallet betonade de flesta deltagarna som viktigt. Ur tonfallet kan man höra om en människa är upprörd, arg eller rädd. Också snabbheten i talet säger någonting om den andra människan. En upprörd person pratar ofta snabbt, medan en aggressiv person kan prata ganska långsamt med ett lågt röstläge som under samtalets gång stiger. Att prata med tänderna ihop bitna och väsa ut sitt budskap, tolkar man också som tecken på aggression.

"Ibland vet man att patienten är rädd då man nästan inte hör vad han säger. Han kan vara rädd för att ha en obotlig sjukdom"

"Att bita ihop och prata tycker jag att är tecken på att man är arg"

En av deltagarna berömde sin arbetskamrat för hans lugna röst, som ofta hade svängt en ansträngd situation mot det bättre.

6.1.4 Att känna igen känslor genom att tolka signaler

Under båda intervjuerna blev det diskussion om de olika känslor man kan känna igen genom det non-verbala språket. Deltagarna var ense om hur de tolkade signalerna. De beskrev den aggressiva patienten/anhöriga, som en person, som kommer nära och stirrar i ögonen och orsakar en obehaglig känsla hos sjukskötaren. Den rädda patienten pratar ofta sakta och kastar blickar runt sig. Den lättaste känslan att känna igen är smärtan. Patienten går kanske dubbelvikt, hans ansiktsfärg är röd eller vit och han pratar stönande. En människa med sorg eller depression tittar oftast ner och pratar med låg röst. En person som är rädd att inte bli tagen på allvar är oftast högljudd och uppträder lite hotfullt med ett kroppsspråk som säger att jag går ingenstans för det här är klart (armarna i kors över bröstet).

Om en patient verkar aggressiv reagerar deltagarna med att vara så neutrala som möjligt. Man håller händerna nere, har ett neutralt röstläge, ler försiktigt och pratar lugnande. Men risken finns också att man sätter sig i försvarsposition om patienten eller den anhöriga uppträder aggressivt. En patient, som av sjukskötaren upplevs vara

smärtpåverkad, kan väcka ångest. Några av deltagarna påpekade att också patienterna reagerar på de känslor som sjukskötaren visar.

"Pitää muistaa, että he näkevät samaa meissä kun mitä me heissä"

"Nog spelar säkert mitt bemötande in hur patienten reagerar"

6.2 Användning av signaler och hur de påverkar mötet

Deltagarna är överens om att känslolägen påverkar kroppsspråket. När deltagarna får frågan om de själv medvetet kan ändra en negativ känsla till en positiv, säger alla att det går bra bara man är pigg. Ju längre och tyngre ett arbetsskift i vårdbedömningen har varit desto svårare har deltagarna att ändra en negativ känsla. Också om man haft flera skift efter varann i vårdbedömning hade man svårt att ändra känsla. Med stigande ålder och erfarenhet, bedömer deltagarna att de bättre klarar av att förändra sitt beteende.

6.2.1 Positiva reaktioner

Vilka är då de non-verbala signaler, som deltagarna tror att positivt kan påverkar det korta mötet i vårdbedömningen, och som de medvetet använder sig av? Ögonkontakt med patienten är viktigt. Genom att ta ögonkontakt bekräftar man den andra personen, visar att man har sett hen. Leendet välkomnar patienten. Ett neutralt sätt, där man med lugn röst och behärskade rörelser, ger möjlighet till ett gott möte med patienten. Till ett neutralt sätt hör också att man är avspänd, axlarna faller ner och kroppen blir mjuk. Det är också viktigt att man visar att man lyssnar, till exempel genom att nicka nu och då. Ibland kan ett litet skämt lätta upp stämningen, men det finns en risk att patienten inte gillar det. Men humor kan också vara ett bra sätt att få kontakt.

"Huumori voi joskus olla paras keino saada yhteyden potilaaseen"

En användbar metod för att få bra kontakt, enligt en av deltagarna, är att lära sig matcha patienten, använda samma tonfall, samma styrka i rösten och samma snabbhet i talet som patienten.

"mä varmaankin meen samaan moodiin kun potilas, jos hän puhuu hiljaa ja hitaasti, mäkin teen niin"

I kontakt med barn är det ännu viktigare att tänka på kroppsspråket. Med barn tar man oftast mera tid på sig, använder lugna rörelser och visar och förklarar vad som skall göras. När det korta mötet i vårdbedömningen är avslutat visar intervjudeltagarna det genom att säga vart patienten skall ta sig och sedan vänder man sig bort från patienten. De flesta dokumenterar först då patienten avlägsnat sig.

