

# Bemötande av högkänsliga inom vården

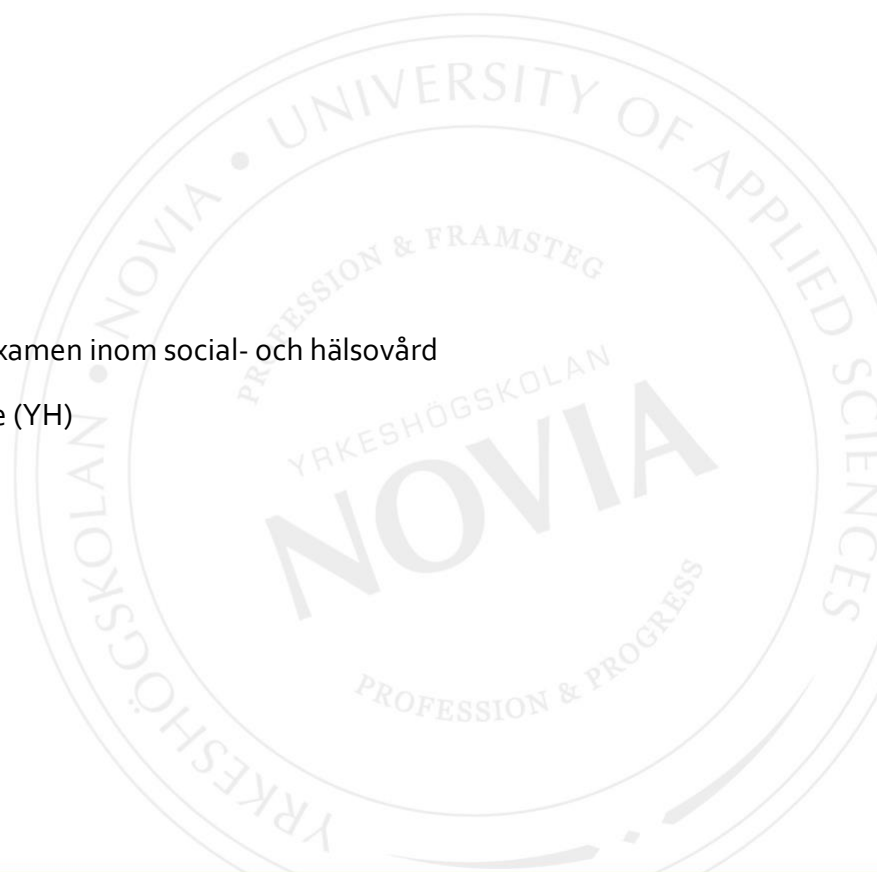
## En kvalitativ studie bland vuxna

Heidi Grönqvist  
Britt-Marie Hänninen  
Heidi Kinnunen  
Mikaela Malmström

Examensarbete för YH- examen inom social- och hälsovård

Utbildningen: Sjukskötare (YH)

Åbo 2020



## EXAMENSARBETE

Författare: Heidi Grönqvist, Britt-Marie Hänninen, Heidi Kinnunen & Mikaela Malmström

Utbildning och ort: Sjukskötare (YH), Åbo

Handledare: Josephine Åberg

Titel: Bemötande av högkänsliga inom vården – En kvalitativ studie bland vuxna

---

Datum 27.4.2020

Sidantal 39

Bilagor 3

---

### Abstrakt

Högkänslighet uppkommer hos cirka en av fem personer i världen. Det är ett personlighetsdrag som innebär att man har ett nervsystem som är extra mottagligt för inre och yttre stimulans. Högkänsliga personer observerar och reflekterar allt i omgivningen innan de agerar samt upplever känslorna väldigt starkt.

Syftet med arbetet är att undersöka hur högkänsliga personer har blivit bemötta inom vården. De centrala frågeställningarna är; Vilket bemötande har högkänsliga personer fått inom vården? Hurdant är ett gott bemötande? samt Hur har vårdpersonalen beaktat personlighetsdraget under vårdsituationen? För att besvara forskningsfrågorna användes en webbenkät med öppna frågor. Enkäten besvarades av personer som var myndiga, upplevde sig vara högkänsliga och hade haft en längre vårdkontakt inom de senaste fem åren. Enkätsvaren analyserades med hjälp av innehållsanalysen.

Resultatet i undersökningen är indelat i olika kategorier. Resultatet visar att de flesta upplevde att de har blivit bemötta väl inom vården. Trots allt framkom det varierande åsikter om hur vårdaren har lyssnat på patienten och bemött denna som individ. Faktorer som respondenterna tog upp i frågan om gott bemötande var att man lyssnade på dem, tog dem på allvar, vårdaren var empatisk, förståelsefull och intresserad. Faktorer som däremot orsakade varierande och dåligt bemötande handlade om att de upplevde att man inte lyssnade på dem, man tog dem inte på allvar, vårdpersonalen var likgiltig, samt att förståelsen och intresset saknades. Respondenterna indikerade att det är svårt att lyfta fram sitt personlighetsdrag i vårdsituationerna. Därmed kunde ämnet undersökas vidare för att utreda vad som orsakar att en högkänslig inte vill berätta om sitt personlighetsdrag.

---

Språk: Svenska  
kommunikation

Nyckelord: högkänslighet, bemötande, vårdrelation,

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Heidi Grönqvist, Britt-Marie Hänninen, Heidi Kinnunen ja Mikaela Malmström

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja (AMK), Turku

Ohjaaja: Josephine Åberg

Nimike: Erityisherkkä kohtaaminen hoitotyössä – Laadullinen tutkimus, kohderyhmänä aikuiset/ Bemötande av högkänsliga inom vården – En kvalitativ studie bland vuxna

---

Päivämäärä 27.4.2020

Sivumäärä 39

Liitteet 3

---

### Tiivistelmä

Erityisherkkyyttä esiintyy noin yhdellä viidestä ihmisestä maailmassa. Se on persoonallisuuspiirre, jossa keskushermosto reagoi herkästi ympäristön ärsykkeisiin. Erityisherkkä ihminen havainnoi ja käsittelee kaiken ympäröivän ennen kuin hän toimii tilanteissa, sekä kokee erilaiset tunteet erittäin voimakkaasti.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, kuinka erityisherkkiä ihmisiä on kohdattu hoitotyössä. Keskeisinä tutkimuskysymyksinä toimivat: Millaista kohtaamista erityisherkkät ihmiset ovat saaneet hoitotyössä? Millaista on hyvä kohtaaminen? Miten hoitohenkilökunta on ottanut huomioon erityisherkkyyden hoitotilanteissa? Tiedonkeruumenetelmänä tutkimustyössä on käytetty sähköistä kyselylomaketta avoimilla kysymyksillä. Lomakkeeseen vastanneet ovat täysi-ikäisiä ja itsensä erityisherkkäiksi kokevia henkilöitä, joilla on ollut pidempi hoitosuhde viimeisen viiden vuoden aikana. Kyselylomakkeen vastausten analysointi tehtiin sisältöanalyysimenetelmän avulla.

Tutkimuksen tulokset on jaettu kategorioihin ja alakategorioihin. Tutkimuksen tulokset osoittavat useimpien vastanneiden kokeneen, että heidät on kohdattu hyvin hoitotyössä. Eriäviä mielipiteitä kuitenkin nousi esille siitä, miten hoitaja on kuunnellut potilasta ja onko hänet kohdattu yksilöllisesti. Vastaajat nostivat esille esimerkkejä hyvästä kohtaamisesta. He kokivat, että heitä kuunneltiin ja heidät otettiin tosissaan. Vastanneiden mukaan heitä hoitaneet henkilöt ilmaisivat empaattisuutta, ymmärtävyyttä ja kiinnostusta vastanneita kohtaan. Jotkut kyselyyn vastanneet kokivat kuitenkin vaihtelevaa ja huonoa kohtaamista, johon johtaneet tekijät olivat muun muassa, ettei vastaajia kuunneltu tai heitä ei otettu tosissaan. Vastaajat kokivat myös välinpitämättömyyttä ja ymmärryksen sekä kiinnostuksen puutetta. Kyselyyn vastanneet toivat ilmi, että he kokevat hankalaksi tuoda esille omia persoonallisuuspiirteitään hoitotilanteissa. Olisikin syytä tutkia, mihin perustuu joidenkin erityisherkkien tunne siitä, etteivät he halua tuoda julki näitä persoonallisuuspiirteitä.

---

Kieli: ruotsi  
kommunikaatio

Avainsanat: erityisherkkä, kohtaaminen, hoitosuhde,

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Heidi Grönqvist, Britt-Marie Hänninen, Heidi Kinnunen and Mikaela Malmström

Degree Program: Degree Programme in Nursing, Turku

Supervisor: Josephine Åberg

Title: Encountering Highly Sensitive Persons in Health Care – A Qualitative Study among Adults/ (Bemötande av högkänsliga inom vården – En kvalitativ studie bland vuxna)

---

Date 27.4.2020

Number of pages 39

Appendices 3

---

### Abstract

High sensitivity occurs in about one in five people in the world. High sensitivity is a personality trait in which the central nervous system responds sensitively to environmental stimuli, internal and external. A highly sensitive person perceives and processes everything around them before acting in situations. They also experience different emotions more strongly than average.

The purpose of this Bachelor's thesis is to study how highly sensitive people have been encountered in different situations by medical staff during their period of treatment. The following are the key research questions; What kind of encounters have highly sensitive people had in treatment? What is a good encounter like? How have medical staff taken high sensitivity into consideration during the treatment situations? A web survey questionnaire with open questions is used as a data collection method in the research work. Respondents are adults and individuals who consider themselves highly sensitive. They have had a longer treatment period over the past five years. Content analysis was used to analyse the answers from the web survey.

The results of the study are divided into categories and subcategories. The results show that most of the encounters have been pleasant. However, differing views emerged on how the caregiver has listened to the patient and whether he or she has been confronted individually. Respondents raised points about a good encounter. They felt that they were listened to and taken seriously. According to the respondents, the people who cared for them expressed empathy, understanding, and interest in the respondents. Some, however experienced a varied and poor encounter, the factors leading to which were, among other things, that they were not listened to or were not taken seriously. Respondents also experienced indifference and lack of understanding, as well as lack of interest. Answers in the survey indicated that the respondents find it difficult to bring out their own personality traits when talking to those who care for them. It would therefore be worth exploring the basis of the feeling why some highly sensitive people do not want to reveal these personality traits while in care.

---

Language: Swedish

Key words: communication, encounters, patient-nurse relations, highly sensitive person

---

# Innehållsförteckning

1	Inledning .....	1
1.1	Syfte och frågeställningar .....	1
1.2	Målsättning och avgränsning .....	2
2	Bakgrund .....	2
2.1	Högekänslighet .....	4
2.1.1	DOES-modellen.....	5
2.1.2	Hjärnaktivitet hos högkänsliga .....	7
2.1.3	Att växa upp som högkänslig .....	8
2.2	Högekänsliga personers vårdssituationer .....	10
2.3	Bemötande .....	12
2.3.1	Det ideala bemötandet .....	14
2.3.2	Dåligt bemötande.....	16
3	Metodbeskrivning .....	18
3.1	Urvalsmetod.....	19
3.2	Datainsamlingsmetod .....	20
3.3	Kvalitativ innehållsanalys.....	21
3.4	Forskningsetik .....	22
3.5	Trovärdighet .....	23
4	Resultatredovisning .....	25
4.1	Bemötandes innehåll.....	26
4.2	Hänsyn till högkänslighet .....	29
5	Kritisk granskning .....	33
6	Diskussion .....	34
7	Avslutning .....	39
	Källförteckning .....	40

## Bilagor

- Bilaga 1: Sökhistorik
- Bilaga 2: Webbenkäten på svenska och finska
- Bilaga 3: Enheter, koder och kategorier för resultatet

# 1 Inledning

*Människor är som vi är för att vi har förmågan att tänka, förmågan att känna, och förmågan att agera. Våra känslor hedrar oss.* - Karina Zegers

En del människor föds med en högre känslighet för omgivningens olika signaler. Det kallas för högekänslighet och har sitt ursprung i Elaine N. Arons begrepp *Highly Sensitive Person* (HSP). Högekänslighet är ett personlighetsdrag som berör ungefär en av fem personer i världen. Naturlig känslighet är ofta både en rikedom och en belastning. I högekänslighet finns en benägenhet för belastning, men även för flera talanger och förmågor. (Satri, 2019, s. 19.)

Högekänsliga personer har ofta god analytisk förmåga, fäster stor uppmärksamhet vid detaljer och behöver tid att tänka över sina svar (Aron E. , 2014, s. 30). Aspekterna är viktiga att känna till för att kunna bemöta högekänsliga på rätt sätt inom vården. Ett jämlikt bemötande och en möjlighet att medverka i vårdbeslutet är något som idag börjar bli mer vanligt. Patienten är expert på sig själva och ska medverka i vårddiskussionerna, medan vårdarna lägger till sin expertis inom sin yrkesroll. (Hedman, 2015, s. 14.)

Examensarbetsprojektet *Högekänslighet – en utmaning inom vård och omsorg?* utfördes i samarbete med föreningen *Högekänsliga i Finland rf*. Syftet med projektet var att öka kunskapen om och förståelsen för högekänslighet inom social- och hälsovårdsområdet.

## 1.1 Syfte och frågeställningar

Det är viktigt som framtida professionella sjukskötare inom vården att vara medveten och ha förståelse om egenskaperna de högekänsliga patienterna kan ha. Det finns begränsad mängd forskning om högekänslighet i vårdsituationer, speciellt när det gäller bemötandet. Vårdpersonalen ska kunna bemöta och vårda patienten enligt individuella behov. Med vårdpersonal syftar projektgruppen främst på sjukskötare, hälsovårdare, närvårdare och läkare.

Eftersom det är svårt att upptäcka om en person är högekänslig skulle det vara bra att vårdpersonalen känner till och vet vad personlighetsdraget innebär. Då skulle det bli lättare att till och med känna igen draget hos patienterna, för att sedan kunna beakta och bemöta patienten på rätt sätt. Dessa olika faktorer valdes för att undersöka vidare kring ämnet *högekänslig inom vården*, för att öka kunskapen samt förståelsen för att i framtiden kunna

beakta dessa personer bättre. Syftet med studien är att undersöka *hur personer med högekänslighet har blivit bemötta inom vården*.

De centrala frågeställningarna är;

- Vilket bemötande har högekänsliga personer fått inom vården?
- Hurdant är ett gott bemötande?
- Hur har vårdpersonalen beaktat personlighetsdraget under vårdsituationen?

## 1.2 Målsättning och avgränsning

Målsättningen med detta examensarbete är att undersöka hur över 18-åriga högekänsliga personer har blivit bemötta inom vården under de senaste fem åren. Valet av detta område och avgränsningarna gjordes för att undersökningen skulle leda till kunskap som är till nytta för samhället, för professionella inom vårdbranschen samt till den som själv är högekänslig. Avgränsningen baserar sig på att personer över 18 år betraktas som vuxna i vetenskapliga studier. Barn blir oftast automatiskt behandlade mer pedagogiskt, på ett positivare sätt. Myndiga personer påverkas oftast inte av föräldrarnas åsikter eftersom de självständigt besöker vården. Genom att involvera vuxna i studien blev resultatet mer tillförlitligt, eftersom de är den största patientgruppen som besöker vården. Vuxna har även förmåga att uttrycka sig mer omfattande och därför var det möjligt att få djupare analyser i resultatet. En vårdkontakt som har skett under det senaste fem åren är färskare i minnet och har inte en stor tendens att ändras eller förvrängas med tiden (Strandberg, 2017).

## 2 Bakgrund

I detta kapitel redogörs det för högekänslighet och bemötande, som är de två centrala ämnena i studien. För att syftet ska besvaras och för att man ska kunna känna igen och förstå personlighetsdraget *högekänslig*, måste det utförligt förklaras vad draget betyder, hur det är att växa upp som högekänslig eller hurdana vårdsituationer en högekänslig kan hamna i. Genom utförliga fakta om högekänslighet, lär man sig att även förstå och tänka ur den högekänsliga patientens synvinkel.

