

Genuspatienten

- mäns och kvinnors upplevelser av vården

Författare:	Mia Hejdenberg Johanna Inger
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp Omvårdnad – Eget arbete, HT 2007
Omfattning:	15 hp
Handledare:	Dagrun Trewe
Examinator:	Solveig Lundgren

Titel (svensk):	Genuspatienten – mäns och kvinnors upplevelser av vården
Titel (engelsk):	The gendered patient – men and women experiencing health care
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå 1
Program/kurs/kurskod/ Kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Omvårdnad – eget arbete/OM2240/SPN8
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Mia Hejdenberg Johanna Inger
Handledare:	Dagrun Trewe
Examinator:	Solveig Lundgren

Sammanfattning

Syfte Att identifiera eventuella skillnader mellan mäns och kvinnors upplevelser av vård, relaterat till välbefinnande.

Bakgrund Få forskare har undersökt hur den manliga normen påverkar sättet att vårda på, hur kvinnliga och manliga patienter upplever vården, vem som vårdar osv. Samtidigt är det en aspekt som är viktig att ha i åtanke för att kunna ge patienten god omvårdnad. Det går att skönja en viss brist inom den tidigare omvårdnadsforskningen vad gäller områden som detta.

Metod En litteratursammanfattning av tolv vetenskapliga artiklar. Sökningen av artiklarna genomfördes i databaserna CINAHL och PubMed, samt via manuell sökning. Under granskningen av artiklarna framkom fyra teman som skiljer patientupplevelserna åt. Resultatet analyserades sedan utifrån Barbara Carpers teori om kunskapsmönster inom omvårdnad, samt Yvonne Hirdmans genusteori.

Resultat I resultatet framkom att män och kvinnors upplevelser av vården skiljer sig åt. Män fokuserade främst på medicinsk-teknisk utrustning, medicinsk behandling samt vårdpersonalens kunskap och färdigheter. Kvinnor å sin sida ifrågasatte personalens beteende, deras attityder och empatiska förmåga.

Diskussion I studien upptäcktes stora skillnader i vårdupplevelser mellan kvinnor och män. Ytterligare forskning skulle eventuellt kunna ge mer uppmärksamhet åt de ojämlikheter som finns inom vården, och förhoppningsvis komma att utjämna den obalans som råder idag.

Innehållsförteckning

Introduktion.....	1
INLEDNING.....	1
BARBARA CARPER: FUNDAMENTAL PATTERNS OF KNOWING IN NURSING.....	1
-Empirisk kunskap.....	1
-Eстетisk kunskap.....	2
-Den personliga kunskapskomponenten.....	2
-Etik – moral som kunskap.....	2
-Sammanfattning.....	3
GENUS – EN BEGREPPSDEFINITION.....	3
MANNEN SOM NORM.....	3
YVONNE HIRDMAN – GENUSTEORI.....	4
-Stereotyperna Hon – Han.....	4
VÄLBEFINNANDE.....	5
-Figur 1. Katie Erikssons välbefinnandekedja.....	5
DEFINITIONER.....	6
Syfte.....	6
Metod.....	6
Resultat.....	8
KVINNliga PATIENTERS UPPLEVELSER AV VÅRDEN.....	8
-Vårdpersonalens agerande.....	8
-Relation patient-vårdpersonal.....	8
-Vårdpersonalens kompetens.....	9
-Eftersträvansvärda vårdåtgärder.....	9
MANLIGA PATIENTERS UPPLEVELSER AV VÅRDEN.....	10
-Vårdpersonalens agerande.....	10
-Relation patient-vårdpersonal.....	10
-Vårdpersonalens kompetens.....	11
-Eftersträvansvärda vårdåtgärder.....	11
Diskussion.....	12
METODDISKUSSION.....	12
RESULTATDISKUSSION.....	13
-Empirisk kunskap.....	13
-Eстетisk kunskap.....	14
-Den personliga kunskapskomponenten.....	14
-Etik – moral som kunskap.....	15
-Yvonne Hirdmans genusstereotyper.....	15
SLUTSATSER.....	16
Referenser.....	18
Bilagor	
BILAGA 1. Sammanfattning av artikelsökning	
BILAGA 2. Artikelpresentation	

INTRODUKTION

Inledning

Studier kring jämställdhet och genus bedrivs idag inom de flesta discipliner, en forskning som framför allt växt fram ur den feministiska rörelsen. Vården och vårdvetenskapens genushistoria handlar tydligt om kvinnor – omvårdnad av sjuka och gamla har traditionellt sett varit en uppgift för henne. Under 1980-talet skrevs dessutom de flesta vårdteorierna av vita medelklasskvinnor, något som mycket väl kan ha bidragit till just denna bild med vilken många ser på omvårdnadsvetenskapen idag.

Att vårda anses av många vara en allmänmänsklig företeelse. Trots det är vården alltså en i allra högsta grad könsuppdelad verksamhet. Förutom den traditionella bilden av att vara en kvinnodominerad bransch, rymmer vården även ett flertal andra genusrelaterade aspekter. I de flesta delarna av samhället är det mannens normer och värderingar som står över kvinnan och det kvinnliga, så även inom sjukvården. Frågan kan ställas om hur personliga värderingar och attityder kan påverka det sätt vårdpersonal agerar på gentemot såväl patienter som kollegor. Är det möjligt att bryta väl invanda handlingsmönster genom ökad medvetenhet om sitt eget handlande och betydelsen av detta?

