



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Emne 5**

Emnekode: **SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: **Hjemmeeksamen**

Leveringsfrist: **18.02.10**

Kandidatnr.: **14**

Antall ord: **6523**

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å se på faktorer som påvirket pasientens verdighet mens den var innlagt på sykehus/rehabilitering. Dette på bakgrunn av erfaringer fra praksis der pleiekulturen var preget av pasienten ble oppfordret til å ta aktiv del i egen bedring. Metoden som er brukt for å belyse temaet er litteraturstudie. Faktorer i miljøet, kulturen og sykepleiernes adferd viste at det var en rekke utfordringer og at de av pasientene som hadde dannet seg mestringsstrategier opplevde større kontroll og var mindre sårbare for verdighetskrenkelsler.

Nøkkelord: verdighet, omsorgskultur, ydmykhet, sykepleie

Summery

The purpose of this study was to look at the factors that influenced the patient's dignity while admitted to hospital / rehabilitation. Related to experiences gained from clinical practice in which the care culture was to encourage the patient to take active part in self-improvement. The method used to illuminate this subject is the study of literature. Factors in the environment, culture and nurses behavior showed that there were a number of challenges. The patients who had formed coping strategies experienced more control and were less vulnerable to dignity violations.

Keywords: dignity, caring culture, humble, nursing

Innhold

1.0	INNLEDNING	3
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	3
1.2	PROBLEMSTILLING	3
1.3	BEGRUNNELSE AV VALG, AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	4
2.0	TEORETISKE RAMMER	4
2.1	HVA FORVENTES AV PASIENTEN?	5
2.2	HVA FORVENTES AV SYKEPLEIEREN?	6
2.3	HVORDAN PÅVIRKER OMSORGSKULTUREN VERDIGHETEN?	7
3.0	METODE	9
3.1	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	9
3.2	SØKEPROSESSEN	9
3.3	PRESENTASJON AV DE AKTUELLE STUDIER	10
3.4	FUNN	11
4.0	DRØFTING	13
4.1	HVA BETYDDE PASIENTENS VERDIGHET BLANT PASIENTENE OG SYKEPLEIERNE I STUDIEN?	13
4.1.1	GAV SYKEHUSET DEM ROM FOR PRIVATLIV?	14
4.1.2	HVILKE FORSKJELLER VAR DET MELLOM SYKEPLEIERNES OG PASIENTENES TOLKNINGER?	15
4.2	TROEN PÅ Å SELV KUNNE HA KONTROLL	15
4.2.1	HVILKE MESTRINGSSTRATEGIER TOK PASIENTENE I BRUK?	16
4.3	SYKEPLEIERENS ADFERD	16
4.3.1	HVORDAN KUNNE SYKEPLEIER PÅVIRKE PASIENTENS VERDIGHET?	17
4.4	HVA KUNNE VÆRE ÅRSAKENE TIL AT PASIENTVERDIGHETEN BLE TRUET?	18
3.0	KONKLUSJON	19
4.0	LITTERATURLISTE	20

1.0 Innledning

I følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er "*grunnlaget for all sykepleie respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet*" (Sneltvedt, 2005, s102). Vi leser dette sitatet flere ganger i løpet av studietiden. Den forteller oss at selve basisen for utøvelsen av sykepleie er rett og slett respekt. Respekten for det enkelte individ og respekten for dens verdighet. Sykepleierens ansvar knyttes videre til lovverket. Og i Lov om Pasientrettigheter fra 1999 går det frem at formålet, å fremme lik tilgang og god kvalitet på helsetjenestene, må ses i sammenheng med begreper som tillitsforhold, respekt, menneskeverd og integritet (§1-1). Ikke bare baseres denne respekten på sykepleierens etiske grunnlag men er også knyttet til sykepleierens juridiske rammer. Den utdyper at utgangspunktet for samhandlingen mellom pasient og sykepleier er respekten for individet og dens verdighet. Hvordan kan det da ha seg i følge Lillestø (2006) at mennesker som mottar helsehjelp opplever utfordringer vedrørende dette?

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema er erfaringer fra praksis på sykehus der pleiekulturen gjerne var preget av å oppmuntre at pasienten kom seg raskest mulig opp av sengen og selv deltok aktivt i rekonvalens prosessen etter et kirurgisk inngrep. Dette blant annet for å fremme rehabilitering og for å forebygge postoperative komplikasjoner. Det jeg opplevde var at enkelte av pasientene ofte møtte helsepersonellens anbefalinger med negativt ladde emosjonelle meningsutvekslinger. Dette fikk meg til å undre meg over om det kunne være noe i møtet mellom pasient og helsepersonell/sykehusavdeling som utgjorde forskjellen i om en eventuell destruktiv trend i bedringsprosessen fikk slå rot. Ved flere anledninger opplevde jeg at hvis en møtte disse pasientene med ydmykhet førte dette gjerne til en spontan endring i pasientens uttrykte ønske om å spille en sentral rolle i sin egen bedring. Kunne denne negative meningsutvekslingen være et resultat av at de opplevde seg krenket? Jeg ønsket å se nærmere på hva verdighet betydde for pasienter som var innlagt på et somatisk sykehus.

1.2 problemstilling

Møtet med den sårbare pasient - Sykepleierens utfordringer i ivaretagelse av pasientens verdighet.

1.3 Begrunnelse av valg, avgrensning og presisering av problemstilling

Det ble på grunn av oppgavens gitte størrelse og disponerende tid lagt vekt på varheten i pasientkontakten og dens organisatoriske rammer.

2.0 Teoretiske rammer

Hvorfor oppstår situasjoner som truer verdigheten?

Verdighet er et sammensatt og komplekst begrep som relateres til følelser, kontroll, fremstillingen av selvet, privatliv/vern og andres adferd. Faktorer hos pasienten, miljøet og pleiepersonalets adferd kan true eller fremme pasientens verdighet. Pasienter er utsatte for å tape verdighet på grunn av deres reduserte helse, manglende privatliv og pleiepersonalets adferd (Baillie, 2009).

I Lillestø (2006) deles sykepleiens kunnskapstradisjon forenklet sett i den objektive og den subjektive. Sykepleiens objektive kunnskapstradisjon er basert på de naturvitenskaplige dataene. Denne målbare tradisjonen der fenomenene beskrives med bakgrunn i presise opplysninger kan være med på å redusere pasienten til en tilstand eller sykdom. Ved standardiserte intervensjoner sørger dette for at alle pasientene med tilsvarende tilstander får tilnærmet lik behandling. Denne biomedisinske tradisjonen fører til at pasientens kropp blir redusert til en fysisk tilstand.