För att informationen och materialet i studien ska vara heltäckande användes både böcker, vetenskapliga artiklar och forskningar som stöder syftet och frågeställningarna. Vetenskapliga artiklar och forskningar har hämtats från olika databaser (Bilaga 1), som är

Cinahl EBSCO, NCBI, APA PsycInfo, PsycArticles samt Academic Search Complete. Därtill har man använt snöbollsmetoden (Kristensson, 2014, s. 130). Projektgruppen har använt snöbollsmetoden då man sökt vidare från en forskning till en annan för att hitta passande artiklar.

Med hjälp av kritiskt granskande och olika sökord har irrelevanta artiklar skalats bort. För att få fram de relevanta artiklarna och den relevanta litteraturen var man tvungen att ta med även äldre sökningar från år 2003 och framåt. Vid sökningen om högkänslighet användes orden *highly/high sensitive, sensory processing* samt *highly sensitive person*. Många av träffarna handlade om familjer och skolor, därmed ansågs de inte vara relevanta för studien.

Litteratur om bemötandet hittades bäst på svenska, eftersom ordet bemötande inte ordagrant går att översätta eller definieras korrekt på något annat språk. Fossum (2013, ss. 34-35) tar fram samma problem, han beskriver att det inte finns något passande ord på engelska. De närmaste begreppen är *treatment, empathy, nurse-patient communication* eller *meeting*, men inget av dem betyder bemötande. Skribenterna har under studiens gång stött på samma problem, det var svårt att översätta begreppet bemötande. Skribenterna lade till sökord som *nurse-patient communication, treatment, communication skills* och *nurse-patient relationship*.

Artiklar om bemötandet handlade mest om palliativ vård, hemvård eller onkologi, vilket gjorde valen av artiklarna utmanande. Andra artiklar om högkänslighet handlade mest om kliniska sjukdomar, till exempel diabetes. De vetenskapliga artiklarna som valdes till studien handlade om hjärnaktiviteten hos de högkänsliga, hur patienter upplevt bemötande i vården samt om dåligt bemötande som uppstår på grund av personalens tidsbrist. Underbemanning nämndes också, som drabbar kommunikationen mellan patienten och vårdaren. De artiklar och böcker som togs med, handlade om hur vårdaren lyssnar på patienten, bra eller dåligt bemötande, allmänt om högkänslighet och hur de blivit bemötta av vårdpersonal. Artiklar som föll bort handlade om överkänslighet, svårigheter inom familjer, moderskap, barn eller kreativa personer. Det skulle ha varit önskvärt att hitta artiklar som både handlade om bemötande och högkänslighet. Eftersom man inte lyckades hitta sådana artiklar, måste de väljas kritiskt enligt sambandet med syfte och frågeställningarna samt vara vetenskapligt förankrade.

## 2.1 Högekänslighet

Högekänslighet är ett begrepp som har forskats i sedan 1990-talet. Elaine Aron är en forskare inom högekänslighet och hennes forskningar används upprepande gånger i studien. Aron är född 1944 och är en psykolog och författare, som har studerat högekänslighet sedan 1991. (Aron E. , 2014, s. 36.) Hennes bok *Den högekänsliga människan* (2013a), är en av orsakerna att man runt omkring i världen har börjat få kunskap om högekänslighet. Den första upplagan av boken kom ut år 1996, vilket gör att forskningen är ganska ung. Aron har skrivit flera böcker om samma tema och forskar olika ämnen inom högekänslighet. Bland de böcker hon skrivit finns *Det högekänsliga barnet; att växa och må bra i en överväldigande värld* och *Den högekänsliga människan och kärleken: låt kärleken bli din vän i en överväldigande värld*. Arons böcker har översatts till många olika språk. (Aron, Elaine N., 2013a, ss. 9-10.) För att förstå teorin bakom högekänslighet har projektgruppen utgått från Elaine Arons litteratur om högekänslighet. Hon myntade själva begreppet och kunde isolera personlighetsdraget med hjälp av olika tester man enkelt kunde fylla i.

Innan Aron upptäckte begreppet högekänslighet, har känslighet i sig forskats av filosofie doktor Sylvi-Sanni Manninen sedan 1950-talet. Hon forskade kring känslighetsskillnader bland olika personer. Personerna delades in i två kategorier; *colour-reactor* och *form-reactor*, vilka betyder färg-personer och icke-känsliga personer. Kategorierna baserade sig på Manninens färg/form-observationstest, det vill säga en personlighetstest baserat på observationer. En av hennes böcker är *Outolintu, erilainen* som publicerades i Finland först år 1999, eftersom Manninen upplevde att Finland inte var mottaglig för hennes forskning kring känslighet, trots att hon skrev den redan på 1960-talet. (Satri, 2019, ss. 32-33.)

Manninen dog plötsligt år 2009. Janna Satri och Päivilän sanktuarin säätiö fortsatte hennes livsverk med forskning kring högekänslighet (Suomen erityisherät ry, 2020). Satri har publicerat sina första böcker *Sisäinen lepatus - herkän ihmisen tietokirja* och *Herkkyys ja kiusaaminen* år 2014–2015. På basen av sitt eget intresse har hon blivit insatt i förståelsen av högekänslighet. År 2019 publicerades boken *Herkkyys voimavaraksi*, som bland annat berättar om Elaine Aron och Sylvi-Sanni Manninens forskningar kring högekänslighet och känslighet.

Egenskapen högekänslighet har diskuterats mycket under de senaste åren (Satri, 2019, s. 11). Det är inte en diagnos, utan ett personlighetsdrag som beskrivs som en egenskap. Högekänslighet anknyts centralt till det autonoma (icke-viljestyrda) nervsystemets sensitiva reagerande. Personer som är högekänsliga har annorlunda nervsystem och hjärna, som

reagerar och fungerar på ett annat sätt än hos andra människor. Det betyder att de i genomsnitt är känsligare och reagerar på någon särskild information eller någon känsla som andra inte reagerar på. (Suomen erityisherät ry, 2020.) Även Satri (2019, s. 19) säger att högkänslighet kan definieras som emotionell- och sinneskänslighet, samt som nervsystemets höga reaktivitet. Personlighetsdraget hör till personlighetspsykologin; personer med högkänslighet har ett känsligare sensoriskt nätverk som bearbetar stimuli på ett djupgående och reflekterande sätt. Det här möjliggör att personerna tar in mer sensorisk information än icke-högkänsliga. Det handlar om olika stimuli; inre stimulanser (så som känslor), yttre stimuli (ljud, ljus och smak), fysiska förnimmelser (kyla och värme) samt visuella stimulanser. (Aron & Aron, 1997, s. 346; Acevedo, ym., 2014, s. 590.)

Högkänsliga personer upplever att de är väldigt intuitiva och har en stark magkänsla, vilket innebär att de behandlar informationen på en djupare nivå. Olika substanser som aktiverar det centrala nervsystemet, kan orsaka starka reaktioner hos den högkänsliga personen. (Suomen erityisherät ry, 2020.)

Högkänslighet är inte en sjukdom, en nedsättning eller ett funktionshinder, utan en egenskap man är född med. Det finns diagnoser som påminner om personlighetsdraget högkänslighet och har samma drag, till exempel autism, Aspergers syndrom, ADHD och ADD, långvarig eller kronisk depression, bipolär sjukdom, paniksyndrom, rädsla för allmänna platser, rädsla för sociala situationer, allmänt ångestsyndrom och personlighetsstörning. Det som inte bör glömmas bort är att en person kan vara både högkänslig och ha en diagnos som har samma drag. (Suomen erityisherät ry, 2020.) Satri (2019, s. 41) beskriver också att det inte finns någon diagnos för högkänslighet och att man inte kan kombinera det till någon annan diagnos, därtill kan personen med högkänslighet även lida av problem med mentala hälsan. Ångest och depression är en av de vanligaste diagnoserna en högkänslig kan få. Om personen exponeras för långvarig stress, orsakar detta lätt symptom hos högkänsliga. Eftersom Satri utgår ifrån Elaine Arons forskning kan man se ett konkret samband och likheter mellan författarnas information.

### **2.1.1 DOES-modellen**

Modellen DOES är utvecklad av Elaine Aron. Den är skapad för att underlätta för terapeuter att analysera personlighetsdraget och som verktyg för psykologer, föräldrar och vuxna samt för människor överlag för att få bättre förståelse om högkänslighet. I modellen beskrivs det klart vad högkänslighet innebär och hurdana drag den högkänsliga personen kan ha. (Aron,

Elaine N., 2013a, ss. 23-28.) Satri (2019, ss. 24-25) skriver om ”EVÄS-malli” och den baserar sig på Arons DOES-modell och innehåller samma information.

Följande kategorier beskriver DOES, det vill säga det personlighetsdrag som en högekänslig person kan ha.

1. **D**, Djup bearbetning
2. **O**, Överstimulering
3. **E**, emotionell mottaglighet
4. **S**, Förmågan att uppfatta det subtila

**Bokstaven D** står för djup bearbetning av kunskap. Det innebär att en högekänslig person behandlar sina observationer och information på ett djupt och analytiskt sätt. De tänker på olika alternativ, jämför ny information med den gamla eller med olika erfarenheter, samt förenar yttre och inre observation till en helhet. (Aron, Elaine N., 2013a, s. 23; Suomen erityisherät ry, 2020.)

**Bokstaven O** står för överstimulering. Det innebär att en högekänslig person blir stressad av för mycket sinnesintryck och en stor mängd av information. Mångsidiga, intensiva och långvariga händelser kan göra personen svag, vilket kräver vila och återhämtning. Då måste man begränsa stimuli eller avlägsna sig från situationen. (Aron, Elaine N., 2013a, s. 23; Suomen erityisherät ry, 2020.)

**Bokstaven E** står för emotionell mottaglighet. Det innebär att den högekänsliga personens känslor och upplevelser kan vara extra starka. Högekänsliga har förmågan att lätt bli rörda, påverkas och sätta sig i andras situationer, och de har en hög förmåga att känna empati. (Aron, Elaine N., 2013a, s. 23; Suomen erityisherät ry, 2020.)

**Bokstaven S** står för att uppfatta det subtila. Det innebär att den högekänsliga personen har en känslig sinnesförmåga. Personen observerar både sin omgivning gentemot sina inre erfarenheter och gör noggranna observationer på dem. Högekänsliga har inte bättre sinnen än de andra, utan det är frågan om nervsystemets sensitiva reagerande, som betyder att nervsystemet tolkar upplevelsorna starkare än hos icke-högekänsliga personer. (Aron, Elaine N., 2013a, s. 23; Suomen erityisherät ry, 2020.)

För att kunna förstå högkänslighet är DOES en bra riktlinje, men den är inte ofelbar. Alla högkänsliga personer är olika och dessutom kan en icke-högkänslig person ibland lägga mera märke till subtila saker och reflektera över sitt beteende än den högkänsliga personen. Det är viktigt att komma ihåg att högkänslighet inte är ett identiskt personlighetsdrag; alla högkänsliga personer kan inte indelas i ett och samma fack. På grund av att ingen person är den andra lik, kan två högkänsliga personer uppträda olika då de blir överstimulerade av till exempel hög musik. (Aron, Elaine N., 2013a, s. 29.)

### **2.1.2 Hjärnaktivitet hos högkänsliga**

Tidigare nämndes det att högkänsliga personer har en annorlunda hjärna och nervsystem, som reagerar och fungerar på ett annat sätt än hos de icke-högkänsliga personerna (Suomen erityisherät ry, 2020). I detta kapitel redogörs det för tidigare forskning om hur hjärnaktiviteten fungerar hos de högkänsliga personerna, också för att konkret bevisa att personlighetsdraget högkänslighet existerar. Kapitlet lyfter fram två forskningar som gjorts med hjälp av magnetröntgen och tester på rhesusapor.

Det har forskats i hur hjärnan fungerar hos högkänsliga. Man studerade hjärnan med hjälp av magnetisk resonanstomografi, det vill säga magnetröntgen eller MRI. Före undersökningen testade man personerna genom att visa fotografier på deras närstående då de var glada, neutrala och ledsna för att sedan avläsa reaktionen i hjärnan. (Acevedo, ym., 2014, s. 589.) I undersökningen deltog 18 personer, av vilka hälften var högkänsliga och den andra hälften icke-högkänsliga. Studien visade en korrelation mellan högkänslighet och aktiveringen i hjärnans insulära lob. Den insulära loben hanterar och samlar ihop kunskap om känslor, fysiska förnimmelser och stimuli som kommer utifrån, som till exempel dofter och ljud. (Acevedo, ym., 2014, s. 580.)

I forskningen finns det tabeller och bilder på resultatet av hjärnaktiviteten. De personerna som var högkänsliga hade mycket högre hjärnaktivitet, bilderna visade kraftigare röda områden i hjärnans insulära lob i jämförelse med de icke-högkänsliga efter att deltagarna hade betraktat fotografierna. Forskningen visar att högkänsliga personer bearbetade informationen de fick mer grundligt och att de blev mer påverkade av andra människors sinnesstämningar. Ett år senare genomfördes samma undersökning för att kontrollera resultaten och då använde man sig av tio personer från den tidigare undersökningen. Resultatet var det samma i den nya studien. (Acevedo, ym., 2014, ss. 589-590.) Forskaren Jazdia Jagiellowicz har utfört en liknande undersökning, *The trait of sensory processing*

*sensitivity and neural responses to changes in visual scenes* (2011), som Bianca Acevedo. De fick båda samma resultat. Det här stärker vetenskapen om att högekänslighet är något fysiskt och riktigt, inte bara något som personen upplever sig vara. Aron (2012, ss. 35-36) säger att de högekänsliga är väldigt empatiska, det kommer även fram i Acevedos (2014) MRI-studie där spegelneuronerna i hjärnan var mycket aktiva hos de högekänsliga personerna.

Erin Sullivan, Sally Mendoza och John Capitanio (2011, s. 9) har undersökt högekänsliga rhesusapor. Det visade sig att de apor som var uppfostrade av de lugnaste och de skickligaste mödrarna, blev i vuxen ålder tåliga, kompetenta och ofta flockledare. De nervösa mödrarnas gener fördes vidare till sina avkommor som därmed blev mer stressade.

Rhesusaporna och människorna har samma genetiska variation, det vill säga att de högekänsliga individerna har lägre serotoninnivå. I undersökningen visa det sig att de reaktiva aporna hade goda ledarskapsegenskaper, dessutom var de mer anpassningsbara och hade bättre stresstålighet. Dessa goda egenskaper visade sig finnas hos de apor som hade uppfostrats av de skickligaste mödrarna som förstod sig på högekänsligheten. (Sullivan;Mendoza;& Capitanio, 2011, ss. 11-12.) Aron (2012, s. 19) hänvisar till en studie av Stephen Suomi, *Genetic and maternal contributions to individual differences in rhesus monkey biobehavioral development* (1987), som har gjort en likadan undersökning om rhesusaporna och människorna med samma resultat.

### **2.1.3 Att växa upp som högekänslig**

För att förstå hur högekänsligheten förändras och utvecklas med åren, redogörs det för de olika skeden i livet och på vilket sätt högekänsligheten framträder i de olika åldrarna. Det finns också vissa skillnader mellan män och kvinnor samt hur man upplever utmanande situationer som högekänslig. Eftersom studien baserar sig på vuxna människor presenterar följande kapitel den myndiga, högekänsliga personens vardag och dess utveckling, för att fördjupa samhällets, vårdpersonalens och själva högekänsligas kunskap om högekänsligheten. Samtidigt belyser kapitlet hur annorlunda vissa livssituationer kan vara för en högekänslig person.