6.2.2 Negativa reaktioner

Non-verbalt beteende, som verkar negativt på patient-skötare-relationen, är bland annat att sitta svängd bort från patienten, inte ta ögonkontakt eller inte låta patienten prata till slut.

"Kyllä me joskus dissataan potilaita, ja he huomaavat sen varmasti"

"Ne näkee meistä että emme tule ottamaan vastaan, ja käyttäytyvät sen mukaisesti sit"

Sjukskötaren kan också få en felaktig förhandsinställning på grund av hen tolkar patientens non-verbala språk, fel. Det i sin tur kan leda till en felaktig vårdbedömning.

"Triagessa ongelma on jos saa ennakkoajatuksen siitä mitä potilaalla on, riippuen siitä miten tulkitseen kehonkielen, ja se onkin väärä. Sithän mä teen väärään arvion"

De flesta av deltagarna ansåg att det skulle vara bäst att lära sig arbeta bort irritation, för den märks alltid, och påverkar ofta relationer.

De flesta deltagare ansåg att det var svårare att tolka non-verbala signaler i situationer med människor från andra kulturer. Vårdbedömningen är svårare att göra då man inte vet vad signalerna betyder. Då blir man försiktig och neutral och det kan uppfattas av patienten som att man inte bryr sig.

”Jag vet inte om det är ok att titta patienten i ögonen, eller varför en patient, som inte verkar vara särskilt sjuk, ropar högt. Då blir jag jättförsiktig och neutral och jag vet inte hur det uppfattas av patienten. Kanske han tror att jag inte bryr mig”

Diskussion

Resultatet från intervjun visar, enligt min tolkning, att sjukskötarna i vårdbedömningen på akuten är medvetna om att de kommunicerar non-verbalt och tolkar också non-verbala signaler från patienten, men de tänker inte automatiskt på hur de visar sin egna kommunikation, och hur den påverkar mötet med patienten.

6.3 Resultatdiskussion

Resultaten från detta arbete har författaren tolkat enligt följande. För det första, sjukskötarna ansåg sig behöva större kunskap om nonverbal kommunikation för att bättre kunna använda sig av den. För det andra, sjukskötarna använder sig av en neutral attityd och ett neutralt kroppsspråk vid besvärliga situationer. För det tredje, kroppsspråket är svårare att tolka om patienten kommer från en annan kultur. För det fjärde, humor och leende uppfattas som en positiv signal i mötet med patienten. Även matchning av patienten uppfattades positivt. För det femte, trötthet har en negativ inverkan på mötet med patienten.

Sjukskötarna önskade större kunskap om nonverbal kommunikation. Det verkar som om man utan djupare kunskap om ämnet använder sig sporadiskt av kroppsspråket. Få av deltagarna hade funderat över om de sände omedvetna signaler i patientkontakter. Detta resultat överensstämmer med Ishikava (2010), som kom fram till i sitt arbete, att för att medvetet kunna själv använda sig av nonverbal kommunikation och för att kunna tolka nonverbala signaler hos andra, behövs undervisning i ämnet.

Deltagarna pratade om att de ofta intar en neutral attityd om relationen till patienten känns besvärlig. Är det eventuellt så att den besvärliga situationen uppstått på grund av omedveten kroppslig kommunikation? Av de källor jag använt mig av i bakgrunden, framkommer att vi både sänder och mottar non-verbala signaler på ett medvetet och ett omedvetet plan. Om man då synar detta mot Holopainens (2016) tankar om mötet mellan vårdare och patient, där hon anser att vårdaren bär ansvaret för mötet på grund av sitt kall, borde vårdaren ta det medvetna kroppsspråket i beaktande, hos både sig själv och patienten. Gällande den omedvetna kommunikationen är min tolkning att, med hjälp av kunskap om att ett omedvetet kommunicerande med kroppen kan påverka relationer, möten, så kan sjukskötaren, i de flesta fall, medvetet styra relationen till patienten mot det bättre. Det finns säkert andra orsaker också till att relationer känns besvärliga, men om vi delvis kunde förbättra relationen till patienten med hjälp av mera kunskap om kommunikation överhuvudtaget, och speciellt om den non-verbala kommunikationen, skulle det säkert vara värt att ta in ämnet i läroplanen.