En kan ikke gjennom standardiserte tiltak forutse hvordan den enkelte pasients opplevelse blir akkurat slik som den blir i en gitt kontekst da dette kan oppleves ulikt for hver pasient. Og den subjektive kunnskapstradisjonen på den andre siden gir oss kunnskaper om de subjektive dataene som ikke fanges opp av naturvitenskapen. Den biografiske kunnskapstradisjonen vektlegger den praktiske virkeligheten og ønsker å beskrive, fortolke og forstå den enkeltes erfaring og opplevelse (Lillestø, 2006).

Dette kan videre forklares i forståelsen av sykdomsbegrepets tre dimensjoner (Kleinmann, 1998, gjengitt i Gjengedal & Hanestad, 2007). Kleinmann deler begrepet inn i "*disease*", "*sickness*" og "*illness*" og redegjør for hva disse rollene betyr. Førstnevnte betyr sykdom som selve objektive klassifiseringen basert på helsepersonellet funn. Som til eksempel kols, artrose, hjertesvikt. Den neste "*sickness*" er den rollen som en tar på seg som syk der hvordan en blir oppfattet av samfunnet rundt og i den sosiale kontekst er sentralt. Til eksempel ikke lenger i stand til å utføre visse arbeidsoppgaver på arbeidssstedet, rett på

medisinsk/kirurgisk behandling. Den siste er dimensjonen "illness" som er selve opplevelsen rundt det å være syk. Her er det den subjektive opplevelsen som står i sentrum. Hvordan akkurat denne pasienten opplever sin sykdom (Gjengedal & Hanestad, 2007).

Selv om sykepleie teorien gjerne rettes mot den subjektive kunnskapstradisjonen er fremdeles deler av organiseringen som sykepleieprosessen og fordeling av arbeidsturnus utformet på bakgrunn av målbare enheter. Dette fører gjerne til en brist mellom de objektive krav og tilrådninger og pasienten som et sansende individ (Martinsen, 2005).

2.1 Hva forventes av pasienten?

I dagens helsesamfunn forventes det i større og større grad at pasientene tar aktiv del i sin egen tilfriskningsprosess (Vik, 2007). I forskrift om habilitering og rehabilitering fra 2001 pålegges kommunene eller de regionale helseforetakene å sørge for at de enkelte brukerne av tjenestene kan medvirke til gjennomføringen i sin egen habilitering- og rehabilitering. Ved at disse hierarkiske og politiske strukturer utflates medfører dette at pasienten selv ilegges ikke bare en større makt men også et større rolle ansvar. Pasienten selv blir oppfordret til å ha medvirkning i planleggingen, utforming, utøvingen og evalueringen av de enkelte helsetjenester. For sykepleien betyr dette at vi ikke bare kan rette fokuset mot behandlingen av den enkelte sykdom men at vi også må ta på oss en dobbelt rolle der vi retter fokuset mot hvordan vi samtidig påvirker pasientens identitet (Sørbø, 2007).

Helse og mening kan ses å være relatert til forventninger til om dens funksjon og handling. Og målene formes gjennom en gradvis tilvenning. Nyere litteratur referer til dette som "*response shift*" (Kapstad, 2007 s 236). Denne tilvenningsprosessen er dynamisk og går over tid. En kan dermed ikke være så raskt ute for å gi en endelig dom over valgt i nåtiden som vil få konsekvenser for fremtiden da forventningene gjerne tilpasses livet. For i følge Gutiérrez (1990, gjengitt i Vik 2007) må en myndiggjøring innebære endringsprosesser som virker stimulerende til handling. Å kunne utvikle troen på sin egen evne. Ved at oppmerksomheten som omhandler påvirkningskrefter de politiske strukturene har på det enkelte mennesket styrkes reduseres den enkeltes skyldfølelse. Og ved at skyldfølelsen reduseres fører dette til at en i større grad tar et personlig ansvar for å gå gjennom en nødvendig endring.

Nordengen (2004) beskriver at endring er noe vi alle må møte på i livet. Vi kan derfor ikke si at et godt liv handler om å ikke møte det ubehagelige og uventede. Det det handler om er å kunne møte de endringene i livet slik at fremtiden ikke oppleves håpløs. Vi som mennesker er forskjellige og vi har ulike måter å reagere på når vi rammes av uønsket endring. Det vi har

til felles er at vi blir følelsesmessig engasjerte. Vi blir alle preget av ytre hendelser og vi trenger å gå gjennom det som har skjedd for at ikke de vonde følelsene skal føre til mer skade. Ens evne til å kunne takle endring kan opparbeides og læres. Og motivasjon og livsglede er noe vi alle kan velge å hente frem i oss selv eller velge å la være (Nordengen, 2004).

2.2 Hva forventes av sykepleieren?

Sykepleierrollen er en profesjonell yrkesrolle som det er knyttet spesifikke forventninger til fra menneskene rundt. Disse rolleforventningene grupperes i allmenne normer. Samfunnet er gjennom sine normer med på å forme de ulike profesjonenes roller (Hem, 2009). Sosiologen Talcott Parsons (Hem, 2009) hevder at vi selv fyller våre liv med egendefinerte roller og at det er hvordan vi velger å spille våre roller samt hvilke determineringer som ligger i våre roller som er med på å forme våre roller som en profesjon.

Dagfinn Nåden og Katie Eriksson beskriver en teori-modell i sykepleie som kunst. (Eriksson & Nåden, 2004) Den tar sikte på å ivareta og bevare menneskets verdighet. For at sykepleie skal kunne kalles en kunst er opprettholdelse av menneskets verdi ikke bare nødvendig men også helt fundamental. Det vektlegges en sensitiv og varsom kommunikasjon der menneskets verdighet ivaretas. Sykepleieren viser sin moralske holdning ved å ta på alvor pasientens fysiske eller åndelige smerter samtidig som den støtter opp om pasienten.

Filosofen Løgstrup beskriver en allmenn etikk der han beskriver det sårbare og hjelpeløse i mennesket. Denne utfordringen å ivareta dette mennesket, i en av de mest sårbare situasjonene som en pasientrolle kan være, møter vi i vår rolle som sykepleier. Han legger vekt på det uformelle ved at sykepleier bruker fornemmelsen for hva pasientens ønsker er og at det i hver situasjon må vurderes hva som er til pasientens beste. Han avviser ikke regler, normer og prinsipper men likestiller dem med krykker. Han sier at de kan være nyttige til støtte i vanskelige situasjoner men at de ikke må hindre oss ved å bli for vanskelige å bruke. Bruk av moralens krykke kan ikke erstatte mangel på godhet (Brinchmann, 2005). Det legges vekt på åpenhet, tillit, barmhjertighet, kjærlighet og håp som er fenomener i det Løgstrup kaller for "spontane livsytringer". Slik at ved å ta imot og vise tillit, åpenhet og kjærlighet tar vi vare på livsytringene (Brinchmann, 2005).