Enligt Aron (2014, ss. 327-328, 351) kan det vara väldigt utmanande för en högekänslig ungdom att övergå till den vuxna åldern, man söker ännu sig själv och kan känna sig annorlunda jämfört med de andra runt omkring en. Den unga vuxna behöver rutiner för att skapa trygghet och säkerhet i sin omgivning. Om dessa rutiner ändras för mycket, skapar det ofta osäkerhet och orolighet för personen. Att flytta hemifrån kan vara utmanande och

svårare än vanligt, ungdomen kan fort känna att hen inte klarar av det och flyttar tillbaka hem till föräldrarna. Genom forskning har det visats att om den högkänsliga ungdomen först klarar av att bo ensam, kommer hen ha lättare att efter det börja högskolelivet. Universitetet intresserar många men oberoende av hur förberedd man är inför studierna, är de för tunga vilket leder till att ungdomarna hoppar lätt av skolan.

Arons (2014, ss. 352-354) forskningar och iakttagelser har visat att den högkänsliga ungdomen tar längre tid på sig att "få tag i sitt liv". Det beror på att de försöker leva som icke-högkänsliga, de försöker passa in för att kunna vara likadana som alla andra men de brukar inte klarar av det. Som vuxen är det viktigt att ge stöd åt ungdomen genom att utsätta personen för mer stimuli som stöder självkänslan och självförtroendet. Ungdomarna ska själva fatta sina beslut om till exempel livsförändringarna, man behöver samla in information som stöder beslutsfattandet. Det lönar sig att tillsammans med föräldrarna gå igenom för- och nackdelar, föreslå mindre mål till början, ställa frågor så den unga själv får fundera och gå igenom vad som händer ifall planen inte fungerar. Man ska stöda ungdomen att prova olika saker så hen lär sig känna sig själv bättre.

Enligt Satri (2016, ss. 115-116) har det visat sig att pojkar haft det svårare än flickor att godkänna högkänsligheten. Det finns en uppfattning om hur pojkar och män bör vara, de ska inte visa sina känslor eller smärta på samma sätt som flickor. Med andra ord ska de inte vara känsliga. Högkänsliga pojkar har ofta en låg smärtröskel och vill därför inte delta i kampsporter som är populära bland pojkar i ung ålder. De blir ofta mobbade av vännerna, eftersom de andra lägger märke till känsligheten.

Satri (2016, s. 116) påpekar att särskilt för den högkänsliga pojken, är det viktigt att båda föräldrarna stöder och med sitt eget beteende minskar barnets känsla av att göra fel. De pojkar som har blivit positivt stötta och accepterade av sina föräldrar, får bättre självkänsla. Pappan och de andra männen i pojkens liv bör ge råd om hur man ska handskas med sina känslor och vara en rollmodell för pojken. Ifall pappan inte förstår sin son, kan pojkarna bli blyga och sensitiva. Däremot anser Aron (2013b, s. 105) att män som fått stöd och uppskattning av sina föräldrar i ungdomen, har en god självkänsla i sin vuxna ålder. Män som blivit bemötta sämre har i stället en dålig självkänsla och känner avsky som vuxen emot sig själv. Blyga män i vuxen ålder är långsammare på att utveckla sitt liv, det tar ungefär tre år längre för dem att gifta sig, få sitt första barn och att få en permanent arbetsplats, än vad det i genomsnitt tar för de icke högkänsliga männen. Det här kan bero på att de högkänsliga

uppskattar också andra saker i livet än bara familj och karriär, till exempel de mentala målen i livet.

Högekänsliga flickor har det oftast lättare då det kulturellt är mer acceptabelt att flickorna är känsliga. Problemen som uppstår är att man ofta överbeskyddar flickorna på grund av högekänsligheten, man tänker att de är för känsliga. Det här kan leda till att de inte lär sig att reglera känslorna, man glömmer att stötta och handleda flickorna mot självständigheten. (Satri, 2016, ss. 116-117.)

För kvinnor kan det vara lättare i framtiden att hitta jobb eller roller som stöder högekänsligheten, man förväntar sig att kvinnorna kan visa empati och känslighet. För en högekänslig man kan det vara påfrestande att det yttre uttrycket utstrålar feminism, män knyter därför lättare an till de homosexuella. Detta förekommer inte bland kvinnliga högekänsliga, man tyr sig inte till högekänsliga kvinnor med lesbisk läggning eftersom känslighet är ett drag som stereotyp redan finns hos kvinnor. Högekänsliga män och kvinnor känner sig däremot ofta misslyckade eller olyckliga med sitt eget kön på grund av sin avvikelser. (Satri, 2016, ss. 89-91.) Den högekänsliga kvinnan har inte haft samma framtidsproblem som männen, de har klarat sig inom samma tidsramar som de icke-högekänsliga kvinnorna. De är snabbare på att knyta äktenskap trots att de har svårare att hitta den rätta partnern, de gifter sig men skiljer sig fort eftersom de inte kan växa upp inom äktenskapet. De behöver frihet, spontanitet och måste få leva en tid ensamma för att utvecklas som person och bli mer självständiga. Flera högekänsliga beskriver att de känner sig misslyckade i parförhållanden. (Satri, 2016, s. 92; Aron E. N., 2013b, s. 105.)

Högekänsliga försöker kompensera sina brister. De försöker uppehålla ett perfekt familje- och arbetsliv vilket utmattar dem mycket. Det finns därför risk för att högekänsliga personer blir deprimerade. Ifall högekänsliga barn blir vänner med varandra, lär de sig att inte försöka förändra sin känslighet. Icke-högekänsliga vänner är också bra, eftersom de högekänsliga lär sig att genom dem stärka sin självbild och att bevara sin egen personlighet. (Satri, 2016, ss. 90-91, 117.)

## **2.2 Högekänsliga personers vårdssituationer**

Eftersom högekänsliga personer reagerar lättare på olika stimuli, förändringar, symtom, smärta och är känsligare mot mediciner, är det viktigt för vårdpersonalen att ta detta i beaktandet under de olika vårdssituationerna (Aron E. N., 2013b, ss. 196-197). Med vårdssituationer avses till exempel ett möte, en samtalskontakt eller ett längre besök på

sjukhus eller flera poliklinikbesök. Eftersom det kan vara svårt för sjukvårdspersonalen att känna igen personlighetsdraget, skulle det vara bra att de lär sig vad draget innebär eller att högkänsliga på förhand berättar om det. Det skulle göra det lättare att känna igen de högkänsliga patienterna, för att sedan kunna beakta situationerna som skapar överstimulering. I dagsläget ställs det dessutom höga krav på vårdpersonalen, vilket är utmanande inom dagens sjukvård till exempel på grund av resursbrist.

Att vara högkänslig gör inte en person mer sjuk. Dessa personer besöker vården oftare än de icke-högkänsliga på grund av kroniska sjukdomar, som ofta beror på stressen som de upplever. Kroniska sjukdomar kräver fler besök, fastän dessa skulle vara av lindrig art. Högkänsliga personer behöver även besöken för att diskutera olika vårdalternativ. Många högkänsliga patienter besöker en icke-högkänslig läkare som tycker att de här patienterna är underliga och svåra att vårda, medan patienterna tycker att läkaren är känslolös och väldigt ovänlig. Som patient får man ofta åka hem med obesvarade frågor och med recept på mediciner man inte känner till eller inte förstår varför man ska ta dem. Patienten får inte svar på sina frågor under besöket, de går hem och misstror sig själva samt tror att de bara hittar på sina sjukdomar fastän de försöker beskriva sina symtom så gott det går. (Aron E. , 2016, s. 225.)

Normalt är högkänsliga patienter redan nervösa och överstimulerade då de kommer till mottagningen. En läkare som då förstår vad personlighetsdraget innebär, tar det på allvar och är mer tillmötesgående, är idealet för den högkänsliga personen. (Aron E. N., 2013b, ss. 197-199.) Överstimulering kan förorsakas på grund av vårdomgivningen, undersökningarna, ingreppen och omvårdnaden, eftersom de väcker större reaktioner och känslor hos högkänsliga människor. Dessa personer är även mer känsliga för läkemedelsbiverkningarna än andra, på grund av olika överstimulerande faktorer och sensitiva inre erfarenheter, även gentemot läkemedel. Eftersom stress också kan öka överstimulering, vill högkänsliga ha en exakt förklaring på vad som kommer att hända, innan de kan slappna av. Högkänsliga lär sig vad som hjälper och vilka metoder som minskar överstimuleringen, därför är det bra att lyssna på deras egna förslag. (Aron E. N., 2013b, ss. 197-199.)

Aron (2016, s. 239) ger goda råd om hur man som högkänslig ska bemöta vårdpersonal som inte själva är högkänsliga och som inte anser det som ett problem. Vissa vårdare tror inte att högkänslighet existerar. Aron beskriver en vårdsituation där en högkänslig kvinna inte accepterar att det är en manlig läkare som ska utföra det gynekologiska ingreppet. Hon behöver en kvinnlig gynekolog för att underlätta situationen både för henne och läkaren.

Hon förklarar att hon blir fysiskt överkänslig, vilket leder till stress och utsöndring av mycket kortisol. Skötaren förstår inte kvinnan och vägrar byta läkare. Kvinnan vägrar ta emot vården, hon kommer att byta vårdanstalt och tänker klaga på vårdpersonalen. I korthet lönar det sig som högekänslig att stå på sig, motivera sina beslut och åsikter, och inte låta vårdpersonalen bemöta en illa.

Vårdpersonalen ska inte överstimulera den högekänsliga personen, i stället kan mötena förberedas genom att klargöra informationen skriftligt. Patienten ska få tid att lyssna, tänka, planera, fråga och analysera informationen i lugn och ro. (Aron E. , 2014, ss. 360-361; Carlander, Eriksson, Hansson-Pourtaheri, & Wikander, 2002, s. 34.) Mottagningsrummet kan också vara en påverkande faktor som ändrar den högekänsliga personens uppfattning och bemötande, i bästa fall kan det öka förtroendet så att den högekänsliga personen kan visa sin personlighet som helhet (Aron E. , 2012, s. 35; Blennberger, 2013, s. 27). Det blir vårdarens uppgift att uppmärksamma och utforma rummet så att det är funktionellt och behagligt (Bergbom, 2014, ss. 19, 24-26).

### **2.3 Bemötande**

Bemötande har en av de största rollerna inom vården. Ordet *bemöta* betyder att man uppmärksammar patientens egenskaper, tar reda på patientens bakgrund, är vänlig, betar sig professionellt och har en individuell växelverkan tillsammans med patienten (Liukkonen, 1990, s. 105). I följande kapitel kommer bemötandet att beskrivas noggrannare, hurudant det professionella, ideala och det dåliga bemötandet är. I kapitlet hänvisas även till lagen om patientens ställning och rättigheter. Enligt kap. 2 § 3 (17.8.1992/785) har var och en rätt till ett gott bemötande, med vård av god kvalitet så att patientens integritet respekteras. Patientens individuella behov, modersmål och kultur ska beaktas i mån av möjlighet.

Etiken har kärnvärden som kopplas med bemötandet, alla personer bör bemöta varandra med respekt. Vårdarna ska visa hänsyn, vara artiga, jämlika och visa empati för patienten. Vårdaren ska inte påverka patientens självbestämmanderätt, för det kan upplevas som känsligt och kränkande för patienten. Jämlikt bemötande ska vara sådant, att vårdaren ser samma värde hos sig själva som hos dem man bemöter. (Blennberger, 2013, ss. 92-96.) Bemötandet ger det första intrycket av personen, därför bör man visa hänsyn på ett professionellt sätt. Patientens bakgrund, handlingar och egenskaper kan påverka vårdarens attityd kritiskt, fastän alla personer bör bemötas likvärdigt. Vårdaren ska fundera på hur mycket man kan värdera personer enligt bemötandet, eftersom det kan finnas orsaker bakom

patientens beteende. Bemötandet speglas utifrån den person man är, bemötandet ska vara professionellt och vårdaren ska ha en viss roll i en viss situation, där personligheten får synas indirekt. (Blennberger, 2013, ss. 16-17.)

Ulla Holm (2009) beskriver att *Professionell hållning är en ständig strävan att i yrkesutövandet styras av det som gagnar patientens/klientens legitima behov – inte av de egna behoven, känslorna och impulserna*. Eftersom vårdaren är i en maktposition måste den professionella vårdaren tillämpa de etiska riktlinjerna för att kunna uppehålla en professionell hållning. Vid professionellt förhållningssätt krävs det att man försöker utveckla olika attityder och värderingar som får andra handlingar att kännas belönande. Holm menar också att den professionella hållningen ska gynna patientens rimliga behov. Ett exempel är att den professionella vårdaren ska visa att man anstränger sig eller använder sin yrkeskunskap, intresserar sig, visar hänsyn och bryr sig om patienten. Detta skapar tillit och bättre samarbete och därför också bättre bemötande. (Holm, 2009, ss. 48, 52.)

Det finns flera faktorer som ingår i bemötande. Enligt Ivarsson (2015, ss. 28-29) är de centrala begreppen samtal/kommunikation, lyssnandet, reaktioner och attityder. Kommunikationen är en viktig del inom bemötandet, det handlar om att lyssna och försöka förstå patienten och dess anhöriga. Fastän det ibland kan vara utmanande, är det väsentligt för att skapa den bästa möjliga omvårdnaden. Kommunikationen består av verbal- och icke verbalteknik. Vid den verbala tekniken använder man sig av sitt ordförråd, rösten, tonläget och uttalet. Det handlar om vad som sägs och hur det sägs. Den ickeverbala kommunikationen handlar om kroppsspråk, ansiktsuttryck, ögonrörelser och tystnad. Vårdpersonalen bör kunna läsa och observera patientens signaler även då de utformas utan ord. (Klang, o.a., 2014, s. 363.) Eido och Eide (2010, ss. 78-79, 87) tar fasta på sammasaker om kommunikationens innehåll som Klang med flera gör, därtill tar de upp om den ständiga växelverkan mellan patienten och vårdaren.

En lyckad kommunikation har sin grund inom lyssnandet, men det gäller att anstränga sig för att verkligen lyssna på den andra. Vårdaren kan genom att lyssna skapa förståelse om patienten och dess situation. (Andersson, 2013, ss. 113-114.) Att aktivt lyssna på patienten, fråga och låta patienten prata till punkt, kan vårdaren visa sitt intresse. Patienten måste även lyssna på vårdaren för att skapa en fungerande växelverkan. (Haarakangas, 2011, ss. 67-69.)

Reaktion hänger ihop med både kommunikation och lyssnande (Eido & Eide, 2010, s. 90). Vårdaren möter oftast patienten ansikte mot ansikte, det verbala bemötandet samspelar med det kroppsspråk vårdaren visar, till exempel då vårdaren rör sig och hälsar på patienten.

Ögonkontakten kan vara en inledning till öppenhet, leende kan ge trygghet åt patienten och ansiktsuttryck visar respekt, uppmärksamhet och vänlighet ökar patientens självkänsla. (Blenberger, 2013, ss. 32-35.) Ansiktsuttryck kopplas ihop med en del medfödda affekter (känslor som får uttryck genom beteendet). Affekterna delas in i tre delar, positiva, negativa och de neutrala. De positiva affekterna är intresse, iver och glädje. De negativa är skräck, sorg, raseri och skam medan de neutrala handlar om häpnad. Eftersom känslorna är medfödda betyder det att man tolkar situationerna och uttrycken olika. Det är viktigt att vårdpersonalen känner till sina egna affektionsmönster för att kunna tolka och reagera rätt mot patientens reaktioner. (Carlander, Eriksson, Hansson-Pourtaheri, & Wikander, 2002, ss. 21-22.)

För att man ska nå ett lyckat bemötande krävs samverkan mellan attityder och kommunikation. Det finns många faktorer som påverkar vårdarens attityder; det kan handla om yrkesrollen, förändringar i vården, hur man pratar och hur man ser på patienter. Traditionellt ses patienten som en vårdtagare med bevarad självständighet och med valmöjligheter. Eftersom patienten kommer att befinna sig i ett beroendeförhållande med vårdaren, är det viktigt att vårdaren lyfter fram patientens starka sidor och uppmuntrar patienten. Vårdarna får inte utgå från sina personliga attityder, utan måste kliva in i en yrkesroll, med målet att ge patienten en god upplevelse av vårdtillfället. (Ivarsson, 2015, ss. 28-30.)