Ett fynd i arbetet var deltagarnas uppfattning att det är svårt att tolka kroppsspråket hos en patient, som kommer från annan kultur. Man var också införstådd med att det kroppsspråk man själv visade upp kunde misstolkas av patienten. I Levines och Ambadys undersökning (2013), konstaterade de att läkarna inte var lika skickliga på att läsa kroppsspråket hos patienter, som tillhörde en annan ras.

Humor uppfattades oftast, som nånting positivt att använda sig av i mötet med patienten. Likaså beskrevs leendet, som ett medel till att skapa god kontakt till patienten. Kvåle (2016) lyfter fram leendet och humorn, som viktiga beståndsdelar för ett lyckat möte. Ett sätt att bekräfta patientens närvaro, som framkom i mitt arbete, är att matcha patienten. Med matchning menade man att man använder sig av ett likadant kroppsspråk som patienten. I forskningarna, jag granskat, har det inte klart framkommit någonting liknande.

Deltagarna påpekade under intervjun att det är svårt att beakta patientens behov då man själv är trött efter till exempel ett långt pass i vårdbedömningen. Holopainen (2016) pratar om närvaro och tillgänglighet som förutsättningar för att ett vårdande möte skall ske. Buber (1954) anser att utan ett äkta erbjudande om att dela varandras tillvaro, kan man inte få tillstånd ett sant möte mellan två personer. Min tolkning är att

ett vårdande möte inte kan ske då sjukskötaren är trött. Detta i sin tur betyder att arbetspassets längd i vårdbedömningen, speciellt om passet är arbetsfyllt, eventuellt borde förkortas.

Mitt examensarbete visar att det behövs mera kunskap om non-verbal kommunikation inom vårdrket, för att man bättre skall kunna använda sig av den i patientrelationer. Det är speciellt den omedvetna, icke verbala kommunikation, man borde bli varse om. En av deltagarna sa efter intervjumötet, att det skulle vara roligt att kunna se sig själv och sitt eget non-verbala språk. Detta gav mig tanken att i en eventuell fortsatt studie, kunde man observera sjukskötare i vårdbedömningen. Genom att filma sjukskötaren under ett arbetsskift kunde man ta reda på mera om både den medvetna och den omedvetna non-verbala kommunikationen.

6.4 Metoddiskussion

Diskussion gällande styrkor och svagheter i examensarbete är viktigt i metoddiskussionen. Kritisk granskning av hur datainsamling och analys gjorts, samt vilken inverkan det kan ha haft på processen, att författaren, som gjort arbetet är novis. Även tidsaspekten bör granskas. Har tiden varit tillräckligt lång att få tag på vetenskapligt material till arbetet? (Henricson, 2012, 472 - 473)

Att skaffa material till bakgrunden var både lätt och jobbigt. Det fanns otroligt mycket material om non-verbal kommunikation, men betydligt mindre material om non-verbal kommunikation inom vården. De flesta forskningar jag hittade gällde barn och hur skötarens kroppsspråk påverkade barnet. Eftersom majoriteten av patienter, som anmäler sig i vårdbedömningen själv, är vuxna, exkluderade jag forskning gällande barn. Det fanns också mycket forskning gjort på beröring som kommunikation. I vårdbedömningen på det sjukhus där jag gjorde mina intervjuer, berör man patienten väldigt lite. Också mitt eget intresse gällde främst andra non-verbala kommunikationssätt än beröring. Det material jag använt mig av i arbetet har jag hittat via olika databaser, eller genom att läsa innehållsförteckningar på arbeten med systematisk litteraturoversikt. En del av de forskningar jag velat ha tag på, var inte tillgängliga. Somliga var rätt dyra att skaffa. Några satte jag förfrågan på, men fick inget svar. Några fick jag tag på med

hjälp av bibliotekarien på sjukhuset, som sedan i alla fall visade sig falla utanför det ämnesområdet jag valt. Man kan alltså säga att både tiden, ekonomin och det faktum att arbetet var det första i sitt slag för mig, antagligen påverkade mitt arbete. När det gäller överförbarheten av resultatet på andra kontext, antar jag att det vore fullt möjligt, eftersom den non-verbala kommunikationen är närvarande i all kommunikation. Situationens särdrag, i mitt arbete, är att det är påverkat av patientens oro inför det plötsliga behovet av att få hjälp.