Personlig integritet er ett av filosofen Knut Løgstrups fire urørlighetsdimensjoner. Han sier om dette at vi har alle elementære behov for å være omgitt av såkalte urørlighetssoner. Menneskets former for krenkelser av andre forklarer hvordan mennesket universelt sett gjør

feil når en invaderer andres behov for å verne om seg selv. I disse soner vil vi som mennesker vegre oss for såkalte inntrengere (Løgstrup, 1983, gjengitt i Lillestø, 2006). Med sin filosofiske tilnærming forklarer dermed Løgstrup det sårbare og urørlige i ens liv. I disse soner tar en for gitt at andre respekter at ens grenser ikke invaderer dem uten at en er invitert inn i disse private sfærer. Hvis en som sykepleier opptrer på en måte som den enkelte pasient kan oppfatte som krenkende vil dette dermed påvirke pasientens "selv" (Lillestø, 2006).

2.3 Hvordan påvirker omsorgskulturen verdigheten?

Begrepet kultur har sitt opphav i sosialantropologien. Denne omhandler det som er felles av oppfatninger, ritualer, sedvaner og overbevisninger i et gitt samfunn. En beskriver der hva som er en akseptabel måte av dette samfunnets medlemmer å operere på (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Den indre kulturen i en organisasjon tar sikte på å styrke og å utvikle ideer, mening og verdier. Denne indre kulturen er med på å fremme til refleksjon ved at den lærer å mestre sine problemer (Fisher & Sortland, 2001). Samtidig fungerer kulturen som et sett kognitive kart der individene ubevisst kutter ut informasjon som ikke passer til disse "skjemaene" man allerede har. Det vil da bare fokuseres videre på den informasjonen som kan relateres til de opplysningene som skjemaene angir som relevante (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

I følge Kari Martinsen tolkninger av Løgstrup er kulturen er sentral for å hjelpe oss i våre møter med hverandre. Kulturen fungerer som rammeverket. Sykepleieren kan i dette fremme en kultur som inneholder plass for refleksjon. Men spørsmålet blir hvordan vi forholder oss til normene og praksiser i en kultur. *"Bedømmelsen kan referere til en autoritet som omformer det kulturelle og det vitenskaplige til ett etisk krav - omsorgen og respekten for livet (Martinsen, 2005, s 56)".* Etikken og normene tar vi da med oss og bruker fra distanse. Dette vil da fungere på et sett som gjør at den gir oss en omtur gjennom de kulturelle referansene for vår egen og andres del. Ved distanse blir dette produktivt fordi dette gir rom for andre å uttrykke seg selv også. (Martinsen, 2005) En utøver da ikke en dom da den etiske refleksjon skal ikke her skal brukes for å straffe, men som et kjærlig redskap.

Løgstrup og Martinsen bruker gjerne eksempelet om den barmhjertige samaritan. Der hvordan vi ved å gi rom for profesjonalismen, bruke de kulturelle rammene og fleksible normer dynamisk i møtet med livet vil gjøre de gode valgene. Vi kan ikke læres opp til å være barmhjertige men at å dømme andre er lært.

Oppmerksomheten står i følge Løgstrup (Martinsen, 2006) i fare pga mekanisk støy. Kun i stillheten finnes oppmerksomhet/årvåkenhet. Årvåkenheten til sykepleieren svekkes ved støy og erstattes med utålmodighet. Stemningen avslører. Denne "tonen" som er fundamental og formet av kulturen. En må i samhandlingen finne en felles plattform. Å være lydhør for pasientens "tone" og handle deretter. Skjønn handler om å se noe i sammenheng, om å utvikle en kapasitet til å skille, se forskjeller. Skjønn er det motsatte av forenklinger og fastlåsnings. Åpenhet er en utveksling som gir grobunn for spørsmål og gradvise endringer. Når noe er fastlåst slutter en å undre seg (Martinsen, 2006).

Vi er i fare for å miste vår kapasitet til å undre oss. Det ukjente har blitt urelevant. Vi klassifiserer ved å se uten å bli sett. Den vi ser er ikke relevant for den som ser. Dette gjør noe med både sykepleier og pasient. Sykepleieren ser kun for å registrere og får med dette en makt over pasientens legeme som stripper den for sin tone og stemning. Ved at vi objektifiserer er dette først smertefull for pasienten for deretter å bli lagt bort. Dette betyr ikke at det ikke fremdeles er smertefullt men at en legger denne smerten til sides på ett vis. Denne måten å bli sett på får pasienten til å gremmes og sykepleieren blir ribbet for gleden over å kunne være til hjelp for den andre. Ingen gis med dette anledning til å komme frem som et menneske da de er holdt borte fra å oppleve noe sammen. Gleden er tatt ut av livet og det er smerte og bedrøvelse også. Begge parter er lukket. Men hvis sykepleieren møter utfordringen om å vise omsorg for pasientens legeme som sårbar og skrikende etter oppmerksomhet. Dette på en måte som får pasienten til å føle at han er betydningsfull for den andre vil det som Kari Martinsen (2006) betegne en hengivenhetens verden åpnes og stemningen, tonen, kroppsspråk kan mottas. Denne tilstanden gir tid og rom for tolkning og valg i all åpenhet av begge parter. Denne stemningen er beroligende for pasienten og gir rom som gjør sårbarheten og smerten håndterbar (Martinsen, 2006).

Martinsen beskriver at utfordringen er om vi klarer å være i denne tilstanden/i dette rommet uten å eie det, kreve det til egen nytte eller å invadere det men med en forståelse om at det er frihet i det vi ikke eier. Frihet til å sanse, frihet til å gå gjennom våre referanser. Ved å oppføre oss selv/ta oss i sammen i sykepleiesituasjoner vil dette kunne komme pasienten til nytte som et levende, sansende legeme. Da kan vi våge å møte denne verdenen av stemninger, toner, lukter, lyder og berøring og ta del i den uten å eie den (Martinsen, 2006).

3.0 Metode

Begrepene vitenskap og metode er sentral i vår søk etter kunnskap. Og Dalland definerer dette som:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2007 s. 81).

Metode er en framgangsmåte for å finne ny kunnskap eller etterprøve tidligere kunnskap. På denne måten kan vi se om påstander som er fremsatt er sanne, holdbare eller gyldige. Og ved at den metodiske fremgangsmåten beskrives kan en etterprøve denne kunnskapen. Vi bruker dermed metoden som vårt vitenskaplige redskapet (Dalland, 2007). Metoden som brukes for å komme frem til kunnskap i denne oppgaven er litteraturstudie. Dette på grunn av oppgavens art og prosjektets tidsramme.