Vårdteoretikern Jean Watson beskriver bemötandet inom sina *caritas*-faktorer. Det latinska ordet *caritas* betyder kärlek, barmhärtighet och välgörenhet. Enligt Watson kan vårdaren genom bemötandet och kontakten med patienten, skapa hopp och göra samtalen äkta. Vårdaren bör lära sig att se skillnad på när patienten reagerar känslomässigt och när förståndsmässigt, eftersom det både finns positiva och negativa reaktioner bland känslor och bemötandet. På så sätt skapas ett djup i bemötandet. (Tomey & Alligood, 2006, ss. 95-96.) Stora beslut och svåra besked kan orsaka att man inte reagerar ändamålsenligt, då måste vårdaren kunna reagera och hålla sitt lugn.

### **2.3.1 Det ideala bemötandet**

Den viktigaste saken inom vården är ett lyckat bemötande. Bemötandet och själva möten har en viktig betydelse inom vården, både för patienten, anhöriga och för personalen. Möten bör ske vänligt, hjälpsamt, informationsrikt och vara respektfullt. (Fossum, 2013, s. 30.) Vårdaren kan fundera på frågan hurdant bemötande skulle man själv vilja ha? Det brukar

hjälpa för att inse hur ett gott eller olämpligt bemötande känns ur patientens synvinkel och kan därefter utveckla sitt eget handlingsätt.

Ett gott bemötande innebär att vårdaren respekterar patienten och visar att de har ett värde, som människa. Det här gynnar samarbetet som uppstår mellan patienten och vårdaren, de behöver hjälp av varandra för att tillsammans komma över vårdssituationen. Genom att visa uppskattning skyddar man även patientens självbild som däremot gynnar resultatet av vården. (Holm, 2009, s. 53.) I det goda, ideala mötet blir patienten nöjd och tillfredsställd med vården och kan till och med känna lycka, trots sjukdom eller en svår diagnos. Eido & Eide (2010, ss. 88-89) kallar detta för *optimal responsivitet*, eller det optimala bemötandet. Gott bemötande av en patient har även inverkan på den medicinska effekten. Patienter som blivit bemötta vänligt och väl har varit mer anpassningsbara till behandlingen och återgått tidigare till arbetsplatsen. (Ivarsson, 2015, ss. 21-22.)

Ibland består bemötandet av ren information. Det kan handla om hur rutinerna kring ett ingrepp ser ut eller hur tidsplaneringen är tänkt, då står samtalets arbetsfunktion i centrum. Den andra delen av samtalet och bemötandet är hur vårdaren tar fasta på de funderingar som patienten har. Det kan vara frågor som ”Blir jag bättre?” ,”Hur länge ska jag vara här” eller ”Varför känner jag på det här sättet?”. Många av dessa frågor har vårdaren få eller inga svar på, men det är viktigt att det finns plats för dem, att någon lyssnar på dem och att man får en chans att uttala frågorna. (Sandberg, 2014, ss. 82-83.)

En god kommunikation förutsätter att man inte ger för mycket eller för lite information. I omvårdnadsorienterad kommunikation måste man begränsa och bearbeta den information man ger ut, för att det inte ska finnas mer förklaring än vad man behöver för att förstå innehållet. (Eido & Eide, 2010, ss. 94-95.) Man kan också behöva omforma meningar. Det innebär att man säger samma sak med andra ord, utan att ändra på innehållet. På det här sättet visar vårdaren att man lyssnat och förstått budskapet, därefter kan man korrigera eventuella missförstånd som uppkommit. Med hjälp av detta kan man reflektera över det som sagts, i en form av spegling. Man kan reda upp svåra eller känsliga situationer, där man ser att patienten låst sig eller är orolig. Genom att spegla känslorna kan man visa att man är medveten om den andra. Ett exempel är att vårdaren säger ”jag ser att du är ledsen”, vilket kan förmedla att man ser den andre samt visar att man förstår. (Eido & Eide, 2010, ss. 267,273-275.)

Tydlighet är en faktor som ökar bemötandets nivå under en vårdssituation, det vill säga att patienten klart och tydligt vet vad som ska göras, vilken rollfördelning utförs och vem som

bedömer vilka insatser som kommer att göras. Inom akut vården är rollfördelningen väldigt tydlig eftersom det är frågan om två akutvårdare som kommer för att ta hand om patienten, ena undersöker och den andra intervjuar och dokumenterar. (Svensson, 2017, s. 87.)

### 2.3.2 Dåligt bemötande

Dåligt bemötande handlar ofta om otydlighet, missförstånd och otrygghet både från vårdarens och patientens sida. Det kan handla om att patienten till exempel inte förstår vad läkaren säger eller upplever att man inte blir förstådd. Då kan patienten känna att vårdpersonalen inte lyssnar, de är stressade och har bråttom. Framför allt är det viktigt att fundera på sitt bemötande vid ett negativt besked, att visa empati och respekt leder till bättre resultat av bemötandet. (Svensson, 2017, s. 82; McCabe, 2004, ss. 47-48.)

Det är viktigt att under vårdsituationerna tänka på att man undviker en sekundär traumatisering. Det vill säga att man inte ska återskapa ett nytt trauma genom att bemöta patienten dåligt på ett kränkande sätt eller genom att skapa en dålig vårdsituation. Skam och skuld är känslor som medför lidande och som ofta förekommer till följd av dåligt bemötande. (Svensson, 2017, ss. 95, 101.)

När vården blivit bristfällig, har det oftast handlat om hur vårdpersonalen bemött patienterna. Bemötandet och attityder är de områden som får mest kritik då man ser på responsen från patienterna (Ivarsson, 2015, ss. 21-22). Patienterna upplever även att vårdpersonalen inte lyssnat på dem. Vårdaren bör ha som utgångspunkt att visa äkta intresse genom att lyssna på patienten och samtala som om man befann sig på samma nivå. Ifall miljön är otrygg vågar patienten inte berätta om sina problem. (Ivarsson, 2015, s. 37.)

Jakobsson (2007, ss. 541-542, 545) redogör i en kvantitativ studie, för hur patienter blivit bemötta i södra Sverige. I studien deltog 826 personer. Denna undersökning är en av de få där man har undersökt bemötande i hälso- och sjukvården. Enligt den har 10–15 procent av patienterna upplevt dåligt bemötande eller att man inte lyssnat på dem, både av sjukskötare och läkare. Studien beskriver vidare att 40 procent av de som varit missnöjda var patienter som besökte en vårdcentral en till två gånger per år. De upplevde att de inte kom till tals, vågade inte ta upp känsliga frågor eller kände att personalen var stressad.

I en studie som gjordes i Irland redogör Catherine McCabe (2004, ss. 41-43) för hur patienterna på en vårdavdelning har upplevt kommunikationen. Resultatet delades in i tre teman. Det första handlade om *bristen på kommunikation*, som berodde på stress på

avdelningen. Några andra respondenter tyckte att vårdarna gjorde felaktiga uppfattningar om vad patienterna behövde. Därmed hade man inte en personcentrerad vård, utan enbart utgick i från vårdarens åsikt och uppfattning. Andra gånger berättade respondenterna att mätningar och klinisk vård tog mer plats och tid än kommunikationen, vilket leder till att resultatet blev uppgiftscentrerad och inte patientcentrerad vård. De önskade sig mer kontakt och diskussion med vårdaren.

Det andra temat handlar om att *vara närvarande* i situationen. Genom att ställa frågor och intressera sig för patienten var väldigt viktigt. Det visade sig också att vårdstuderande gav patienterna mer tid än de anställda sjukskötare. Det tredje och sista temat handlar om *empati* och går hand i hand med föregående temat. Att visa sympati var väldigt viktigt, eftersom det lättade på stressen hos patienterna. Genom närvaro och empati, får patienten stöd för sin sjukdom med en positiv inverkan och det är viktigt att välja att kommunicera på detta sätt för att fokusera på en patientcentrerad kommunikation och inte en uppgiftscentrerad sådan. (McCabe, 2004, s. 47.)

Chan med fler (2018, ss. 1-3.) utförde en forskning i Hong Kong, *Patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: A focused ethnographic study*, där det framkommer att största problemet mellan sjukskötarens och patientens kommunikationsbrist uppstår på grund av resursbristen bland vårdpersonalen. Resursbristen gör att skötarna inte har tid att umgås med patienterna. Vårdpersonalen fick lägre betyg av patienterna inom de sociala färdigheterna än vad de fick för de tekniska färdigheterna, vilket patienterna tyckte att berodde på underbemanningen. Vissa patienter berättade att de måste skriva ner sina frågor åt läkaren och sköterskan för att komma ihåg dem när de träffades.

Eftersom patienterna insåg att vårdpersonalen var upptagen, påverkade det deras syn på sjukskötarens roller och interaktioner. Sjukhusmiljön och avdelningsrummen påverkade också kommunikationen då patienterna inte ville öppna sig så alla i patientrummet skulle höra och ljuden från monitorerna tog över koncentrationen. Patienterna lärde sig att känna sympati för sjuksköterskorna, på grund av tidsbristen de hade. (Chan;Wong;Cheung;& Lam, 2018, ss. 6-8.) Patienterna ville inte uttrycka sina behov för de ansåg att de var till besvär, som blev ett hinder för kommunikationen. De kontaktade sköterskorna bara om det handlade om något akut som till exempel smärta. Vissa patienter som hade en mer aktiv roll i sin egen vård, kontaktade vårdpersonalen för tilläggsinformation om sjukdomen och egenvården, vilket underlättade partnerskapet. (Chan;Wong;Cheung;& Lam, 2018, ss. 10-11.)

Både forskningen i Irland och i Hong Kong tog fasta på samma brister inom kommunikationen med patienterna. Vårdarna var bättre på det kliniska än på det sociala. Båda forskningarna lyfter fram personalens stress, som i Hong Kong handlade om vårdpersonalens underbemanning. I den andra forskningen önskade sig patienterna få mer uppmärksamhet och att vårdaren skulle ha tagit rollen till att starta en diskussion med dem. (Chan;Wong;Cheung;& Lam, 2018, s. 2.) Tidigare nämndes det att vårdmiljön kan ha en betydelse vid bemötandet och patientens reaktioner. Patient- och mottagningsrummet behöver vara lättillgängligt och främja god kontakt mellan vårdare och patient (Bergbom, 2014, s. 19.). Om miljön är otrygg vågar patienten inte berätta om sina problem (Ivarsson, 2015, s. 37). I forskningen från Hong Kong tar de upp liknande patientåsikter, då monitorer och patientmängden i rummen gjorde kommunikationen mellan vårdaren och patienten sämre (Chan;Wong;Cheung;& Lam, 2018, ss. 7-8). Fastän forskningarna är gjorda i olika världsdelar kan man tydligt se samband mellan likadana problem inom vården i de olika länder.

### **3 Metodbeskrivning**

I detta kapitel redogörs det för de kvalitativa forskningsmetoderna skribenterna valt att använda i undersökningen. Urvalsmetoden, datainsamlingsmetoden och innehållsanalysen presenterades först och sedan behandlas de etiska aspekterna och studiens trovärdighet.

I studien används en kvalitativ induktiv forskningsansats, vilket innebär att man studerar personers upplevda erfarenheter av ett fenomen. Respondenternas upplevelser och uppfattningar är individuella och informationen är formad enligt tolkningar de själva har. Man försöker nå en djup och detaljerad förståelse. (Henricson & Billhult, 2017, s. 111.) I kvalitativa studier samlar man in datamaterialet i form av ord (Kristensson, 2014, s. 117). Skribenterna vill öka förståelsen om högekänsliga personers erfarenheter om hur de blivit bemötta inom vården.

Personliga frågeställningar skapar individualisering, det vill säga att man får fram den enskilda individens inställning och åsikter (Jacobsen, 2012, s. 97). Därför ansågs den kvalitativa metoden vara mest lämplig, för att undersöka högekänsliga personers erfarenheter. Metodbeskrivningen utgår ifrån Kristenssons (2014, ss. 18-19) upplägg.

### 3.1 Urvalsmetod

Studien använde sig av ett bekvämlighetsurval (Kristensson, 2014, s. 129.) där personer från högekänsliga Facebookgrupper ombads medverka i undersökningen. Sedan tog de själv kontakt genom att svara på webbenkäten och delta i undersökningen. Dessutom användes ett homogent urval, eftersom man var ute efter en specifik population med en så liten variation som möjligt, det vill säga att alla skulle vara högekänsliga. (Kristensson, 2014, s. 130.)

De personer som själva upplevde sig högekänsliga och som hade haft en längre vårdkontakt under de senaste fem åren fick delta. Avgränsningen på fem år garanterade att respondenterna hade färskare och inte förvrängda minnen. För att samla in mer erfarenhetsmässiga och pålitliga svar, skulle vårdkontakten vara längre än till exempel ett besök till hälsostationen. Dessutom skulle deltagarna vara myndiga, eftersom studien baserade sig på vuxna upplevelser. Avgränsningarna gjordes för att svaren från respondenterna skulle besvara syftet på bästa möjliga sätt.

I webbenkäten deltog sammanlagt åtta personer, en av dem var svenskspråkig och sju personer var finskspråkiga. Deltagarnas medelålder var 39 år och de var medlemmar i Facebookgrupperna, *Erytisherkät-HSP* och *HSP-Suomen erytisherkät ry*. Facebookgrupperna hade tillsammans ungefär 31 000 medlemmar, vilket var grunden för valet av grupperna då man ville nå ut till så många som möjligt men utgå ifrån slutna grupper. Skribenterna följde med *Erytisherkät-HSP* gruppens aktivitet under några veckor. Föreningens Facebookgrupp *HSP-Suomen erytisherkät ry* valdes på grund av samarbetet som utförs under projektet, det var endast administratörerna som hade publiceringsrätt där. För att utgå ifrån tillförlitligheten frågade skribenterna publiceringslov från Facebook gruppernas administratörer.

Facebookinlägget och webbenkäten (bilaga 2) beskrev lättförståeligt vad undersökningen gick ut på och hur man skulle delta. Deltagarna fick information om undersökningens syfte, varför det gjordes och vad som krävdes för att delta. Deltagarna fick även information om anonymitet och konfidentialitet. För eventuella frågor från respondenterna, tillades kontaktuppgifter till projektgruppens deltagare och ansvariga lärare. (Henricson & Billhult, *Kvalitativ metod*, 2017, ss. 69-70; *Forskningsetiska delegationen i Finland*, 2012, s. 21.)

### 3.2 Datainsamlingsmetod

Skribenterna valde att samla in data genom en webbenkät. Enkäten bestod av tre öppna frågor (Bilaga 2), som besvarade studiens syfte och frågeställningar. Respondenten skulle ha möjlighet att fritt berätta om sina upplevelser. (Danielson, 2017, s. 144.) Frågorna i webbenkäten hänger ihop med bakgrunden, syftet och frågeställningarna samt sammanställdes så att respondenterna fritt kunde beskriva sina erfarenheter.

De tre öppna frågorna är direkt relaterade till studiens frågeställningar, *Vilket bemötande har högkänsliga personer fått inom vården? Hur har vårdpersonalen beaktat personlighetsdraget under vårdsituationen?* samt *Hurdant är ett gott bemötande?* Under den andra frågan var man intresserad att få reda på ifall vårdpersonalen kände igen personlighetsdraget och hur de i så fall beaktade högkänsligheten under vårdsituationen. Enligt tidigare källor i vår bakgrund, i kapitlet högkänsliga personers vårdsituationer, kom det inte fram att vårdpersonalen skulle ha tagit de högkänsliga på allvar eller beaktat draget på något sätt. Tredje och sista frågan baserade sig på kunskapen man ville samla in för samhället och de professionella inom vårdbranschen för att i framtiden kunna skapa en bättre växelverkan och vårdsituation med de högkänsliga. Skribenterna valde att inte fråga hurdana vårdkontakter respondenterna hade haft, på grund av att det inte var relevant för studiens syfte, då det inte undersöktes om bemötandet bland en specifik sjukvårdsanstalt. Frågan om åldern var med för att få en inblick till vilken ålder respondenten hade, för att stöda avgränsningen. Epost adressen var obligatorisk för att få kontakt med respondenten vid eventuella tilläggsfrågor eller oklarheter.