I en kvalitativ intervju skall resultatet också granskas ur trovärdighets, pålitlighets samt överförbarhets synvinkel. Kan resultatet överföras på andra områden än det område, där arbetet gjordes? Är resultatet trovärdigt. Har det fenomen man ämnat studera verkligen blivit studerat? Har de uppsatta frågorna fått svar? Är resultatet pålitligt? Om en forskning är gjord i en kultur, kan man dra samma slutsatser i en helt annan kultur? (Henricson, 2012, 473 - 475)

Grupperna var representativa för vår arbetsplats; det fanns både svensk- och finskspråkiga, både kvinnor och män. Gruppens deltagare hade erfarenhet av vårdbedömning från ca 2 år till över 20 år, så också erfarenhetsmässigt var gruppen representativ. Intervjuerna fick snabbt en karaktär av gruppdiskussion, vilket försvårade transkriberingen av intervjuerna senare. Diskussionen flöt på bra och en deltagare kunde påbörja en mening och en annan avslutade den. De visade sig att det faktum att jag kände deltagarna och också kände igen deras röst i inspelningen gjorde transkriberingen lite lättare.

Jag uppfattade mig själv som en diskussionsledare. Eftersom deltagarna kände varandra väl kunde diskussionen ibland gå utanför de områden jag önskade att vi kunde hålla oss till. I dessa fall ställde jag utgångsfrågan på nytt, och väldigt snabbt återfick deltagarna fokus på de relevanta sakerna. I intervjuerna var det enkelt att få svar på beskrivandet av non-verbala signaler samt på frågan att ge signalerna en betydelse. Betydligt svårare var det att diskutera kring eventuella omedvetna signaler, och om vilka faktorer som kunde ha påverkat ett gott och ett mindre lyckosamt möte med patienten. Det var också här, som jag i efterskott upplevde att jag borde ha förberett mig bättre. När jag testade mina frågor på två personer, hade båda försökspersonerna flera exempel på liknade möten och även tolkningar på varför

möten upplevs positiva eller negativa. Efteråt insåg jag att mina försökspersoner inte var representativa eftersom båda hade djupa kunskaper i kommunikation.

När intervjuerna, som bandades, var gjorda, lyssnade jag igenom dem många gånger innan jag påbörjade transkriberingen. Som jag redan tidigare nämnde flöt diskussionen på bra och trots att de båda intervjuerna tillsammans endast var 60 minuter långa, blev materialet digert.

Kategoriseringen och tematiseringen gjorde jag i tre olika tabeller. I första tabellen skrev jag in de signaler deltagarna kände igen, och delade in dem enligt vilken del av kroppen de härstammar ifrån. I tabell två har jag skrivit in den tolkning deltagarna har gett signalerna i tabell ett. I tabell tre har jag kategoriserat de känslor deltagarna sa sig känna igen med den signal de uppfattat hos patienten. I resultatredovisningen valde jag, efter diskussion med min handledare, att sammanställa tabell ett och två under fyra rubriker: "kroppshållning och rörelse", "ansiktet och ögonen", "auditiva signaler" samt "att känna igen känslor genom att tolka signaler". Under den femte rubriken har jag samlat material, som berättar hur sjuksköterna använder sig av signaler och hur det kan påverka mötet, positivt eller negativt. Materialet gällande den omedvetna non-verbala kommunikationen blev mindre än jag önskat och har i arbetet presenterats under de rubriker varifrån de omedvetna signalerna härstammar.

Den non-verbala kommunikationen intresserade helt klart deltagarna. Diskussionerna fortsatte ännu efter intervjuerna. Under intervjuerna fick jag den känslan att alla tyckte det var viktigt att förstå den non-verbala kommunikationen samt att kunna använda sig av den i syfte att få en bättre relation till patienten.

De forskningar jag hittade i sökningarna härstammar till stor del från platser där man pratar väldigt mycket med kroppen, tex Brasilien, eller väldigt lite, som i Kina och Japan. Kan detta bero på att man på dessa platser funderat mera över kroppsspråkets betydelse än i länder där kroppsspråket, som används, är mera neutralt? Det betyder i alla fall att jag i detta arbete, inte haft möjlighet att jämföra mina resultat med resultat från undersökningar gjorda i omgivning likt vår.