3.1 Litteraturstudie som metode

Når vi bruker litteraturstudie søker vi da systematisk etter kunnskaper gjennom bruk av allerede eksisterende data. Vi bruker da tidligere forskningsstudier når vi analyserer dataene. Denne metoden er nyttig når vi ønsker å søke kunnskap innen et begrenset tema. Dette gjøres ved at en kritisk gransker, systematisk søker og sammenligner ulike forskningsresultater fra tidligere studier. Ved å bruke litteraturstudie vil dette kunne vise det aktuelle kunnskapsnivået innen området vi ønsker å ta for oss (Olsson & Sørensen, 2000).

Det er både fordeler og ulemper ved å bruke litteraturstudie som metode. Fordeler kan være at en samler seg store mengde informasjon blir samlet, slik at vi kan tilegne oss rikelig med kunnskaper om tema. Ulemper ved litteraturstudier kan være at en er avhengig av tolkningene gjort før deg av forskerne i de valgte studiene da en i en litteraturstudie analyserer på grunnlag av sekundære kilder. Tolkning av dataene skjer med andre ord i flere ledd. Ved at vår egen oppfatning av brukes kan dette også føre til at vi tolker primærkildens opprinnelige tolkning av forskningsresultatene feilaktig som igjen vil kunne påvirke litteraturstudiens funn, forklaringsrammer, påstander og konklusjoner (Forsberg & Wengstrøm 2003).

3.2 Søkeprosessen

Det ble søkt etter artikler via de helsefaglige søkebasene Medline, Proquest, Ovid, Svemed og Cochrane. Følgende søkeord ble brukt: "dignity", "caring", "culture", "nursing". Denne

kombinasjonen gav tilsammen først rundt 30 treff. Og etter å valgt bort de som ikke var relevante for denne studien var det fire igjen. Kriteriene for utvelgelsen av studiene var som følger:

- Publisert i et anerkjent sykepleiefaglig tidsskrift med fagfelleevaluering
- Være vitenskapelige studier
- Ikke være eldre enn ti år, det vil si fra 2000 og opp.
- Utvalget må være representativt og bestå av voksne autonome mennesker.
- Tar for seg pasienter innlagt på somatisk sykehus/rehabilitering og/eller belyse allmenngyldige prinsipper som påvirker pasientens verdighet.

3.3 Presentasjon av de aktuelle studier

Studie	Utvalg/Metode	Resultat / Implikasjoner for spl
Woogara, J. (2005) <i>Patients Privacy of the Person and Human Rights.</i>	3 sykehusavdelinger i Storbritannia ble valgt ut. Studien gikk over en periode på 6 måneder og 73 pasienter, seks leger og 16 sykepleiere deltok. Metoden var kvalitativ triangulering ved bruk av observasjon, ustrukturerte- og semistrukturerte intervjuer. Dette inspirert av fenomenologien, Heidegger og Grounded Theory.	Funnene ble kategorisert i 11 nøkkelgrupper som dannet grunnlaget for formuleringen av en "Privacy Model". Funnene bekreftet at pasienten hadde svært lite privatliv i sykehusavdelingene og at begrepene menneskets privatliv er relatert til verdighet. Studiens funn fører til økt kunnskap om pasientens opplevelse av ivareta den enkeltes verdighet. Bruk av "Privacy Model" i praksis vil kunne synliggjøre manglende privatliv mens de var innlagt på sykehuset. Studien resulterte i generelle anbefalinger for god praksis som fremmer pasientens ønsker for hva vi som helsepersonell kan gjøre for å de ulike variabler som påvirker pasientens og sykepleierens grenser for å invadere/verne om privatlivet.
Stabell, A. & Nåden, D. (2006) <i>Patients Dignity in a Rehabilitation Ward: Ethical challenges for nursing staff.</i>	Utvalget bestod fire fokusgrupper à fire til seks sykepleiere i hver gruppe. Hensikten med studien var å belyse utfordringene sykepleierne møtte på. Studien foregikk på en rehabiliteringsavdeling og belyser sykepleiernes tolkninger av verdighetsbegrepet.	Funnene viste at sykepleierne møtte utfordringer både på de etiske og organisatoriske nivå. Pasientenes identitet og verdighet ble påvirket av faktorer som økt arbeidspress blant sykepleierne og endringer i deres pasientenes sykdomsbilde.
Henderson, A. van Eps, M.A. Pearson, K. James, C. Henderson, P. &	Utvalget bestod i 39 pasienter innlagt på ett akuttsykehus; enten på medisinsk eller kirurgisk avdeling.	Funnene identifiserte avvik fra ideel praksis med tanke på opprettholdelse av det fysiske miljø og kommunikasjonsreknikkene til sykepleierne. Pasienten opplevde på den

<p>Osborne, Y. (2009) <i>Maintainance of patients' dignity during hospitalization: Comparison of staff-patient observations and patient feedback through interviews.</i></p>	<p>Metoden som ble brukt var observasjon og intervju.</p>	<p>annen side ikke at dette var en trussel deres deres verdiget.</p>
<p>Baillie, L. (2009) <i>Patient dignity in an acute hospital setting: A case study.</i></p>	<p>24 pasienter i alderen 34-92 på en 22 sengs sykehusavdeling. Og 13 pleiepersonell + 6 sykepleiere med lang erfaring deltok. Metoden var kvalitativ triangulering med bruk av observasjons sekvenser og intervjuer.</p>	<p>Pasientens opplevelser som komfort, opplevd kontroll og å bli satt pris på, omgivelser, pleiepersonellets adferd og individuelle pasient faktorer spiller inn på pasientens verdighet. Denne synes i stor grad å være bestemt av pleiepersonellet fremgangsmåter og i hvor sårbart tilstand pasienten var i. Men pasientene selv kunne også fremme egen verdighet med sine holdninger ved å skape relasjoner med personalet.</p>

3.4 Funn

Verdigheten til pasienten ble utfordret innen samtlige av Løgstrup's urørlighetssoner (1983, gjengitt i Lillestø, 2006). De fire urørlighetsdimensjoner:

Hjemmet

Sykehusets utforming av flersengsrom med bare ett bad.

Gardiner ikke trukket fullstendig igjen.

Leger og sykepleiere "tittet" gjennom gardinene i intime/private situasjoner.

Leger og sykepleiere satt seg på sengekanten uten å be om tillatelse.

Sykepleier gikk i skap og skuffer til pasienten for å hente toalettartikler uten å be om tillatelse.