För att få kontakt med eventuella respondenter lades ett inlägg med webbenkäten upp på en sluten Facebookgrupp *Erityisherkit-HSP* och på en öppen gruppssida *HSP-Suomen erityisherkit ry*, för att få tillräckligt med deltagande högkänsliga respondenter. Via vidarelänkningen från inlägget fördes respondenterna vidare till webbenkätformuläret. Genom att respondenterna fyllde i formuläret samtyckte de till att informationen de delat med sig fick användas i examensarbetet, vilket även framgick i formuläret. Enkätsvaren lämnades sedan in och sparades på webbsidan, svaren var endast tillgängliga för skribenterna. Projektgruppen valde att kontakta deltagare via Facebook eftersom det var enklaste sättet att få kontakt med studiens målgrupp, då det redan fanns Facebookgrupper som var riktade till högkänsliga personer.

Innan publikationen utfördes, gjordes en pilot med skribenternas bekanta, för att säkerställa hur utomstående uppfattade frågorna och ifall de motsvarade varandra språkligt då dessa var

skrivna både på finska och svenska. Frågorna granskades kritiskt för att säkerställa att de överensstämde med studiens syfte och bakgrund. Efter piloten gjordes språkliga korrigeringar, för att respondenterna inte skulle misstolka frågorna. Enkäten var tillgänglig i två veckors tid, från 20.3.2020 till 5.4.2020. Under denna tid utfördes några påminnelser genom att kommentera på Facebookinläggen, för att inlägget skulle hamna högre upp i flödet. Detta gjordes för att säkerställa att inlägget och webbenkäten nådde ut till fler personer i gruppen. De senare påminnelserna utfördes som nya inlägg på sidorna, som sammanfattade det tidigare inlägget. (Kristensson, 2014, ss. 20-21.)

### **3.3 Kvalitativ innehållsanalys**

Detta kapitel presenterar hur dataanalysen i studien utförts. Eftersom studiens datainsamling utgjordes via en webbenkät, ansågs den kvalitativa innehållsanalysen passa bäst för att analysera materialet i svaren. Innehållsanalysen baserar sig på Jacobsens (2012, ss. 146-150) beskrivning av innehållsanalyser medan meningsenheterna och koderna baserar sig på Lundman och Hällgren Graneheims (2008, s. 163) samt Kristenssons (2014, ss. 144-145) metoder. Den kvalitativa datainsamlingen kännetecknas av öppenhet, därmed är metoden i studien induktiv (Jacobsen, 2012, ss. 146-147.)

I den kvalitativa innehållsanalysen är syftet att förenkla och berika den insamlade data, genom att identifiera likheter och olikheter i texterna (Jacobsen, 2012, s. 146). Efter att all data från enkäten hade samlats in, påbörjades den kvalitativa innehållsanalysen. Genomgåendet av datamaterialet skedde flera gånger och studerades noggrant. (Henricson & Billhult, 2017, s. 116.) Skribenterna använde sig av forskartrianglering, det vill säga att man började med att gå igenom materialet enskilt och gjorde egna anteckningar (Kristensson, 2014, ss. 144-145). Sedan träffades gruppen via videosamtal och jämförde tolkningarna och anteckningarna för att säkerställa att webbenkät svaren hade tolkats på samma sätt och för att tillförlitligheten och giltigheten skulle ha högre kvalitet.

Efter att tolkningen var klar, utfördes färgmarkeringar av texten för att hitta likheter mellan svaren och de relevantaste meningarna som besvarade studiens syfte och frågeställningar. Därefter plockade man ut koder, några av dem gjordes utifrån en respondents åsikt eftersom den enskilda individens upplevelser var viktiga. Sedan placerades tolkningar av de valda citaten under koder, kategorier och underkategorier för att belysa resultatet (se bilaga 3). Respondenternas upplevelser och koder som ansågs vara irrelevanta för syftet och frågeställningarna lämnades bort. Till sist placerades citaten i resultatredovisningen för att

lyfta fram koderna och respondenternas upplevelser. Metoden användes för att identifiera likheter och skillnader bland webbenkätsvaren, för att skapa meningsenheter inför studiens struktur.

Då webbenkätsvaren hade kodats påbörjades insamlingen av meningsenheter. Projektgruppen samlade ihop meningsenheter som liknade varandra och kombinerades med lämpliga koder. De olika koderna grupperades sedan till underkategorier, för att skapa struktur i texten. Projektgruppen samlade ihop flera underkategorier som sedan sammanfördes till några bredare underkategorier. Från underkategorierna valdes sedan ut två kategorier; bemötande och hänsyn till högekänslighet.

### **3.4 Forskningsetik**

Forskningsetiken i detta examensarbete är till för att skydda respondenternas och de medverkande personernas självbestämmanderätt, deras rättigheter och integritet samt för att de ska bli lika behandlade med respekt (Henricson & Billhult, Kvalitativ metod, 2017, ss. 57-58). Etiken har funnits med under hela studiens gång; först och främst i valet av ämnet, sedan vid frågeställningarna, syftet, vid metoderna och vid resultatutgivningen.

Studien har använt sig av de etiska principerna som vägledare genom studiens framgång. De etiska principerna är indelade i tre delar, respekt för personen, göra gott-principen och rättvisa. Till respekt mot personen hör att man visar hänsyn mot respondenten och dess privatliv, att man ger tillräcklig information om studien och får ett samtycke av respondenten för att upprätthålla självbestämmanderätten. Göra gott-principen innebär att man vill minimera riskerna studien för med sig, man ska väga riskerna med nyttan innan datainsamlingen påbörjas och en bland de viktigaste principerna är att behålla och skydda respondentens integritet. Rättvisa betyder likvärdig behandling, man får inte utnyttja någon och man ska skydda de sårbara grupperna. (Henricson & Billhult, Kvalitativ metod, 2017, s. 63.) Skribenterna valde att utgå från dessa etiska principer på grund av dess tydlighet, innehåll och dess relevans. Innehållet har även viktiga aspekter som ingår i det framtida yrkesområdet, då det handlar om respekt, självbestämmanderätt och integritetsskydd.

Skribenterna ansvarar att under studiens gång överväga de etiska aspekterna (Henricson & Billhult, Kvalitativ metod, 2017, s. 61). All data sparades på en USB-sticka som förvarades inlåst och efter att studien var utförd raderades webbenkät svaren. I undersökningen nämns inga namn eller någonting som kunde identifiera deltagarna, det vill säga att materialet

behandlas konfidentiellt. Vidare kunde inte kontaktuppgifter, ålder, kön eller vårdanstalt röjas eller kopplas ihop med respondenten. (Henricson & Billhult, Kvalitativ metod, 2017, s. 73.) Innan deltagandet fick respondenterna information via webbenkäten, där det framkom att respondenternas svar och uppgifter bearbetas konfidentiellt för att värdesätta självbestämmanderätten och integriteten. Respondenterna citerades slumpvis, utgående från deras erfarenheter utan att man kunde känna igen dem. Det här skedde i enlighet med de villkor som framställs av Forskningsetiska delegationen (2012) i Finland angående god vetenskaplig praxis, som Yrkeshögskolan Novia följer.

Enligt god vetenskaplig praxis måste man tillföra ett samtycke med respondenterna. Samtycket innebär att respondenten får självbestämmanderätt ifall hen vill delta i undersökningen. (Henricson & Billhult, Kvalitativ metod, 2017, s. 60; Ejlertsson, 2005, ss. 29-30.) Genom att respondenterna fyllde i formuläret samtyckte de att informationen de delat med sig fick användas i examensarbetet, vilket även framgick i formuläret. Uppgifterna användes enbart för detta examensarbete.

### 3.5 Trovärdighet

Validitet och reliabilitet är begrepp från den kvantitativa forskningsmetoden. Eftersom det är fråga om en kvalitativ studie, har begreppet trovärdighet en viktig funktion. (Trost & Hultåker, 2016, s. 63; Kristensson, 2014, s. 124.) Trovärdighet innebär att bedöma den kvalitativa studiens hållbarhet. Begreppet trovärdighet består av fyra dimensioner: tillförlitlighet, giltighet, överförbarhet och verifierbarhet. (Kristensson, 2014, s. 124.) Dessa dimensioner samverkar, och diskuteras nedan samt kort i diskussionen.

**Tillförlitlighet** handlar om resultatets sanningshalt, som grundar sig på det insamlade materialet och inte på fantasier. Forskningstrianguleringen ökade kvaliteten på resultatet, där alla projektgruppens medlemmar analyserade och tolkade materialet tillsammans, för att undvika missförstånd i tolkning och kodning. Genom att dokumentera dataanalysprocessen noggrant ökades även tillförlitligheten. (Kristensson, 2014, s. 125.) Dessutom granskades resultatbeskrivningen noggrant för att kontrollera att deltagarnas identitet inte kunde röjas. Ingen utomstående hade tillgång till enkätsvaren eller kunde läsa dem. Det som ytterligare stöder tillförlitligheten i resultatet är att projektgruppen hade en kritisk utgångspunkt och öppenhet inför de olika upplevelserna som beskrevs i enkäten. Det finns alltså en koppling mellan empiri och studien.

**Giltigheten** handlar om resultatets och det insamlade materialets stabilitet, därför ska det tydligt skrivas ner, när i tiden materialet är insamlat (Kristensson, 2014, s. 126). I webbenkäten fick vi svar som användes och tolkades direkt efteråt, vilket betyder att studien är giltig och aktuell. För att en analys ska vara riktig, bör flera personer vara överens om samma sak. (Jacobsen, 2012, s. 157.) När resultatet tolkades och kategoriserades, var alla i projektgruppen överens om det som framkom, vilket stöder giltigheten. I undersökningen fick alla deltagare utgå ifrån samma öppna frågor inom samma temaområde. Det här utfördes för att alla deltagare skulle ha samma utgångsläge, alla blev jämnt behandlade och jämställda. När enkäten stängdes, påbörjades resultatanalysen.

För att bekräfta resultatets trovärdighet har projektgruppen tagit hänsyn till ifall respondenterna varit förstahandskällor eller andrahandskällor. Genom berättelserna i webbenkäten kunde man påstå att deltagarna var förstahandskällor. Eftersom det handlar om respondenternas egna berättelser eller upplevelser, kan man aldrig vara helt säker på att den är ”riktig”, utan det beror på vem som tolkar den. (Jacobsen, 2012, s. 157.) Ifall läsarna håller med skribenterna blir resultatet giltigt.

**Överförbarheten** innebär i vilken utsträckning examensarbetets resultat kunde överföras till andra grupper eller sammanhang. För att kunna bedöma resultatens överförbarhet ska resultatet vara tydligt beskrivet och dessutom ska trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet vara ”säkrade”. (Henricson, Mårtensson, & Fridlund, 2017, s. 433.) Man kan stärka överförbarheten genom att noggrant beskriva deltagarna och studiekontexten i studien (Kristensson, 2014, s. 126). Eftersom deltagarnas data skulle behandlas konfidentiellt, kunde man inte göra noggranna beskrivningar om dem. Istället beskrivs det hur många som deltog, vilken medelålder deltagarna hade och varifrån man fick tag på deltagarna. Eftersom den kvalitativa forskningsmetoden inte baserar sig på tal eller enheter, beskrev projektgruppen inte hur många av deltagarna som besvarade att de hade fått ett gott bemötande inom vården. Istället presenterar man resultatet med en mer öppen inblick på respondentsvaren. Projektgruppen försökte omfatta citaten så varierande som möjligt med samma fenomen. Under diskussionen förenas resultatet med studiens bakgrund, där likheter bland resultat och teori presenteras.

**Verifierbarhet** studerar hur väl resultatet finns utskrivet i det material som har samlats in samt hur väl tolkningar och resultatet kan bekräftas. Studien visar läsarna att tolkningarna baserar sig på datamaterialet, det vill säga att man använder citat från respondenternas svar för att bevisa resultatets relevans. (Kristensson, 2014, s. 126.) Resultatets analysprocess har

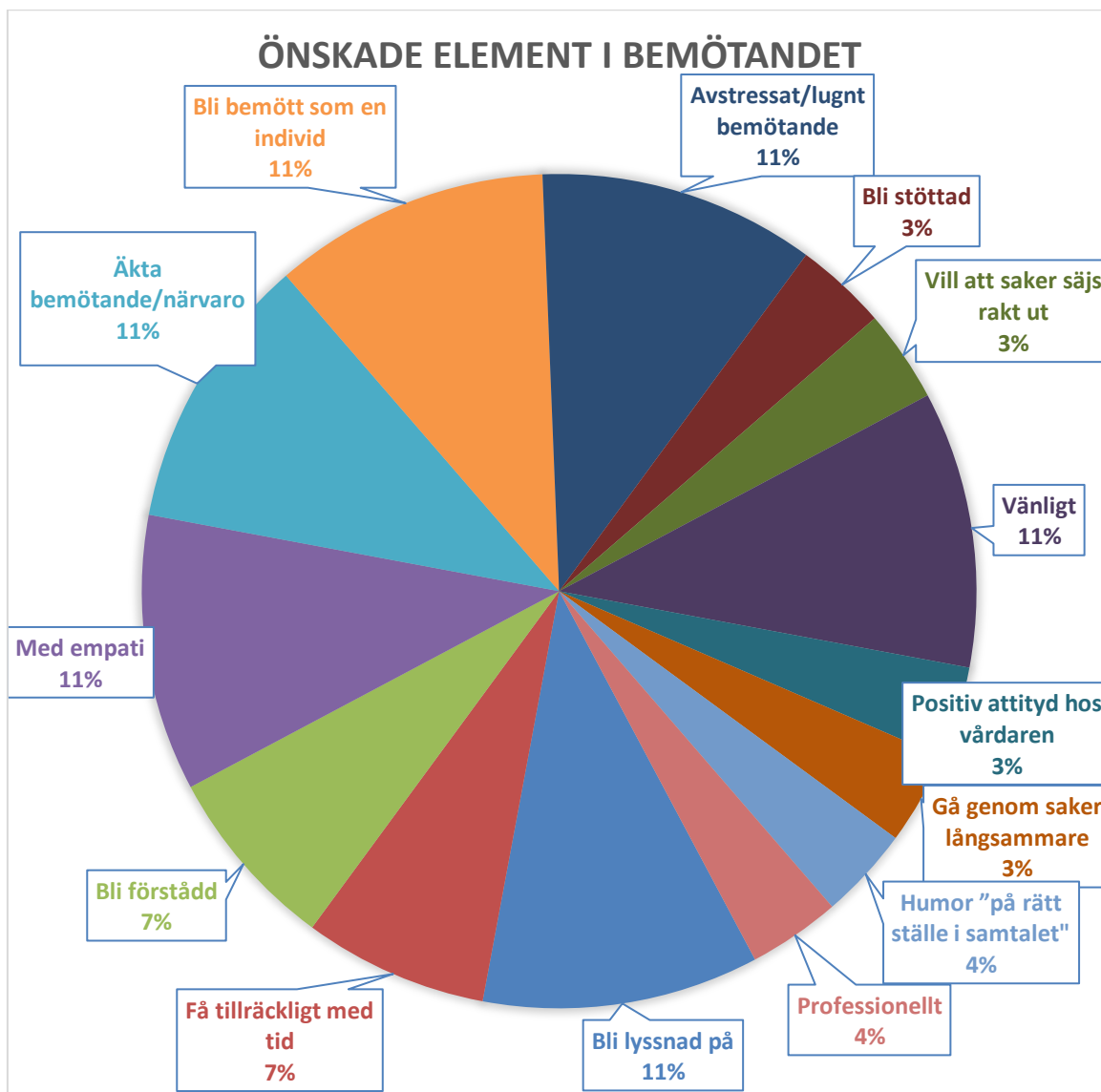
utgått ifrån dataanalysmetoden, som står som grund för bearbetningen av materialet och för att få svar på syftet och frågeställningarna. Hur resultatet är uppbyggt beskrivs även med hjälp av innehållsanalysen. Innan webbenkäten lades ut på nätet bad projektgruppen handledarna och några närstående att läsa igenom enkäten, för att berätta hur de uppfattade frågorna. Vid oklarheter kunde man göra ändringar innan publicerandet, plattformens inställningar korrigerades. På detta sätt kunde man kontrollera att frågorna motsvarade den information projektgruppen eftertraktade. De finska webbenkätsvaren översattes så ordagrant som möjligt till svenska för att upprätthålla samma tolkningsmöjlighet bland svaren.