7.3 Konklusion

Den första frågan i frågeställningen i mitt arbete var: "Vilken kunskap har sjukskötare i vårdbedömningen om non-verbal kommunikation?" På den frågan har jag, enligt min tolkning, fått ett bra svar. Sköterskorna visste en hel del om kroppsspråket och den non-verbala kommunikationen. De ansåg sig kunna, åtminstone sporadiskt, läsa patientens kroppsspråk och också själv använda sig medvetet av non-verbal kommunikation i relation till patienten. På den andra fråga i mitt arbete: "Vilken betydelse har den non-verbala kommunikationen, enligt sjukskötaren, i det första mötet med patienten", är min tolkning att jag delvis fått svar. Sjukskötarna visste att den non-verbala kommunikationen påverkar mötet, men jag lyckades inte få fram om detta första korta möte var annorlunda än andra möten.

De krav Holopainen (2016), Buber (1954) och Travelbee (1994) ställer på ett vårdande, äkta möte mellan sjukskötare och patient, lyfter fram kroppsspråkets betydelse. För att få tillstånd ett äkta möte behöver båda parter förstå och kunna tolka varandras språk, både det verbala och det non-verbala. Båda parterna borde vara närvarande i stunden och kunna lyssna in den andres signaler. Enligt Holopainen har sjukskötaren det större ansvaret i detta möte. Man borde alltså sätta större vikt vid kommunikationskunskap inom utbildningen.

Det skulle också vara intressant att undersöka huruvida den non-verbala kommunikationen är viktigare vid korta möten, som till exempel mötet vid vårdbedömning, än vid längre möten. I detta arbete lyckades jag inte få fram huruvida det finns skillnader i korta och längre möten. Oscarsson Ling (2009) påstår att det första intrycket uppstår inom 20 sekunder och påverkar människan länge. Under 20 sekunder pratar vi inte speciellt mycket, vilket borde betyda att det non-verbala språket får en större betydelse. Men hur är förhållandet mellan det pratade språket och kroppsspråket i längre möten?

En kort sammanfattning av detta arbete är att, sjukskötarna känner till att den non-verbala kommunikationen påverkar mötet med patienten, men använder sig inte medvetet av kroppsspråket för att få en bättre relation till patienten. För att detta skall kunna ske behöver sjukskötarna mera kunskap i ämnet. Kunskap och varseblivning av

sitt eget kroppsspråk, till exempel genom en observationsstudie av sitt agerande, kunde vara vägen mot ett bättre bemötande.

8 Källförteckning

Backlund, B (2006). *"Inte bara ord"* (2 uppl). Lund: Studentlitteratur

Berhin I, Lundgren M, Theodoridis, K (2014) *"Aktiv empati: Sjuksköterskors strategier för att frammana empati i mötet med patienter som av sjuksköterskan upplevs vara svårbemötta"*. *Vård i Norden* 2014 (113 vol 34) s. 28-32.

Buber Martin (1954) översättning av Pehr Sällström(2011) *"Det mellanmännsliga"*. (*"elemente des Zwischenmenschlichen"*). Ludvika: Dualis förlag

Burgon, J, Guerro L, Floyd K (2010). *"Nonverbal communication"*. u.o. Allyn & Bacon cop

Chan, Z (2013) *"A qualitative study on non-verbal sensitivity in nursing students"*. *Journal of Clinical Nursing* 2013 (22) s. 1941-1950

Ekstam,K (2006). *"Konsten att bedöma människor"*. Malmö: Liber

Ezra,E (2010) *"Det goda mötet"*. Nordstedts

Göransson K, Eldh A, Jansson A, (2008) *"Triage på akutmottagning"*. Studentlitteratur 2008

Henricson M (2015). *"Vetenskaplig teori och metod. Från ide till examination inom omvårdnad"*. u.o. Studentlitteratur AB

Hills, L (2012) *"Reading and Using Body Language in Your Medical Practice"*. *Podiatry Management* 2012(february) 83-91

Hirsijärvi S, Hurme H (2011). *" Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö"*. Tallin: Gaudeamus Helsinki University Press

Holopainen, G (2016). *"Mötets kaleidoskop-det vårdande mötets skiftande mönster"*. Vasa: Åbo Akademi, fakulteten för pedagogic och välfärdsstudier, doktorsavhandling

Ishikawa H, Hashimoto H, Kinoshita M, Yano E. (2010) "*Can nonverbal communication skills be taught?*" *Medical Teacher* 2010(32) s. 860-863