Pasientene holdt avstand fra hverandre ved å holde seg i sengen når pratet med sidemannen.

Kroppen

Turer til toalettet uten å være anstendig kledd.

Ufrivillige "lukter" ble ikke forsøkt å fjernet av sykepleier.

Private klær ble raskt byttet ut med sykehus klær.

Sannsynligheten for at personalet fant frem et bekket ved sengen var større enn at de ble fulgt på toalettet. Det ble også sjeldent tilbudt pasientene å utføre handhygiene etter bekket/toalett besøk.

Pasientene opplevde det som uverdigg å bruke sykehus klær, utover når det var påkrevd, som ikke dekket kroppen tilstrekkelig. Dette fikk flertallet til å føle seg som tullinger og de følte dette umenneskelig. Særlig for eldre som selv ikke var i stand til å lukke/knappe/knytte tilstrekkelig.

Tiden

Ble sittende lengre enn nødvendig på bekket.

Enten for mange pleiere inne og mye prat og aktivitet samtidig eller flere timer uten å se noen.

Sykehusets rutiner fikk en stor del av skylden for pasientens nedsatte mulighet til kontroll og valg. Lys som var programmerte til å slås på tidlig om morgenen, manglende kontroll over eget søvnmønster på grunn av forstyrrelser fra personellet. Aktiviteter avbrutt pga blodprøver etc. Ingen valg av plasseringen av sengen eller mulighet for valg av romkamerat.

Under legerunden ble pasientene sjeldent presentert for andre som var med på runden. Det ble tatt som en selvfølge at pasienten godtok at alle og enhver var med.

Personlig integritet

Samtaler en hadde med sykepleier ble ikke private da sykepleieren ofte gjorde andre ting rundt omkring i rommet samtidig og at det derfor ble pratet høyere enn nødvendig.

Sykepleieren hadde utilstrekkelig tilstedeværelse; gjorde flere ting samtidig mens hun pratet med pasienten.

Depersonalisering av pasienten; Sykepleieren kalte pasienten med sitt fornavn og "kjære" uten å spør om tillatelse. Pasientautonomien ofte overkjørt av helsepersonellens adferd og holdninger. Dette ført igjen til at pasientens valgmuligheter og kontroll forsvant.

4.0 Drøfting

Menneskets former for krenkelser av andre forklarer hvordan mennesket universelt sett gjør feil når en invaderer andres behov for å verne om seg selv. Løgstrups urørlighetsdimensjon personlig integritet kan bekreftes ved hjelp av lovverket. Vanlige former for krenkelse i helsetjenesten er at sykepleierne ikke overholder såkalt alminnelig folkeskikk ved at pasienten ikke blir behandlet med høflighet og respekt (Lillestø, 2006). Dette reguleres videre av lovverket. I Helsepersonellovens § 4 forplikter den enkelte sykepleier, tjeneste og helseforetak å drive forsvarlig. Med bakgrunn i de etiske prinsipper menes det at en skal gjøre det som gagnar pasienten, ikke påføre skade og gi omsorgsfull hjelp (Molven, 2006). Molven (2006) presiserer dette nærmere med at for at det skal kunne kalles for omsorgsfull helsehjelp skal den være med vennlighet, respekt og omtanke der den enkelte pasientens verdighet skal stå i sentrum. Med dette betyr at en såkalt minstestandard for omsorgsfull hjelp er at en kan forvente seg såkalt vanlig god folkeskikk. Dette betyr at ved at pasientens verdighet ikke blir ivaretatt er ikke bare dette i strid med de enkeltes universelle behov men kan også være lovstridig.

4.1. Hva betydde pasientens verdighet blant pasientene og sykepleierne i studien?

Studien av Baillie (2009) viste at sykepleierne og pasientene var relativt samstemte i hva de la betydningene av begrepet verdighet. Begrepet var for dem knyttet opp mot en følelse/opplevelse. Oppleve at en hadde kontroll, var verdsatt, glad, trygg, avslappet og at en ikke følte seg ubekvem men at en opplevde et velbehag. De opplevde videre at verdighet handlet om respekt. Gjensidig respekterende adferd som ikke får en til å føle seg liten. Verdighet var for over halvparten av pasientene og de ansatte tydelig knyttet til ens fysiske fremtreden. At en var anstendig kledd/dekket til slik at ikke deler av kroppen var eksponert. Og alle sykepleierne og over tre fjerdedeler av pasientene mente at adferd var relatert til verdighet. En pasient sa følgende om hvordan verdighet var knyttet til hvordan det eventuelle møtet med helsepersonellet utspeilet seg:

"Hvis du blir behandlet bra og ikke bare som om du er på et samleband. Ikke som om du bare er en til som kommer inn, men som en person (Baillie, 2009, s 29)."

Videre identifiserte pasientene i Baillie (2009) ulike faktorer som fikk en til å bli mer utsatt. De så på dette med svekket helse, dels alder og intime diagnoser, som for eksempel av urologisk art, som situasjoner der de ville føle seg utsatte. Som en pasient uttrykte: *"Bare det at du har et kateter og urinposen må tømmes med jevne mellomrom er ikke verdig. (Baillie,*

2009, s 29)" Alvorlig sykdom eller når det var usikkerhet rundt ens diagnose fikk pasientene til å oppleve at de ikke hadde kontroll. Å trenge mye hjelp uavhengig av alder fikk en til å føle seg mer utsatt.

4.1.1 Gav sykehuset dem rom for privatliv?

I Baillie (2009) påpekte både pasienter og sykepleiere at utformingen med flersengsrom og ett bad ga lite rom for privatliv. Postoperative legevisitter foregikk der og funn ble diskutert slik at alle i rommet potensielt kunne høre hva som ble sagt. Eksponering av kroppen så flertallet av pasientene på som en utfordring for verdigheten. Pasientene opplevde også på grunn av plassmangel måtte pasienter skifte rom eller avdeling flere ganger i løpet av sykehusoppholdet. Dette fikk pasientene til å føle seg hjelpeløse. Både ansatte og pasientene identifiserte at når det var stor arbeidsmengde kunne dette påvirke verdigheten, selv om det fantes unntak.

Pasientene i Woogara (2005) hadde vansker med å artikulere sine forventninger til sykehuset. Dette viste seg å være avhengig av deres tidligere erfaringer og hvor de var i bedringsprosessen. Men dette også var knyttet til pasientens forventninger. Som en pasient sa: *"En kunne da ikke forvente privat liv mens en var på sykehuset (Woogara, 2005, s 276)!"* Mens en annen pasient svarte følgende: *"Ja, ja, etter alt så er du jo fremdeles et individ når du kommer på sykehus, er du ikke? Og du vil jo fremdeles bli behandlet som et menneske med respekt. Dette synes i allefall jeg er viktig (Woogara, 2005, s 276)."*

En pasient uttrykte følgende forventning:

"For meg, privatliv/personvern betyr også å selv velge ditt selskap og ikke bli plassert med hvem som helst som det er her, med all respekt for disse pasientene (Woogara, 2005, s 276)."