## 4 Resultatredovisning

Studien redogörs i form av kodade underkategorier och kategorier enligt innehållsanalysens beskrivning. Webbenkäten besvarades av åtta personer som själva upplevde sig högkänsliga och som hade haft en längre vårdkontakt under de senaste fem åren. Medelåldern bland respondenterna var 39 år.

Skribenterna valde att analysera resultaten under två kategorier, bemötandet och hänsyn till högkänsligheten, med underkategorier som visas i tabellen 1 och 2 samt i bilaga 3. Projektgruppen vill påpeka att resultatet inte är generellt tillämpningsbart på en större grupp, utan består av några högkänsliga personers egna erfarenheter i olika vårdkontakter.

En översikt över de svar vi fått på frågan *Hur önskar du dig bli bemött av en vårdare?* finns illustrerad i figur 1. Där kommer det fram respondenternas åsikter om vilka de viktigaste delarna i ett gott bemötande är. De lyfter fram bland annat ett lugnt bemötande, att bli bemött som individ, äkta närvaro, vänligt, att man lyssnar på dem samt visar empati.



Figur 1. Respondenternas önskade element om bemötandet.

## 4.1 Bemötandes innehåll

I detta kapitel redogörs det för hur respondenterna själva har upplevt bemötandet under vårdssituationerna. I kategoriseringen av resultatet har vi utformat kategorin bemötande med underkategorierna: bemötandets innehåll, lyssnande och empati. (Tabell 1).

Tabell 1. Koder och underkategori för kategori bemötande.

Kod	Underkategori	Kategori
Bra bemötande	Bemötandets innehåll	Bemötande
Varierande bemötande		
Likgiltig		
Lyssnar	Lyssnande	
Lyssnar inte		
Tagen på allvar		
Bli sedd	Empati	
Individuellt bemötande		

**I bemötandets innehåll ingår** hurudant bemötande respondenterna fick; bra, varierande eller dåligt. Till underkategorin *lyssnande*, räknade man med ifall vårdaren hade lyssnat på patienten eller om man blivit tagen på allvar. Den sista underkategorin är *empati*, som beskriver situationer där.

Bra bemötande var något som de flesta i undersökningen hade fått. Vårdaren hade lyssnat och gett tid åt patienten, vilket framkom då respondenterna berättade om sina upplevelser gällande bemötande. Genom att vårdaren visat empati och tagit patienten på allvar, ökade den positiva upplevelsen.

Enligt några respondenter beror varierande bemötande på om vårdkontakten varit längre eller om vårdaren varit bekant redan från tidigare. Bemötandet varierar också beroende på vilka olika slags vårdanstalter det har varit frågan om. En respondent berättade att vårdaren reagerat negativt då patienten grät, och hade sedan bara ignorerat detta och fortsatt med det praktiska. En respondent beskriver hur hen ibland har blivit bemötta känslolokalt och andra gånger trevligt och empatiskt.

*Huvudsakligen bra, min mentalvårdshistoria är ungefär 20 år lång, så hit det ryms även dåliga erfarenheter. Åtminstone en läkare var väldigt likgiltig och lyssnade inte på mig. De flesta är trevliga och lyssnar på vad jag säger. Här på rehabiliteringshemmet upplever jag att jag blir lyssnad på, vid ett annat rehabiliteringshem där jag varit, var personalen likgiltig, de skrattade åt varandras berättelser i kansliet, men oss rehabiliteringspatienter fanns det inte tillräckligt tid för.*

*Under en annan vårdkontakt var mottagandet tvärtom. Rummet var rymligt och privat, t.ex. inga starka ljus och vårdaren hade en lugn röst, en varm blick. Hen fick mig att känna mig mycket bättre.*

En annan respondent berättade att upplevelsen av hur man blivit bemött har varierat beroende på vilken personen man talat med. I det här fallet handlade det om att personen fått sämre bemötande av läkare jämfört med resten av hälsovårdspersonalen. Respondenterna talade om att brådskan också bidrog till att bemötandet och hela upplevelsen var sämre.

*Grovt generaliserat skulle jag säga att möten med hälsovårdare och sjukskötare har varit positivare än med läkare. Generellt är empati ett av de viktigaste dragen för en professionell inom hälso- och sjukvården. Då känner jag inte, att de förminskar eller inte tar mig på allvar. Jag upplevde skam när jag sökte mig till mottagningen på grund av min mentala hälsa, under vårdkontakten försämrade vårdarens känslökalla och uttryckslösa mottagning mitt tillstånd. Brådskan och den snabba takten fick mig ännu mer stressad.*

Dåligt bemötande förekom också. Det skedde i och med att vårdaren inte hade visat empati, varit känslökall eller likgiltig. Högekänsliga observerar om vårdaren visar empati mot patienten. Likgiltigt bemötande har försämrat högekänsliga personens mående. En respondent svarade att bemötandet hade varit *utan förståelse*. Respondenten hade inte skrivit mer än så under frågan. Det hade varit önskvärt att få mera information om varför bemötandet hade varit dåligt.

**Lyssnande**, en av bemötandets grundläggande saker, fanns bland några respondentsvar. De flesta av respondenterna upplevde att vårdpersonalen inte hade lyssnat ordentligt på vad de hade att säga. Den högekänsliga personen uppfattar ifall vårdaren lyssnar eller inte. En respondent beskriver att på grund av sina högekänsliga sinnen, uppfattar hen allting omkring sig starkare. Det krävs alltså mera av patienten, mer koncentration och kraft, eftersom hen uppfattar så mycket annat än det som sägs eller görs under besöket.

*Eftersom jag uppfattar ALLT i rummet, så uppfattar jag också om personen som tar emot mig faktiskt lyssnar och ser mig - eller inte gör det. Jag kan uppleva att jag, eftersom jag oftast är löjligt förberedd inför ett läkarmöte, inte riktigt blir tagen på allvar. Som att de detaljer jag beskriver nonchaleras och jag uppfattas som "omständig", då det egentligen bara handlar om att jag tack vare högekänsligheten har förmågan att registrera även det subtila.*

Det framkom att respondenterna ville ha mera tid under mottagningen. Högekänsliga har större behov av tid jämfört med andra. Detta tillhör också lyssnandet, då man behöver ge utrymme för personen att fundera, ta in intryck och information samt hjälpa personen att öppna sig.

*Mig har man bemött lugnt och förståelsefullt, man har lyssnat på mig och gett mig tid, utan press eller känsla av brådska. Dessutom gav skötaren mig känslan, att hen på riktigt var intresserad om mina ärenden – vilket hjälpte till att jag vågade öppna mig själv, då jag visste att den andra verkligen var intresserad ... vårdarens lugna och lyssnande inställning var fantastisk. Jag är en person, som kan fundera länge på sina svar, för att uttrycka ärendet korrekt. Det här störde inte vårdaren, fastän jag funderade länge på hens fråga. Det kändes viktigt.*

**Empati** framkom i flera svar, det var ett av de viktigaste dragen vårdaren kunde ha. Då fick respondenterna känslan att vårdaren inte förminskat deras tillstånd och att man tog dem på allvar. Empatiskt bemötandet gjorde upplevelsorna positivare. Den empatiska inställningen och vårdarens vänliga attityd bidrog till att den högekänsliga personen hade lättare att öppna sig och kände sig bättre till mods. En del av respondenterna ville framför allt ha ett vänligt bemötande av vårdaren, vårdaren skulle *vara vänlig, förstå klienten och (vara) empatisk*. En vänlig attityd kan bidra till att mötet går smidigt och att det blir en trevlig upplevelse.

*Terapeuten som visste om saken bemötte mig med värme, accepterande, men förklarade ändå sakerna realistiskt för mig, utan att jag kände ångest.*

## 4.2 Hänsyn till högekänslighet

I den andra kategorin hänsyn till högekänslighet, har det tagits fasta på hur vårdpersonal har beaktat högekänsligheten under de olika vårdsituationerna. De genomgående dragen har sedan delats in i underkategorier, som beskrivs i tabell 2. Dessa underkategorier är: empati, attityder och förståelse. Till *empati* räknades ett empatiskt bemötande, till *attityder* en lugn och lyssnande attityd från vårdaren. Vidare innefattade kategorin *förståelse* element som att förstå patientens behov, avsaknaden av förståelse, att få tid samt tidsbrist. Även här kommer empati fram som en egen kategori, eftersom det framkom i flera svar bland respondenterna.

**Tabell 2. Koder och underkategorier för kategori hänsyn till högekänslighet.**

Kod	Underkategori	Kategori
Ingen förståelse	Förståelse	Hänsyn till högekänslighet
Förstå patientens behov		
Har fått tid		
Tidsbrist		
Empatiskt bemötande	Empati	
Lugn attityd	Attityder	

**Förståelse** innebär alltså att vårdaren ser och uppmärksammar patienten samt ger tid. De flesta sade att man inte hade tagit någon hänsyn till högekänsligheten. Det framkom att en del av respondenterna inte vill tala om sin högekänslighet under ett vanligt samtal eller möte vid till exempel en hälsocentral. De var rädda att man inte blir förstådd eller att man anser högekänsligheten som en påhittad sak och därmed blir dumförklarad. Därtill sade vissa respondenter att de upplever att de inte vågar tala om högekänslighet på grund av att de inte vill "göra ett nummer" av sig själva. Man kan inte heller utläsa ifall vårdpersonalen *skulle ha kunnat ta hänsyn* till högekänsligheten, eftersom det är något få ville prata om.

Andra respondenter upplevde däremot att de hade fått tillräckligt med tid under bemötandet. Däremot tyckte vissa respondenter att vårdaren hade tagit den långsammare takten i beaktandet. Det fanns alltså en viss förståelse och därmed gav man utrymme för den högekänsliga att tolka, bearbeta information och beaktat hela situationen.

*Jag vet av egen erfarenhet att jag har svårt att uttrycka mig under press, jag känner liksom att jag "tar onödigt mycket tid" och "är i vägen". Då är det lätt att något väsentligt blir osagt.*

Upplevelser om tiden och förståelse återkommer många gånger i så gott som alla svar. Vissa respondenter upplevde att vårdaren inte hade tillräckligt med tid för dem. De önskade att vårdaren skulle ge dem mera tid för att framskrida i sin egen takt. Det beskrivs att långa väntetider hade gjort den högekänsliga personen *nästan desperat*. De ville även att vårdaren skulle uppmuntra och samtidigt öka respondentens självförtroende, med att använda humor på rätt ställe, kunde man pigga upp vårdsamtalet.

**Empati** innebär att man förstår en patient och även lyssnar. Bland svaren fanns också några upplevelser där den högekänsliga personen har fått stöd och förståelse av vårdaren. Vårdaren har visat intresse och gett tid för respondenten, samt förstått att respondenten går vidare i sin egen takt och beaktat att en högekänslig person överbelastas lättare än andra personer.

*Läkare och sjukskötare, som kände till och förstod gråtandet bättre mm. Den värsta erfarenheten kom från tandläkaren, som inte alls reagerade på att jag grät. Tandläkaren talade med mig på ett väldigt oprofessionellt sätt så jag började gråta. Hen fortsatte ingreppet utan att tala med mig. Bättre erfarenheter har jag från arbetshälsovården, där jag redan haft en längre vårdrelation.”*

Respondenterna ville gärna att vårdaren ska bemöta dem som individer, alltså på ett personligt och empatiskt sätt. Bemötandet ska vara öppet och äkta, med äkta närvaro. Enligt respondenterna är trovärdighet något som inte orsakar en känsla av att patienten är till besvär eller orsakar stress för vårdaren. Det önskades att vårdaren skulle se de högekänsliga personerna såsom de är, *jag önskar att bli upptäckt och lyssnad på så som jag är.*

Att bli stöttad handlade om att både lyssna och att veta vilka saker som kan vara till hjälp för den högekänsliga. Den underliggande faktorn var tiden, en respondent önskade att vårdaren visste *vilka frågor som stöttar den högekänsliga*. Respondenten beskrev att hen har svårt att uttrycka sig när det är bråttom och var rädd för att ta för mycket tid eller plats. Det framkom att de vårdare som känner till den högekänsliga personen och de drag som personen har, förstår bättre högekänsliga personers beteende. Detta faller också under kategorin empati.

**Attityden** hos vårdaren spelar också en viktig roll. Respondenterna begär generellt att vårdaren ska förstå högekänsliga personer bättre. Vårdaren borde förstå att de högekänsliga hanterar informationen långsammare och djupare än andra. En respondent berättade att vårdaren behöver förstå att takten kan vara långsammare och respondenten kan göra på sitt eget sätt, men ändå uppnå sitt mål.

*Genom att ge tid och att vara genuint intresserad, ta hänsyn till att jag går min egen väg, inte nödvändigtvis på samma sätt eller lika snabbt som andra människor och att jag överbelastas lättare än andra .... Äkta närvaro, vilket återspeglas på kunskap att lyssna och allmän stämning. Med hjälp av den har högekänsliga personen lättare att öppna sig, när man inte känner sig som besvär eller att man orsaka brådska åt vårdaren.*

Vårdarens lyssnande attityd och lugna sätt att prata hade påverkat respondenternas upplevelse på ett positivt sätt. En del av respondenterna beskrev att vårdaren noggrant hade lyssnat på dem, *vårdarens lugn och den lyssnande attityden var fantastisk*. De högekänsliga

personerna upplever sina sjukdomar väldigt starkt och då bör vårdaren visa äkta intresse, genom att lyssna, för att få den högkänsliga lättare att öppna sig. Respondenterna beskrev att en lugn och positiv attityd fick dem att öppna sig.

Att ha en professionell attityd är också viktigt. En respondent önskade att vårdaren skulle våga säga saker rakt ut, så som de är. Hen berättade att även små saker har en stor betydelse för den högkänsliga personen. Någon ytterligare definition av begreppet professionell gavs inte, vilket bättre skulle ha öppnat betydelsen från patientens synvinkel.

Alla ovanstående element tar upp respondenternas åsikter och upplevelser. Det visade sig att bemötandet för den högkänsliga personen inte skiljer sig så mycket från vad en icke-högkänslig skulle önska sig om ett gott bemötande. De drag som däremot är annorlunda för högkänsliga, är sättet man uppfattar faktorer runt omkring sig, man behöver mer tid att bearbeta information som ges. De högkänsliga önskade att vårdarna skulle veta vad högkänslighet innebär, så att de kan bli förstådda och vågar vara sig själva.