Kvale S, Brinkmann S, (2011) "*Den kvalitativa forskningsintervjun*". Lund: Studentlitteratur

Kvåle,K (2016) "*Den omsorgsfulle sykepleier-slik pasienter ser det*". *Vård i Norden* 1/2016 (79 vol. 26) s. 15-19

Levine,C & Ambady, N.(2013) "*The role of non-verbal behaviour in racial disparities in healthcare:implications and solutions*". *Medical Education* 2013 (47) s. 867-876

Marriner-Tomey A (1994) "*Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*" (3 uppl) Vammala: Sairaanhoidajien koulutussäätiö

Moss C, Nelson K, Connor M, Wensley C, McKinlay E, Bpoulton A. (2014) "*Patient experience in the emergency department: inconsistencies in the ethic and duty of care*" *Journal of Clinical Nursing* 2014 (24) s.275-288

Nilsson B, Waldemarsson A. (2016) "*Kommunikation-samspel mellan människor*". (4:1 uppl) Lund: Studentlitteratur upplaga

Oscarsson Ling, I (2009). "*Jag har solen i ansiktet, så jag ser inte vad du säger*". Malmö: Hexa förlag

Syväoja Pirjo, Äijälä Outi (2009) "*Hoidon tarpeen arviointi*". Sastamala: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Xu Y, Staples S, Shen J. (2012)" *Nonverbal Communication Behaviors of Internationally Educated Nurses and Patient Care*": *An interational Journal* (Vol.26 No 4) s. 290-308

Finlex 17.8.1992/785 Lag om patientens ställning och rättigheter 2kap.3§

STM 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportti 2010:4. Finlex 782/20

HELA SJUKHUSET, Patientens syn på bemötande

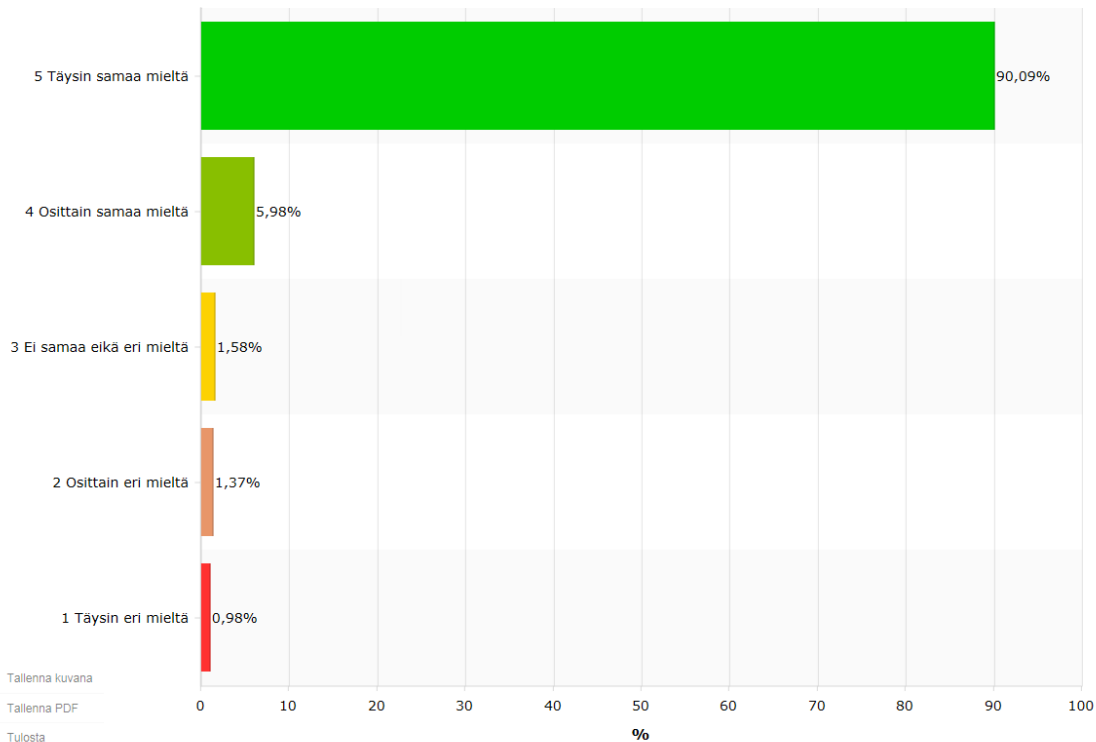
Palautteet ovat ajalta: tammikuu 2016 - marraskuu 2016
JA yksikkö on ..Vaasan keskussairaala

14.11.20



Ikä %

Henkilökunta kohteli minua hyvin.