Det var i Baillie (2009) enighet om at fellesmiljøet og fasilitetene hadde innvirkning på verdighet. Små rom der pasienter i samme omstendighet ble plassert så også ut til å fremme verdigheten. Ved at en var alle i samme båt følte det som mindre krenkende når en måtte undergå intime prosedyrer. Å bli møtt med respekt og støtte fra andre pasienter ble også sett på som verdighetsfremmende. Dette gav en opplevelse at alle tok vare på hverandre. Kun to av de ansatte identifiserte at pasientkontakt seg i mellom kunne ha positiv innvirkning på verdigheten. Dette kan bety at få ansatte var klar over dette. Halvparten av pasientene identifiserte elementer i avdelingskulturen og ledelse som en fremmer av verdigheten.

" Det er en veldig omsorgsfull og respektfull tilnærming her. Avdelingen er imøtekommende og det er en god følelse her i avdelingen. Menneskene her er oppmerksomme på å få deg til å føle at verdigheten din blir til en hver tid ivarettatt (Baillie, 2009, s 31)."

4.1.2 Hvilke forskjeller var det mellom sykepleiernes og pasientenes tolkninger?

Eksposering av kroppen var pasientene opptatt av men kun et fåtall av de ansatte så på det som en utfordring for verdigheten i Baillie (2009).

Pasientene i Henderson et al (2009) var overordnet sett veldig fornøyde med sykepleierne og sykehuset og opplevde stort sett ikke at deres verdighet stod i fare. De hadde forståelse for sykepleiernes tidsklemme og følte at hele sykehuset jobbet for deres beste. Organiseringen ble i Henderson et al (2009) sett på som en nøkkel til hvordan omsorgen var organisert og utført. Denne har innvirkning på hvordan pasientinteraksjonen foregår (Henderson et al, 2009).

I Baillie (2009) så bare et fåtall av pleiepersonalet på omsorgskulturen som en bidragsfaktor men samtlige av avdelings/oversykepleierne dro frem omsorgskulturen som sentral fremmer av pasientverdigheten.

4.2 Troen på å selv kunne ha kontroll

Self-efficacy er et begrep som gjerne brukes for å forklare menneskers situasjonsspesifikke motivasjon. Begrepet stammer fra psykologien og tar for seg de menneskelige fortolkningsrammene. Begrepet defineres som menneskers dom over deres egne muligheter til å organisere og utføre bestemte gjøremål som er nødvendige for å oppnå konkrete prestasjoner (Bandura, 1986, gjengitt i Pintrich & Schunk, 2002). Denne dommen knyttes til ens forventninger til egne evner og prestasjoner. Denne selvdømmen påvirker ens valg av aktiviteter, evnen til å yte og hvor utholdende en er. Har vi høye forventninger til å prestere på en gitt aktivitet er sannsynligheten stor for at en prøver. Mens hvis vi har lav self-efficacy på en bestemt oppgave prøver vi etter beste evne å unngå denne som et forsvar av selvet. Dette vises særlig når det møtes motstand. De som har stor tro på egen mestring vil prøve enda hardere og holde ut enda lengre enn de som er i tvil. Denne teorien forklarer den situasjonsspesifikke opplevde kompetansen ved å inkludere nødvendige adferds handlinger og kognitive ferdigheter (Pintrich & Schunk, 2002).

Ved at sykepleier støtter opp om pasientens mestring vil dette kunne forhindre at en eventuell hjelpsløshet får slå rot og fremme pasientens situasjonsspesifikke selvtillit. Dette kan gjøres ved å tilrettelegge for at pasienten skal kunne oppleve størst mulig grad av kontroll. Ens dom over egen kapasitet spiller også inn på hvordan en oppfatter seg selv og i hvilken grad en verdsetter seg selv i de spesifikke situasjonene. Og verdighet synes å være relatert til evnen til å føle seg verdsatt (Stabell & Nåden, 2006). Ved å forbedre mestringsstrategiene og fremme helseperspektivet fører dette til at pasienten opplever forbedret sykdomsinnsikt og økt aksept. Dette vil føre til at sentrale ressurser som vilje, motivasjon, selvtillit, kunnskap og kompetanse fremheves. Pasientens opplevelse av ansvar, medbestemmelse og kontroll økes som igjen legger grunnlaget for de gode relasjonene (Pagels, 2004).

4.2.1 Hvilke mestringsstrategier tok pasientene i bruk?

I studien av Henderson et al (2009) opplevde flertallet av pasientene at de ikke betraktet det som et problem at deres privatliv/vern ikke tilstrekkelig ble ivaretatt. De tilpasset seg omstendighetene og ville ikke bli oppfattet som "vanskelige/krevende pasienter". De opplevde at det å motta medisinsk hjelp var viktigere enn å verne om privatlivet. En dannet seg mestringsstrategier i form av mentale utregningssoner rundt seg selv.

Pasientene i Baillies (2009) studie uttrykte at de selv var aktive for å fremme egen verdighet. To tredjedeler hadde en strategi når verdigheten ble utfordret. De gav seg selv to valg: enten å selv proklamere egen verdighet eller å akseptere tap av verdighet. Denne strategien fikk dem til å føle seg mer vel med situasjonen. Men bare et fåtall av personalet identifiserte at pasientenes holdninger hadde innvirkning på verdigheten. Enkelte pasienter tok også i bruk "galgenhumor" og som virkemiddel i å slå tilbake på trusler mot verdigheten. Dette fikk dem til å innfinne seg i verdighetstapet. En fjerdedel av pasientene hadde også en formening om at deres relasjon med helsepersonellet kunne virke inn på deres verdighet. Slik at de tok initiativ til å opparbeide seg et godt forhold til de ansatte. Dette gav dem en økt sosialstøtte, fikk dem til å føle seg mer vel i sykehusmiljøet og førte til en positiv virkning på hvordan personalet behandlet dem. Disse pasientene unnlot gjerne også å ta opp emner som kunne skade sine positive forhold til de ansatte i fare for at dette senere ville slå negativt tilbake på dem. Dette vitnet om en uheldig maktfordeling mellom de ansatte og pasientene (Baillie, 2009).