Övriga saker som framkom under hurdant bemötande respondenterna ville ha, var att de önskade sig bli förstådda och stöttade, man ville att saker skulle sägas rakt ut, att vårdaren använder humor och ett professionellt beteende. Att bli förstådd handlade inte enbart om att fokusera på symptomen som orsakas av en sjukdom eller ett ingrepp, utan att uppmärksamma hela individen. En respondent ville att man inte bara skulle lyssna på individen, utan *borde hörsamma den underliggande orsaken*. Med detta menar respondenten att vårdaren ska lyssna på och reda ut de bakomliggande orsakerna till symtomen man har. Vidare kom det fram att man ville bli stöttad som högkänslig, vilket kräver att vårdpersonalen har kunskap om personlighetsdraget. Det betyder i sin tur att patienten måste berättar om sin högkänslighet för vårdaren.

## 5 Kritisk granskning

I detta kapitel presenteras en kritisk granskning av examensarbetet och webbenkäten. Den metod som användes var en kvalitativ induktiv forskningsansats, i form av en webbenkät med öppna frågor. Eftersom webbenkäten utfördes via Facebook kunde det inte granskas ifall alla deltagare var över 18 år gamla. Det som inte heller kunde granskas var ifall alla deltagare faktiskt var högkänsliga, eftersom det inte är en diagnos. Webbenkäten ansågs vara lämplig för studien, men intervjumetoden skulle antagligen ha gett en djupare innehållsmässig information, än vad enkäten gjorde. I intervjun skulle skribenterna ha haft möjlighet att ställa tillägsfrågor och därmed undvika korta och ytliga svar.

Eftersom skribenterna i arbetet var flera kunde intervju framförandet skapa en risk, ifall intervjuarna skulle ha intervjuat med olika tekniker. Webbenkätens resultatanalys kunde medföra risker för tolkningsfel, både språkliga (då svaren för det mesta var skrivna på finska) och allmänna tolkningsrisker, ifall projektgruppen tolkade respondentens svar fel. Därför valde projektgruppen att utgå ifrån triangulering, där alla skribenter tolkade svaren och därefter diskuterades tolkningarna tillsammans för att säkerställa att alla hade tolkat lika. Därefter översattes de finska svaren så gott som ordagrant till svenska, de granskades flera gånger för att betydelsen skulle behållas korrekt.

Det svåra med enkätformuläret var att få ihop de tre mest centrala frågorna och att formulera dem så att de bäst skulle besvara frågeställningarna. Eftersom respondenternas svar var mycket lika varandra gav det en bild av att de som deltagit hade förstått frågorna på samma sätt. Alla svar lästes igenom flera gånger för att delas in i olika kategorier enligt innehållsanalysens riktlinjer. Oberoende av metod fick projektgruppen inte så många deltagare via webbenkäten, fastän man påmint medlemmarna i Facebookgrupperna. Projektgruppen förväntade sig fler deltagare med mer utförliga besked från vårdsituationerna de haft.

Faktorer som påverkade deltagandet kunde vara informationstextens längd och att man skulle fylla i sin e-post (ifall deltagarna inte var villiga att dela sin e-postadress). Andra orsaker som kunde leda till få deltagare var eventuell rädsla och osäkerhet över att dela med sig av sina erfarenheter eller att avgränsningarna var för krävande. Eventuellt kunde det ha varit mer lönsamt att skicka ut webbenkäten till flera Facebookgrupper, som kunde ha haft större antal intresserade deltagare.

Metodens svagheter var att man inte kunde garantera innehållet och längden på svaren man fick. Deltagarna kom även lättare undan med att inte behöva delta i undersökningen då man inte kunde påverka vem som deltog. Projektgruppen vill påpeka om att resultatet inte är generellt utan endast några högekänsliga personers egna erfarenheter om olika vårdkontakter. Därför kan man inte påstå att resultatet är pålitligt gällande en större grupp personer med draget högekänslighet. Därmed om studien hade fått flera deltagare, skulle studien ha blivit pålitligare och tillförlitligheten skulle ha blivit högre. Resultatet skulle ha haft bättre möjlighet att bli likadant ifall någon annan skulle utföra samma undersökning, med samma instrument.

Problem som uppstod handlade bland annat om att webbenkätsvaren inte var så omfattande, som projektgruppen hade förväntat och eftertraktat. Svaren var ibland bara ett ord långa och därmed var det svårt att hitta likheter bland andra svar. Problem som uppstod bland de längre svaren var det irrelevanta innehållet med tanke på studiens syfte, frågeställningar och avgränsningar. På grund av detta hade skribenterna svårigheter att kategorisera innehållet. Under urvalsprocessen uppstod det även svårigheter då Facebookinlägget försvann bland andra inlägg i gruppen och eventuella respondenter lätt kunde missa inlägget. Projektgruppen försökte lösa problemet med att lyfta fram inlägget i gruppen.

Dessutom uppstod det problem då det fanns en begränsad mängd forskning och litteratur kring ämnet, man hittade inte forskning som samtidigt handlade både om högekänslighet och bemötandet. Att hitta en omfattande mängd olika källor och inte endast av några författare var utmanande. Eftersom det inte uppkom specifika forskning kring högekänsliga personers bemötande, kunde studiens resultat inte jämföras med andra likadana forskning kring samma ämne. Trots allt lyckades projektgruppen samla ihop en bra mängd varierande källor, och fick därmed svar på sina frågeställningar fastän alla respondentsvar inte var så omfattande.

## **6 Diskussion**

I detta kapitel diskuteras studiens trovärdighet kort, resultatet förenas med bakgrunden och förslag till vidareforskning tas upp. Diskussionen sammanfattar hela examensarbete i sin korthet. Studiens syfte var att undersöka hur högekänsliga personer blivit bemötta inom vården. De centrala frågeställningarna var; *Vilket bemötande har högekänsliga personer fått inom vården? Hurdant är ett gott bemötande?* samt *Hur har vårdpersonalen beaktat personlighetsdraget under vårdsituationen?*

Högekänslighet berör cirka en av fem personer i världen. Högekänslighet är ett personlighetsdrag, där det centrala nervsystemet reagerar på olika stimuli mer sensitivt. Högekänsliga personer reagerar även lättare på olika förändringar, symtom, smärta och är även känsligare mot mediciner. Det är viktigt för vårdpersonalen att ta detta i beaktande, för att underlätta den högekänsliga personens vårdssituation. Bemötandet har en viktig roll inom vården. Det innefattar flera faktorer, såsom kommunikation, att lyssna, reaktioner och attityder. I professionellt och idealiskt bemötande strävar man till att patienten får en god upplevelse av vårdtillfället. Vid professionellt bemötande använder man sig av de etiska riktlinjerna för att kunna uppehålla en professionell hållning, där vårdaren ska använda sin yrkeskunskap, intressera sig och bry sig om patienten, för att skapa tillit och gott bemötande.

Eftersom trovärdighet granskar studiens och resultatets tillförlitlighet, giltighet, överförbarhet och verifierbarhet bör det diskuteras hur de utfördes under studiens gång. Under kapitlen trovärdighet och kritisk granskning beskrivs utförandet noggrannare. Projektgruppen valde att hålla dessa rubriker separat för att lyfta fram trovärdighetens relevans i studien. Alla deltagare fick samma utgångsläge eftersom de besvarade samma frågor, detta utfördes för att behålla jämförbarheten. Projektgruppen granskade noggrant flera gånger att respondenterna inte kunde röjas ur citaten eller från beskrivningarna i resultatredovisningen. Då gruppen genomförde innehållsanalysen var det utmanande att få den så beskrivande som möjligt, för att läsarna lätt skulle förstå hur resultatet var uppbyggt. Det var en styrka att som grupp kunna gå igenom kapitlet och tillsammans fundera hur man skulle gå tillväga. Därefter var det viktigt att kunna förena resultatet med tidigare forskningar för att öka studiens överförbarhet.

Projektgruppen stävade till att få svar på studiens syfte och frågeställningar, genom en webbenkät där högekänsliga personer fick dela med sig sina erfarenheter. Studiens frågeställningar blev besvarade, både via bakgrunden och webbenkätsvaren. Resultatet visade att det fanns väldigt omväxlande upplevelser om bemötandet, från olika vårdanstalter. En del av respondenterna hade fått gott bemötande, medan andra hade både haft varierande och dåligt bemötande. Faktorer som respondenterna räknade upp angående gott bemötande handlade om att man lyssnade på dem, tog dem på allvar, gav dem tid samt lugn och ro, vårdaren hade en lugn och vänlig attityd, var empatisk, förståelsefull och intresserad. Faktorer som däremot orsakade varierande och dåligt bemötande handlade om att de upplevde att de inte fick tid, man inte lyssnade på dem, man tog inte dem på allvar, likgiltig och uttryckslös vårdpersonal, förståelsen och intresset saknades samt att läkarna tyckte att

de bara var en av de "googlande" patienterna. Däremot tyckte flera att sjukskötarna och hälsovårdarna hade haft ett mer positivt bemötande än läkarna.

Dessa fenomen hade också projektgruppen upptäckt genom de tidigare forskningarna och litteraturen som projektgruppen presenterade i studiens bakgrund. Likheter var bland annat vid beskrivningen om patientrummet, patientbemötandet, lyssnandet, attityder och närvaron. Enligt Aron (2016, s. 225) har de icke-högekänsliga läkarna bemött de högekänsliga patienterna som underliga, svåra att vårda och inte tagit dem på allvar, vilket gör att patienterna tycker att läkaren är känslolös och ovänlig. Samma beskrivning av läkarna framkom via respondent svaren, då de beskrev bemötandet likadant. Aron och Carlander med fler, (2014, ss. 360-361; 2002, s. 34.) beskriver också att man ska låta patienten skriva ner i lugn och ro, ge tid att lyssna, tänka, planera, fråga och analysera informationen i omgivningen. Mottagningsrummet kan påverka den högekänsliga personens överstimulering (Aron E. , 2012, s. 35; Blennberger, 2013, s. 27). Respondenterna önskade sig bland annat ett rymligt rum, utan starka ljus.

En lyckad kommunikation har sin grund inom lyssnandet. Vårdaren kan genom att lyssna skapa förståelse om patienten och dess situation. (Andersson, 2013, ss. 113-114.) Att aktivt lyssna på patienten, fråga och låta patienten prata till punkt, får vårdaren att visa sitt intresse (Haarakangas, 2011, ss. 67-69). Respondenterna beskrev att genom att vårdaren lyssnat, gett tid, varit intresserad och inte orsakat känslan av brådska fick de uppfattningen av att vårdarna var intresserade om dem som patient, vilket fick dem att våga öppna sig mer. Enligt Holm (2009, s. 53) skyddar man även patientens självbild genom att visa uppskattning, som däremot gynnar resultatet av vården.

Enligt respondenterna behöver de även mer tid för att bearbeta information långsammare och djupare, innan de kan ta in ny information. De önskade sig att vårdarna skulle förstå och acceptera att de behöver mera tid. Aron (2013a, s. s.23) påpekar också i DOES-modellen att djup bearbetning av information är en av de typiska egenskaperna den högekänsliga personen har. De behandlar sina observationer och information på ett djupt och analytiskt sätt. Andra egenskaper som Aron lyfter fram är den emotionella mottagligheten. Den högekänsliga personens känslor och upplevelser kan vara starka. De blir lätt rörda och har en hög förmåga att känna empati. Även Blennberger (2013, ss. 92-96) säger att vårdaren ska kunna visa empati, ta hänsyn, vara artiga och jämlika mot patienterna. Han beskriver att jämlikt bemötande är sådant, där vårdaren ser samma värde hos sig själv som hos dem man bemöter. Respondenterna beskrev att empati är ett av de viktigaste dragen en professionell vårdare

kan ha. Genom att vårdaren visat empati och tagit patienten på allvar, ökade den positiva upplevelsen. De ville sig att alla vårdare skulle vara vänliga, förstå klienten och empatiska.

Vid varierande och dåligt bemötande tog respondenterna fasta på att alla vårdare inte visat empati, inte lyssnade, de hade varit känslolösa och att de inte på något sätt hade tagit hänsyn till högekänsligheten. Enligt Ivarsson (2015, ss. 21-22, 37) är bemötandet och attityder de områden som får mest kritik från patienterna. Patienterna upplever att vårdpersonalen inte lyssnat på dem. Studiens litteratur lyfter fram att det är viktigt att fundera på sitt bemötande vid ett negativt besked, att visa empati och respekt ger bättre resultat av bemötandet. (Svensson, 2017, s. 82; McCabe, 2004, ss. 47-48.) En intressant faktor som respondenterna tog upp var att vårdarna inte hade tid för dem. I studiens forskning från Hong Kong, framkommer det samma sak. Patienterna i Hong Kong upplevde att resursbristen och underbemanningen för vårdpersonalen gjorde att de inte hade tid för kommunikation med patienten. De utförde det kliniska arbetet och det sociala uteblev. (Chan;Wong;Cheung;& Lam, 2018, ss. 1-3.) Genom att hitta likheter mellan de olika världsdelarna, om vad patienterna tycker om bemötandet inom vården är oroväckande. Att respondenterna från Finland påpekar samma saker som patienterna i Hong Kong, visar att sjukvården i hela världen bör förbättra sitt bemötande. Resursbristerna bör korrigeras och sjukvården bör satsas på mer.

Några respondenter lyfte fram sin mentalvårdshistoria, om att de lätt belastas och får ångest. Satri (2019, s. 41) beskriver att högkänsliga personer har förmåga att lida av problem med mentala hälsan. Utsättning av långvarig stress har en tendens att orsaka ångest och depression hos de högkänsliga.

Som slutsats kunde man konstatera att vårdpersonalen eventuellt har en sämre kunskap om personlighetsdraget högkänslighet och inte därför klarar av att ta dessa personer på allvar. Möjlig okunskap förorsakar osäkerhet, som personalen kan ha svårt att medge på ett professionellt sätt, vilket orsakar den förnekande attityden. Ifall högkänsligheten skulle bli mer omtalat, skulle kunskapen öka och draget skulle kunna beaktas på rätt sätt. För de högkänsliga patienterna skulle vi som blivande sjukskötare rekommendera att våga komma fram med personlighetsdraget så att vårdaren på förhand kunde samla information, beakta särdraget och skapa en lugnare omgivning till mottagningen. En av respondenterna berättade att efter att hen tagit upp högkänsligheten med vårdaren, började vårdarna beakta draget. Innan det hade vårdpersonalen inte vetat om personlighetsdraget och därmed togs det inte med. De vårdare som tog personlighetsdraget i beaktan gav patienterna tid, grundlig

information, uppmuntran, förståelse, acceptans och förberedde dem över vad som kommer att hända sedan. Respondenterna eftertraktade ett bemötande som är vänligt, har positiv attityd, de ville att man att gå igenom information långsammare, ger mera tid samt att lyssna på dem, visar empati och äkta närvaro, blir stöttad samt att blir bemött som en individ. Studiens litteratur lyfter fram att det verbala bemötandet samspelar med det kroppsspråk vårdaren visar. Ögonkontakten kan vara en inledning till öppenhet, leende kan ge trygghet åt patienten och ansiktsuttryck visar respekt, uppmärksamhet och vänlighet som ökar patientens självkänsla. (Blennberger, 2013, ss. 32-35.) Dessa faktorer kan vårdarna ta hänsyn till för att förbättra sitt eget bemötande i framtiden.

Projektgruppen tycker det skulle vara intressant om det i framtiden skulle forskas vidare kring bemötandet patienter får inom vården, detta skulle även gynna vårdanstalterna för att kunna utveckla sitt bemötande på avdelningarna med hjälp av studierna som samlar in erfarenheter patienterna fått. Då skulle man kunna lägga hänsyn till de saker patienterna önskar sig av vårdarna och förbättra dem. Studiens resultat kunde användas till vidareforskning om varför högkänsliga personer inte vill berätta om sitt personlighetsdrag samt från vårdarnas synvinkel varför det professionella bemötandet blir bristfälligt. Några av respondenterna beskrev att de bland annat inte ville lyfta fram sin högkänslighet under en vårdkontakt för att de var rädda att vårdarna inte skulle förstå dem och att de skulle bli dumförklarade.