AKUTEN, specialsjukvård

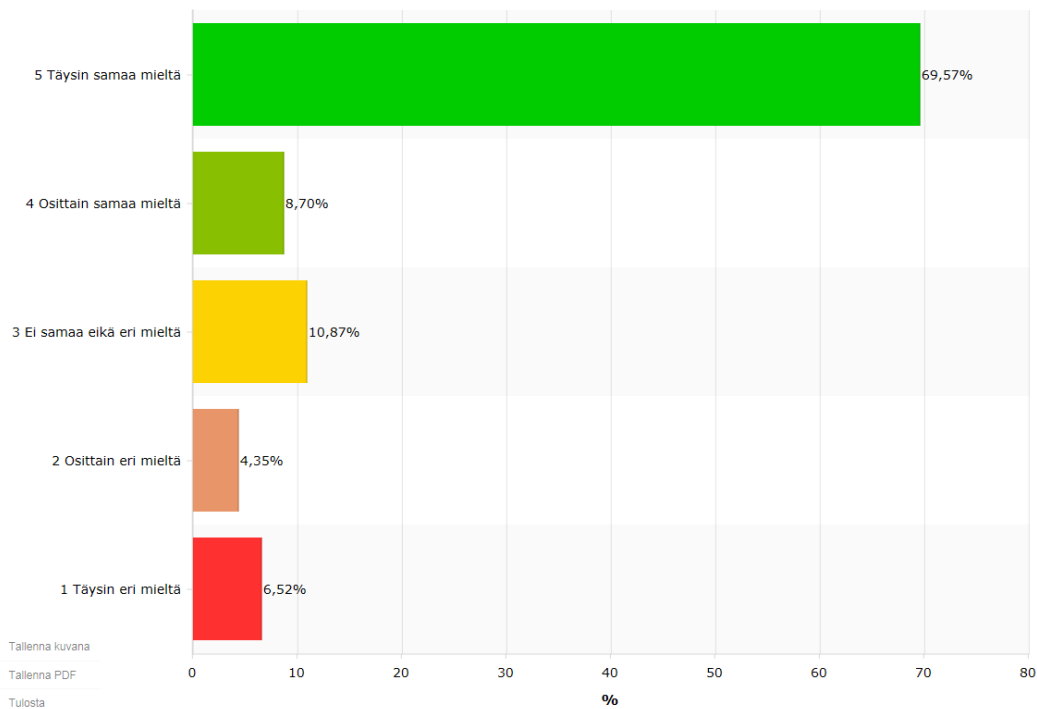
Palautteet ovat ajalta: tammikuu 2016 - marraskuu 2016
JA yksikkö onESH-päivystyspoliklinikka

14.11.2016



Ikä %

Henkilökunta kohteli minua hyvin.