4.3 Sykepleierens adferd

Oppmerksomheten står i følge Løgstrup (Martinsen, 2006) i fare pga mekanisk støy. Kun i stillheten finnes oppmerksomhet/årvåkenhet. Årvåkenheten til sykepleieren svekkes ved støy

og erstattes med utålmodighet. Stemningen avslører. Denne "tonen" som er fundamental og formet av kulturen. En må i samhandlingen finne en felles plattform. Å være lydhør for pasientens "tone" og handle deretter. Skjønn handler om å se noe i sammenheng, om å utvikle en kapasitet til å skille, se forskjeller. Skjønn er det motsatte av forenklinger og fastlåsnings (Martinsen, 2006). Åpenhet er en utveksling som gir grobunn for spørsmål og gradvise endringer. Når noe er fastlåst slutter en å undre seg. Vi trenger ærefrykt for det ukjente element. Et menneskes integritet skal ikke røres. Integritet betyr noe som ikke skal røres eller noe som når det blir invadert oppleves som et overgrep. Integriteten er sårbar og forteller oss personlige grenser. Hvis mennesket blir sett på som et objekt blir integriteten utvisket. En person orientert profesjonell holdning. Vi stiller sjelden spørsmål om vår kunnskap respekterer livet. Eller kritiske spørsmål til de krenkende strukturene.

4.3.1 Hvordan kunne sykepleier påvirke pasientens verdighet?

I Baillie (2009) beskrev pasientene at de opplevde at de ansattes adferd spilte en sentral rolle i å fremme verdigheten. Både når det gjaldt interaksjonen og ved å sørge for skjerming av pasienten. Halvparten beskrev at de hadde observert ansatte som bare utførte sine oppgaver mekanisk uten å ta seg tid til å prate med pasienten. Denne avvisende adferden identifiserte pasienten som potensielt truende for verdigheten. Mens bare ett få tall av de ansatte så på dette som en trussel. En oversykepleier identifiserte dette og beskrev dette med å være sansende/var i møtet med pasienten. De ansatte så at deres adferd truet verdigheten ved at det unntaksvis ble tittet gjennom gardiner eller avbrutt av andre sykepleiere mens intime prosedyrer ble utført. Pasientene i denne studien vektla interaksjonen mens de ansatte vektla å sørge for privatliv. Pasientene identifiserte også adferd som ivaretok verdigheten i potensielt truende situasjoner. Dette var tiltak som bruk av humor og å utvise varhet i pasientmøtet "uten å lage så mye styr". Ved at sykepleierne viste vennlighet og bekreftet pasientene ivaretok hun da deres verdigheten. Dette fikk pasientene i studien til å oppleve økt kontroll og at de var inkluderte. De beskrev at det ofte bare var det små nyanse og valgmuligheter som utgjorde forskjellen for pasientene.

Hun (sykepleieren) sa - "Vil du ha Paracet'en din nå?" I stedet for - "Her er Paracet`en din." Eller - "Her er tablettene dine." Uten å fortelle meg hva de er (Baillie, 2009, s 32).

Tillit er nødvendig i møtet mellom pasient og sykepleier. Denne tilliten kan ikke skapes men en må bli verdig den andres tillit. Når en viser tillit blir en sårbar ved at en utleverer seg selv til den en har tillit til. En våger å vise seg frem. Denne blottleggingen kan resultere i sterke

negative emosjonelle uttrykk om denne tilliten ikke blir møtt av sykepleier (Scheel, 1995, gjengitt i Nilsen, 2006). Løgstrup beskriver at vi til vanlig møter mennesker med en grunnleggende tillit. Denne tilliten trenger vi ikke å begrunne da det er bare mistillit som behøver en begrunnelse. Vi er alle etisk ansvarlige for å ta vare på denne tilliten som blir tillagt oss (Brinchmann, 2005).

4.4 Hva kunne være årsakene til at pasientverdigheten ble truet?

I den ene studien var forklaringen for at det ikke ble tatt tak i at pasientenes verdighet stod på i fare på grunn av faktorer som sykehuset/avdelingen rådet over at det var utviklet seg en gruppe kultur basert på gjensidig avhengighet. Denne lojaliteten til de andre i pleiegruppen var sterk og basert på en felles forståelse. Og at i slike lukkede kulturer er det svært sjeldent at uenighet tas opp (Woogara, 2005).

Pleiekulturen og sykepleierens profesjonelle rolle er i konstant utvikling som et resultat av at "selvet" påvirkes av

- * Rollemodeller i ledende stillinger (oversykepleier/avdelingssykepleier).
- * Eksisterende avdelingskultur og filosofi.
- * Sykepleiernes personlige forventinger og mål.
- * Føringerne i avdelingsstrukturen.
- * Tidligere erfaringer og kunnskaper om tilsvarende situasjoner.

Dette kan forklare hvordan omsorg kan utvikles til å bli rutine preget. Gjennom tilvenning fylles ens mangler med tankeløshet. En har som individ en tendens til gjennom konformitet å tilpasse oss kulturen vi er deltaker i for å sikre solidaritet og respekt innad i gruppen. Dette kan forklare hvorfor det ikke meldes i fra om uheldig praksis (Woogara, 2005).

I Rytterstrøm, Cedersund & Arman (2009) blir omsorgskulturen satt opp imot det en tradisjonelt sett betegner den med, nemlig som en såkalt ideel tilstand. Den er på den ene siden en positiv pådriver i streben for god omsorg da den synlig gjør hva som er god praksis i denne avdelingen. Denne omsorgs(organisasjons)kulturen var preget av sterke personligheter. Dette gav positive innspill til kulturen når det var sykepleiere som viste dyktighet i sin profesjonelle rolle for ved å fremme pasientenes behov og fungere som deres "advokat". Denne normen for god praksis var synlige for de andre sykepleierne på avdelingen og løftet

frem en positiv kultur. Men kulturen som fenomen ble oftest ikke tydelig før den viste en destruktiv omsorgskultur. Det var når noe var galt at kulturen ble synlig. Da var dette noe som både pasienter og besøkende kunne sanse.

Dette kan også forklares gjennom at mennesket har et grunnleggende behov for å skape struktur i livet sitt. Dette for å nå mål gjerne gjennom samhandling med andre. Denne formen for samhandling som en handling for overlevelse og for å skape mening omtales gjerne som sosiale behov. Vi preges og formes av våre erfaringer og kulturen kan likeledes bli farget av oss eller endre våre tidligere antagelser (Fisher & Sortland, 2001). Den tidligere presidenten Mikhail Gorbatsjov skrev i sin bok fra 1987 (gjengitt i Fischer & Sortland, 2001) at vi måtte huske på at verden var en helhet selv om den var fylt med motsetninger. Og at vi selv var passasjerer på dette skipet "Jorden" og at vi derfor ikke måtte tillate det å gå på grunn. Dette kan bety at vi gjennom våre kunnskaper danner oss et bilde av avdelingen og dens pleiekultur slik vi oppfatter den. Andre vil tolke pleiekulturen i andre bilder alt etter sine referanser. Vi som subjekter tolker våre handlinger ut i fra våre verdier, holdninger, kunnskaper og posisjoner. Avdelingens pleiekultur tolkes av oss alt ettersom våre fortolkningsrammer. Og våre kunnskaper er med på å prege og forme avdelingens pleiekultur.