Eventuellt borde det göras en konkret affisch eller artiklar om högkänsligheten till samhället och vårdpersonalen, som till exempel Hälsobyn.fi och de olika vårdanstalterna kunde använda sig av. Där skulle man ta fasta på vad högkänslighet innebär och vad som skulle vara önskvärt att beakta under en vårdkontakt för att nå det bästa möjliga bemötandet. De högkänsliga personerna kunde även tillägga på Mina-Kanta sidor att de är högkänsliga, även om det inte är någon diagnos. Vårdpersonalen kunde i så fall lättare beakta det i förväg. Det intressantaste i resultatet var hur många olika aspekter om bemötandet respondenterna kunde räkna upp, det kom fram flera saker om vad som orsakar ett gott eller dåligt bemötande.

## 7 Avslutning

Projektgruppen tackar föreningen *Högekänsliga i Finland rf* för samarbetet och projektet vi fått medverka i. Innan projektet påbörjades var begreppet högekänslighet nytt för en del av skribenterna. Projektgruppen lärde sig en hel del nya saker under examensarbetets gång och kommer bära med sig respondenternas upplevelser och åsikter vidare till yrkeslivet. Skribenterna har fått reda på flera aspekter om bemötandet och kan härmed beakta dem bättre. Vi har fått en bredare uppfattning om vad som påverkar den högekänsliga personen och vad som underlättar situationerna för dem.

I projektgruppen bestod av olika personer med olika åsikter och erfarenheter som på sitt eget sätt påverkat studiens gång. Vissa av oss var bättre på språk, gruppledning, att hitta på idéer, strukturering eller att söka vetenskapliga artiklar, vi tog fasta på projektmedlemmarnas styrkor. Ibland har det varit utmanande att komma överens om gemensamma beslut och utföra en tidtabell som passat alla. Gruppmedlemmarnas idéer har varit olika och ibland var det knepigt att hitta lämpliga metoder som alla var nöjda med. Kompromisser om studiens process har gjorts, men slutligen tyckte vi att man fått ihop ett bra resultat och en bra diskussion för studien. Projektgruppen är nöjd med studiens resultat och med respondenternas upplevelser och åsikter som de delade med sig.

Vi upplever att bemötandet ska vara likadant för alla personer, det är ingen skillnad om personen är högekänslig eller inte. Vi tyckte att de högekänsliga respondenterna lyfte fram fina aspekter om hurdan bemötande bör vara inom vården. Vi tror att de icke-högekänsliga personerna har samma åsikter om vad ett gott bemötande är, fast de inte känner så djupt som högekänsliga. Högekänslighet kan vara positivt då när personen får mod att berätta om sitt personlighetsdrag så att det kan tas i beaktande inom vården, de kan även använda sina egenskaper som en styrka då de lär sig anpassa sitt liv enligt personlighetsdraget. Skribenterna önskar att de högekänsliga personerna skulle lyfta fram personlighetsdraget och det skulle diskuteras mer om det, så att samhället, vårdpersonalen och befolkningen bli mer medveten om högekänsligheten. Vi upplever inte att högekänslighet är något negativt; vårdpersonalen får anstränga sig lite mera med sina förklaringar, sitt kroppsspråk och sin tidsanvändning för att uppnå så gott bemötande som möjligt i mötet med den högekänsliga.

## Källförteckning

- Acevedo, B., Aron, E., Aron, A., Sangster, M.-D., Collins, N., & Brown, L. (den 20 4 2014). The highly sensitive brain: an fMRI study of sensory processing sensitivity and response to others' emotions. *Brain and Behavior*(4), ss. 580–594.
- Andersson, S.-O. (2013). Mötet och samtalet. i B. Fossum, *Kommunikation samtal och bemötande i vården* (ss. 113-146). Lund: Studentlitteratur AB.
- Aron, E. (den 28 3 2012). The Highly Sensitive Person - How to thrive when the world overwhelms you. Kensington. Hämtat från [www.kensingtonbooks.com](http://www.kensingtonbooks.com) den 23 3 2020
- Aron, E. (2014). *Det högkänsliga barnet: att växa och må bra i en överväldigande värld*. Stockholm: Egia förlag.
- Aron, E. (2016). *Eryitysherkän ihmisen harjoituskirja*. Helsinki: Nemo.
- Aron, E. N. (2013b). *Eryitysherkkä ihminen*. Helsinki: Nemo.
- Aron, E., & Aron, A. (1997). Sensory-Processing Sensitivity and Its Relation to Introversion and Emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), ss. 345-368.
- Aron, Elaine N. (2013a). *Den högkänsliga människan*. Tallinn: Egia Förlag.
- Bergbom, I. (2014). Personcentrerad utformning av miljön. i H. Wijk, *Vårdmiljöns betydelse* (ss. 17-41). Lund: Studentlitteratur.
- Blennberger, E. (2013). *Bemötandets etik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Carlander, J., Eriksson, K., Hansson-Pourtaheri, A.-S., & Wikander, B. (2002). *Trygga och otrygga möten - vardagsetik och bemötande i arbete med människor*. Stockholm: Förlagshuset Gothia Ab.
- Chan, E. A., Wong, F., Cheung, M., & Lam, W. (den 6 18 2018). Patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: A focused ethnographic study. *PLOS one*, s. 17.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 144-145).
- Eido, H., & Eide, T. (2010). *Omvårdnadsorienterad kommunikation - relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken - en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Forskningsetiska delegationen i Finland. (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning och misstankar om avvikelser från den i Finland*. Hämtat från Forskningsetiska delegationen (TENK): [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva\\_Tieteellinen\\_SVE.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_SVE.pdf)
- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. i B. Fossum, *Kommunikation samtal och bemötande i vården* (ss. 25-50). Lund: Studentlitteratur.
- Haarakangas, K. (2011). *Läkande dialogiska samtal - i terapi och psykiatrisk vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hedman, H. (2015). Patienten - personens röst. i I. Ekman, *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* (ss. 7 - 68). Göteborg: Liber Ab.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 111).
- Henricson, M., Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). *Vetenskaplig teori och metod*. Poland: Studentlitteratur AB, Lund.
- Holm, U. (2009). *Det räcker inte att vara snäll - om empati och professionellt bemötande i människovårdande yrken*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ivarsson, K. (2015). *Möten i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsen, D. I. (2012). *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Spanien: Graficas Cems S.L.

- Jagiellowicz, J., Xu, X., Aron, A., Aron, E., Cao, G., Feng, T., & Weng, X. (den 4 3 2011). The trait of sensory processing sensitivity and neural responses to changes in visual scenes. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6, ss. 38-47.
- Jakobsson, U. (6 2007). Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. (B. J. Haglund, Red.) *Socialmedicinsk tidsskrift*, 84(6), 541-548. Hämtat från <http://socialmedicinsktidsskrift.se/index.php/smt/article/view/568/388> den 05 03 2020
- Klang, B., Thorell-Ekstrand, I., Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2014). *Sjuksköterskans omvårdnadskunnande - en praktisk och teoretisk grundbok*. Storbritannien: Pearson.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lagen om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785. (den 17 8 1992.). *Lagen om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785*. Hämtat från finlex: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=lagen%20om%20patientens%20ställning>
- Liukkonen, A. (1990). *Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa*. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. i M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (ss. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- McCabe, C. (01 2004). Nurse-Patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49.  
doi:<http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>
- Sandberg, H. (2014). *Sjuksköterskans samtal: professionalitet och medmänsklighet*. Lund: Studentlitteratur.
- Satri, J. (2016). *Sisäinen lepatus- herkün ihmisen tietokirja*. Helsingfors: Viisas elämä Oy.
- Satri, J. (2019). *Herkkyyks voimavaraksi*. Helsinki: Viisas Elämä Oy.
- Strandberg, O. (den 31 8 2017). *Vårt minne och hur det fungerar*. Hämtat från Psykologiskt vetande: <http://www.psykologisktvetande.se/minnet.html>
- Sullivan, E., Mendoza, S., & Capitanio, J. (den 1 9 2011). Similarity in temperament between mother and offspring rhesus monkeys: Sex differences and the role of monoamine oxidase-A and serotonin transporter promoter polymorphism genotypes. *Dev Psychobiol*, 6(53), ss. 549-563.
- Suomen erityisherät ry. (2020). *HSP-Suomen erityisherät ry*. Hämtat från <https://www.erityisherkat.fi/erityisherkkyyks/tutkimustaustaa/>
- Suomi, S. (1987). Genetic and maternal contributions to individual differences in rhesus monkey biobehavioral development. *Academic Press*, ss. 397-419.
- Svensson, A. (2017). *Hatrelaterade trauman - bemötande, stöd och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing Theorists and Their Work*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Trost, J., & Hultåker, O. (2016). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

## Sökhistorik

Datum för sökningen	Databas	Söktermer och kombinationer	Antal träffar	Avgränsningar	Antal träffar efter avgränsningar	Antal valda artiklar
21.1.20	CINAHL	High sensitivity AND treatment	28,274	2015-2020, academic journal, full text, peer reviewed, full text	108	0 – felaktiga artiklar om kolesterol och diabetes och annan medicinkänslighet. Felaktiga söktermer.
22.1.20	CINAHL	High sensitive person	6,484	2015-2020, academic journal, full text, peer reviewed, full text, Europe	110	1 – många handlade om kliniska sjukdomar, medicinkänslighet eller diabetes. Valde en text som handlade om bemötande och vilka reaktioner patienterna fick.
4.3.20	APA PsycInfo	High sensitivity person och "highly sensitive"		2010-2020, Peer Review, full text, Academic journal,	41	0- Fulltext online saknades. handlade om familjer, barn eller skolor för att mäta högkänslighet
4.3	Psyc-Articles	High sensitivity person, high sensitivity, highly sensitive		2010-2020, samma som ovan, även avgränsningar med engelska som språk	34	0-Samma som ovan, handlade även om skolor eller hur högkänsliga ska hålla föredrag.
4.3	Academic Search Complete	Highly sensitive		2015-2020, peer review, academic journal, full text online		1-Handlade mest om föräldraskap, liknande resultat som två ovanför
9.3	EBSCO Academic Search Elite	Nurse patient relationship, treatment		2014-2019, PDF full text, engelska som språk	135	0- många artiklar handlade om onkologi och hemvård
9.3	EBSCO Academic Search Elite	Nurse patient relationship, communications skills		2010-2020, PDF full text, engelska som språk	19	0- palliativ vård och onkologi
9.4	EBSCO Academic Search Elite	Nurse patient communication		2010-2018, full text, engelska som språk	79	1 – Patienterfarenhet av patient- sjukskötare och kommunikationen mellan dem.

# Webbenkäten på svenska och finska

## Bemötandet av högkänsliga inom vården

Välkommen till vår undersökning om bemötande!

I vårt examensarbete undersöker vi hur högkänsliga personer har blivit bemötta i vården.

Frågeformuläret här nedan innehåller fyra frågor som stöder studiens syfte att undersöka hur personer med högkänslighet bemöts inom vården. Ta god tid på dig och svara på de öppna frågorna så utförligt du kan.

Genom att svara på frågorna och skicka in formuläret, ger du samtycke till att ditt material får användas i vårt arbete. Deltagandet är bindande men dina uppgifter behandlas konfidentiellt, dvs. att inga namn, platser eller något som skulle kunna röja din identitet kommer att skrivas ut. Vi behöver din e-postadress för att vid behov ta kontakt, om något är oklart. Materialet kommer analyseras och ingå i vårt examensarbete, där vi sammanställer svaren från alla som blivit tillfrågade. Deadline för deltagande är den 5 april 2020.

Tack för ditt värdefulla bidrag!

Projektgruppens kontaktperson:

Mikaela Malmström [mikaela.malmstrom@edu.novia.fi](mailto:mikaela.malmstrom@edu.novia.fi)

Ansvarig handledare:

Josephine Åberg [Josephine.ahberg@novia.fi](mailto:Josephine.ahberg@novia.fi)

Lektor vid Yrkehögskolan Novia, Åbo

\*Pakollinen

Sähköpostiosoite \*

Sähköpostiosoitteesi

Vilket år är du född? \*

Oma vastauksesi

Berätta om hur du blivit bemött i vården. \*

Oma vastauksesi

Berätta på vilket sätt vårdpersonal tagit hänsyn till/ beaktat att du är högkänslig. \*

Oma vastauksesi

Hur önskar du bli bemött av en vårdare? \*

Oma vastauksesi

Vastaustesi kopio lähetetään antamaasi osoitteeseen sähköpostitse

Lähetä

## Erityisherikän kohtaaminen hoitosuhteessa

Tervetuloa mukaan tutkimukseemme kohtaamisesta!

Opinnäytetyössämme tutkimme kuinka erityisherikät henkilöt on kohdattu hoitosuhteessa.

Kyselylomake sisältää neljä kysymystä, jotka tukevat tutkimuksen tavoitetta tutkia minkälaisia kohtaamisia erityisherikät henkilöt ovat saaneet hoitosuhteessa. Vastaa avoimiin kysymyksiin rauhassa, niin yksityiskohtaisesti kun voit.

Vastaamalla kysymyksiin ja lähettämällä lomakkeen, annat suostumuksen materiaalin käyttöön opinnäytetyössä. Osallistuminen on sitova ja yhteystietosi käsitellään luottamuksellisesti, toisin sanoen nimeä, paikkaa eikä mitään, minkä voisi yhdistää henkilöllisyytesi sisällytetä työhön. Tarvitsemme sähköpostiosoitteesi mahdollista yhteydenottoa varten, jos jotain jää epäselväksi. Materiaali analysoidaan ja sisällytetään opinnäytetyöhömmme, johon teemme koosteen kaikkien osallistuneiden vastauksista. Viimeinen vastauspäivä on 5. huhtikuuta 2020.

Kiitos, osallistumisesi on meille arvokasta!

Projektiryhmän yhteyshenkilö:

Mikaela Malmström [mikaela.malmstrom@edu.novia.fi](mailto:mikaela.malmstrom@edu.novia.fi)

Vastuullinen ohjaaja:

Josephine Åberg [Josephine.berg@novia.fi](mailto:Josephine.berg@novia.fi)

Lehtori, Yrkehögskolan Novia, Turku

**\*Pakollinen**

Sähköpostiosoite \*

Sähköpostiosoitteesi

Minä vuonna olet syntynyt? \*

Oma vastauksesi

Kerro miten sinut on kohdattu hoidossa \*

Oma vastauksesi

Kerro miten hoitohenkilökunta on ottanut huomioon erityisherikyytesi. \*

Oma vastauksesi

Millaista kohtaamista toivoisit hoitajilta? \*

Oma vastauksesi

Vastaustesi kopio lähetetään antamaasi osoitteeseen sähköpostitse

Lähetä

## Enheter, koder och kategorier för resultatet

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Har bemötts bra	Bra bemötande	Bemötandets innehåll	Bemötande
De flesta är trevliga/vänligt bemötande			
Variert bemötande	Variert bemötande		
Vårdaren som tog emot mig var känslökall, likgiltig/ Jag önskar empati	Likgiltig	Lyssnande	
Vårdaren lyssnar faktiskt	Lyssnar		
Inte riktigt blir lyssnad på/inte alls lyssnad på	Lyssnar inte		
Inte bli tagen på allvar	Tagen på allvar		
Att vårdaren faktiskt ser mig	Bli sedd	Empati	
Bemöts som individ	Individuellt bemötande		
Empati ett av de viktigaste dragen/ Vårdaren kunde bemöta mig med empati	Empatiskt bemötande	Empati	Hänsyn till högekänslighet
Vårdarens lugn och hans lyssnande attityd/ Vårdaren hade ett lugnt sätt att prata	Lugn attityd	Attityder	
Reagerade inte alls reagerade på mina känslor /reaktion utan förståelse	Ingen förståelse	Förståelse	
Förstående bemötande, bemöta med lugn och förståelse	Förstå patientens behov		
Har bemött med tid/Genom att ge tid	Har fått tid		
Det fanns inte tillräckligt med tid/önskar att vårdaren ger tid	Tidsbrist		