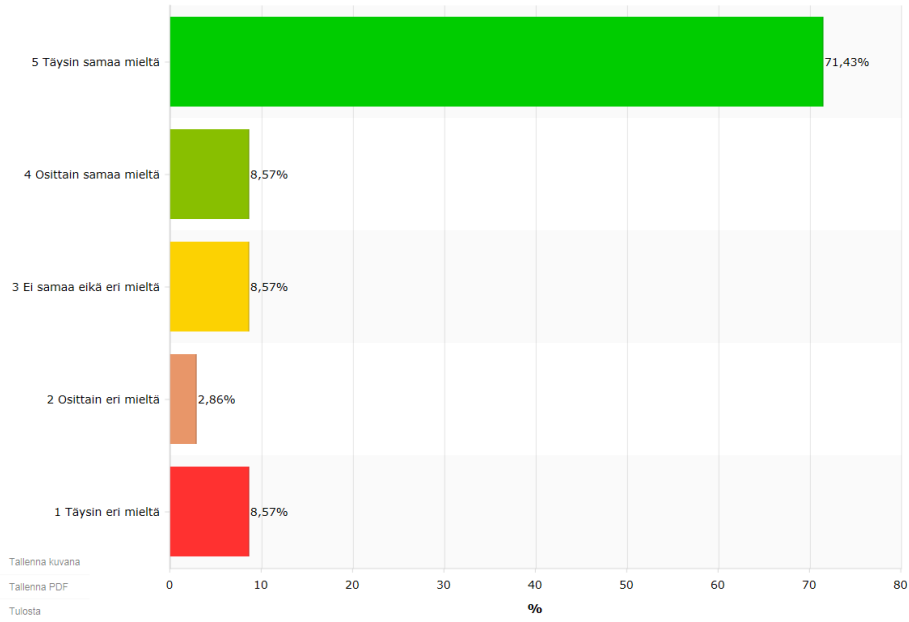
AKUTEN, primärhälsovården

Palautteet ovat ajalta: tammikuu 2016 - marraskuu 2016
JA yksikkö onPTH-päivystyspoliikkina

14.11.2016

 km %

Henkilökunta kohteli minua hyvin.



Bästa deltagare.

Jag är en sjukskötare med lång erfarenhet, som gör en uppdatering av min examen till YH-nivå. Jag gör ett examensarbete där jag önskar undersöka hur medvetna sjukskötare i vårdbedömningen på akuten är om hur nonverbal kommunikation kan påverka relationen till patienten.

I examensarbetet avser jag med nonverbal kommunikation bl.a kroppshållning, ansiktsuttryck (leende, höjandet av ögonbryn), beröring eller hur man använder rösten. I litteraturen används ibland termen kroppsspråk istället för nonverbal kommunikation.

Att delta i intervjuutillfället är frivilligt och deltagaren är fri att avbryta sitt deltagande om hen så önskar.

All insamlad data omhändertas, uppbevaras och förstörs enligt rådande etiska principer, och datan analyseras och presenteras konfidentiellt.

Om du har frågor kan du när som helst kontakta mig:

Ann-Katrin Brandtberg

AnnkatrinBrandtb@edu.novia.fi

tel: +358503434648 (dagtid 06-2134310)

Intervjufrågor:

- Vad tänker du på då du hör ordet nonverbal kommunikation/kroppsspråk?
- Kan du ge exempel på hur du själv
 - a. upplever nonverbal kommunikation/kroppsspråk
 - b. använder nonverbal kommunikation/kroppsspråk
- Har du i vårdbedömningen på akuten upplevt att du:
 - a. Fått en otroligt god kontakt med en patient?
 - b. Fått en patientkontakt, som genast verkade gå fel?
- Vilka saker kan, enligt din åsikt, ha påverkat vilken kontakt du fått till patienten?

Hyvä haastatteluun osallistuja

Olen pitkän kokemuksen omaava sairaanhoitaja. Olen päivittämässä sairaanhoitajan tutkintoa amk-tasolle. Lopputyössäni selvitän, miten tietoisia sairaanhoitajat ovat päivystyksen hoidon tarpeen arvioinnissa, nonverbaalisen kommunikaation vaikutuksesta potilasasuhteeseen. Työssäni nonverbaalinen kommunikaatio tarkoittaa mm. kehonhallintaa, kasvojen ilmeitä (hymy, kulmakarvojen nosto), kosketusta tai äänen käyttöä.

Kirjallisuudessa käytetään joskus termiä kehonkieli nonverbaalisen kommunikaation sijaan.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastateltava voi keskeyttää osallistumisensa, jos hän niin haluaa.

Kerätty tieto otetaan talteen, säilytetään ja hävitetään eettisten periaatteiden mukaisesti. Tieto analysoidaan ja esitetään luottamuksellisesti.

Jos sinulla on kysyttävää, voit koska tahansa ottaa minuun yhteyttä.

Ann-Katrin Brandtberg

AnnkatrinBrandtb@edu.novia.fi

tel: +358503434648 (dagtid 06-2134310)

Haastattelu kysymyksiä

- 1. Mitä sinulle tulee mieleen sanasta nonverbaalinen kommunikaatio/kehonkieli?
- Kerro miten sinuun vaikuttaa kun huomaat toisessa ihmisessä kehonkielen käyttö
- Miten itse käytät kehonkieltä?

- Kun teet hoidon tarpeen arviointia oletko joskus kokenut
 - saaneesi hyvän yhteyden potilaaseen
 - yhteyden potilaaseen heti menevän pieleen
- Mitkä asiat mielestäsi ovat vaikuttaneet saamasi yhteyteen potilaaseen