Denne kulturen utvikles som et samspill mellom individene og dens rammer og forhistorie (Fischer & Sortland, 2001). Dette betyr at den ikke er fastsatt men at den vokser frem gjennom samarbeid og utvikling. Ledelsen vil ha en sentral kraft i organisasjonens kultur og en leders unike talent er dens evne til å kunne bearbeide og endre kulturen innad i organisasjonen (Fischer & Sortland, 2001).

5.0 Konklusjon

Vanlige former for krenkelse i helsetjenesten er som tidligere nevnt at sykepleierne ikke overholder såkalt alminnelig folkeskikk ved at pasienten ikke blir behandlet med høflighet og respekt (Lillestø, 2006). Vi stiller sjelden spørsmål om vår kunnskap respekterer rommet for det enkelte individ eller til de krenkende kulturelle strukturene. Ut i fra dette er det en rekke utfordringer knyttet til ivaretagelse av pasientens verdighet som kan være nyttig i utøvelsen av sykepleie. Det handler i følge Løgstrup å være den andres tillit verdig og forvalte denne tilliten med åpenhet og kjærlighet. En nestekjærlighet - en barmhjertighet.

6.0 Litteraturliste

- Alvsvåg, H. & Gjengedal (2000) *Omsorgstenkning - En innføring i Kari Martinsen forfatterskap*. Bergen; Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Arman, M. Ranheim, A. Rehnsfeldt, A. & Wode, K. (2008) Anthroposopic health care - different and homelike.(Elektronisk utgave) *Scandinavian Journal of Caring Science, No 22, s 357-366*.
- Baillie, L. (2009) Patient dignity in an acute hospital setting: A case study.(Elektronisk utgave) *International Journal of Nursing Studies. no 46, s 23-37*.
- Brinchmann, B. S. (2005) Kap 7 - Nærhetsetikk. I.U. Brinchmann (red) *Etikk i sykepleien*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Egidius, H. (2003) *Psykologisk leksikon*. Oslo; Aschehoug & Co
- Eriksson, K. & Nåden, D. (2004) Understanding the Importance of Values and Moral Attitudes in Nursing Care in Perserving Human Dignity. (Elektronisk utgave) *Nursing Science Quarterly, 17(1) 86-91*
- Fischer, G & Sortland, N. (2001) *Innføring i organisasjonspsykologi*. Oslo; Universitetsforlaget.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003) *Att göra systemaiska litteraturstudier*. Stockholm, Natur och Kultur.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) Sosial og helsedepartementet 28.juni 2001
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007) *Å leve med kronisk sykdom*. Oslo; Cappelen Akademisk forlag AS.
- Henderson, A., van Eps, M. A., Pearson, K., James, C., Henderson, P. & Osborne, Y. (2009) Maintainance of pateients dignity during hospitalization. (Elektronisk utgave) *International Journal of Nursing Practice. Vol. 15. s 227-230*.
- Jacobs, B. B. (2001) Respect for Human Dignity: A central Phenomenon to Philosophically Unite Nursing Theory and Practice through Consillience of Knowledge. (Elektronisk utgave) *Advances in Nursing Science. vol 24. No. 1. s 17-35*.

- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2007) *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kapstad, H. (2006) kap. 7 – Å leve med muskel- og skjelettlidelser. I.U: Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (red) *Å leve med kronisk sykdom*. Oslo; Cappelen Akademisk forlag AS.
- Lillestø, Britt. (2006) Kap 5 - Krenkende omsorg. I.U. Knutstad & Nielsen (red) *Sykepleieboken 2*. Oslo, Akribe.
- Løgstrup, K.E. (1956) *Den etiske fordring*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, Kari. (2006) *Care and vulnerability*. Oslo, Akribe.
- Martinsen, Kari. (2005) *Samtalen, skjønnhet og evidens*. Oslo, Akribe.
- Norberg, A. Bergsten, M. & Lundman, B. (2001) A Model of Consolation. (Elektronisk Utgave) *Nursing Ethics*. Vol. 8. No. 6. s 544-553.
- Nordengen, P.A. (2004) *Når forandring ikke fryder... -om å bevare livsgleden i endring og livskrise*. Sandefjord; Skagerrak Forlag AS.
- Pagels, A. (2004) Egenvård - kapasitet i vardagen ved kronisk sykdom. (Elektronisk utgave) *Vård i Norden*, vol 24, s 10-14.
- Pasientrettighetsloven. (1999) *Lov om pasientrettigheter*. Fra 2. juli 1999.
- Pintrich, P.R. Schunk, D.H. (2002) *Motivation in education: theory, research, and applications*. Pearson Education, Inc, New Jersey.
- Rassin, M. (2008) Nurses' Professional and Personal Values. (Elektronisk utgave) *Nursing Ethics*. Vol. 15. No. 5. s 614-630.
- Reitan, A. M. (2006) *Kap 7 - Mestring*. I: U. Knutstad & B. K. Nielsen (red) *Sykepleieboken 2*. Oslo; Akribe AS.
- Rytterstrøm, P. Cedersund, E. & Arman, M. (2008) Care and caring culture as experienced by nurses working in different care environments.(Elektronisk utgave) *International Journal of Nursing Studies*. no 46, s 689-698.
- Sneltvedt, T. (2005) Kap 6 - Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I.U. Brinchmann, B. S. (red). *Etikk i sykepleien*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Stabell, A. & Nåden, D. (2006) Patients ' Dignity in a Rehabilitation Ward: Ethical challenges for nursing staff. (Elektronisk utgave) *Nursing Ethics*. Vol 13. No 3. s 236-248.

Taule, Ragnvald. (2005) *Escolas ordbok*. 5. utgave. Oslo: Escolas Forlag AS.

Vik, L. J. (2007) Kap. 5 – Makt og myndiggjering. I.U. Ekeland, T. & Heggen, K. (red) *Meistring og myndiggjering*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Woogara, J. (2005) Patients 'Privacy of the Person and Human Rights. (Elektronisk utgave) *Nursing Ethics*, vol. 12 no. 3, s 273-287.

Wormnes, B. & Manger, T. (2005) *Motivasjon og mestring - veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen; Fagbokforlaget Vigmostad.