Få forskare har undersökt hur den manliga normen påverkar sättet att vårda på, hur kvinnliga och manliga patienter upplever vården, vem som vårdar osv. Samtidigt är det en aspekt som är viktig att ha i åtanke för att kunna ge patienten god omvårdnad. Det går att skönja en viss brist inom den tidigare omvårdnadsforskningen vad gäller områden som detta. Vi hoppas att denna studie kan hjälpa till att fylla åtminstone en liten del av hålet i den redan existerande kunskapsbasen.

Barbara Carper: Fundamental patterns of knowing in nursing

Carpers (1) teori uppkom under en tid då människan började reflektera över hälsa som något mer än bara frånvaro av sjukdom. Hälsa betraktades nu mer som en föränderlig process, snarare än att vara något som gick att definiera som "antingen-eller". Forskare observerade, beskrev och klassificerade olika varianter av hälsa och välbefinnande. En människa förhöll sig till såväl den inre som den yttre miljön. Tidigare hade kunskapssökandet framför allt inriktat sig på redan existerande forskning, men inkluderade nu även en strävan efter att formulera nya teorier.

I sin teori delar Carper, enligt Johns (2), upp kunskapen i fyra kunskapskategorier, eller "mönster":

1. empirisk kunskap; relaterat till omvårdnad som vetenskap
2. estetisk kunskap; relaterat till omvårdnad som konst
3. den personliga kunskapskomponenten
4. etik; moral som kunskap

Empirisk kunskap

Detta kunskapsmönster innefattar den kunskap där generella lagar och teorier formulerats för att kunna förklara företeelser som är specifika för omvårdnadsvetenskapen. Lagarna och

teorierna skall vara förklarande, verifierbara samt rymmas inom den omvårdnadsvetenskapliga diskursen.

Estetisk kunskap

Medan Carper (1) ser på den empiriska kunskapen som främst deskriptiv, finner hon dess motsats i den mer expressiva estetiska kunskapen. Den baseras främst på tidigare erfarenheter hos yrkesutövaren. Ett nyckelord inom den estetiska kunskapen är *empati*; att man som person kan leva sig in i någon annan människas känsloläge och behov (3).

En liknande förklaring till begreppet ger omvårdnandsteoretikern Travelbee (4), som uttrycker att empati är att uppleva en annan individs psykologiska situation i ett visst ögonblick. Att visa empati inom omvårdnad innebär att som vårdpersonal stå utanför och se bakom patientens yttre handlingsmönster, samtidigt som den andre individens upplevelser erfars på ett exakt sätt.

Förmågan att kunna delta i och uppfatta en annan persons känslor är av största vikt för att kunna utöva omvårdnadskonsten. Att uppfatta ett behov hos patienten skall dessutom inte enbart vara orsaken till att en omvårdnadshandling utförs, det skall även reflekteras i handlingen i sig (1).

Den personliga kunskapskomponenten

Omvårdnad ur det här perspektivet är en process mellan individer, en process som innefattar interaktioner, förhållanden och transaktioner mellan exempelvis sjuksköterska och patient. Kvaliteten på dessa mellanmännsliga kontakter påverkar i sin tur hur en person hanterar sin sjukdom samt hur hon eller han blir frisk (5).

Ett begrepp som Carper framhåller är *therapeutic use of self* (1), det vill säga hur sjuksköterskan ser på sig själv och patienten. Hon menar att det finns någon slags antagande om att det finns bestämda drag som människan måste uppnå, vilka har uppkommit ur och vilar på biologiska, psykologiska och sociala fundament. Detta får hon stöd i av Wosket (6), som menar att vårdpersonalen använder sina personliga drag i mötet med patienten. Genom att konkretisera och medvetandegöra dessa drag kan de bli viktiga och kanske till och med direkt avgörande faktorer i omvårdnadsprocessen.

Om en människa (i det här fallet en patient) väljer ett beteende som frångår samhällets normer; hur påverkas då sjuksköterskans sätt att handla? För att hon/han på ett lyckat sätt skall kunna använda sin identitet i vården krävs en hög nivå av självmedvetenhet, samt en medvetenhet om hur det kan påverka ens beteende (7).

Inom vårdvetenskapen är det ofta nödvändigt att använda sig av generaliseringar kring en viss grupp eller ett visst beteende. Samtidigt betonar Carper (1), inom ramen för den personliga kunskapskomponenten, vikten av att ta hänsyn till varje enskild individs unika drag.

Etik – moral som kunskap

Etik i omvårdnad inriktar sig på vad vårdpersonal är skyldig att göra samt vad de borde och måste. Alla frivilliga handlingar som är objekt för vad som är rätt eller fel, och dessutom är avsiktliga, är vad kunskap om moral innefattar. Syftet med att erhålla kunskap om etik är att öka medvetenheten om vad som ingår i att göra moraliska val, samt att få ökad insikt om sitt ansvar för de val man som vårdpersonal gör. Kunskap om moral fordrar i synnerhet ett genuint mellanmännsligt samspel för att kunna utvecklas (1).

Sammanfattning

En ökad medvetenhet om den komplexitet och mångfald som finns i omvårdnadskunskap kan möjliggöras genom Carpers fyra kunskapsmönster. För att kunna bemästra omvårdnad som disciplin, kan varje mönster förstås som nödvändigt och betydelsefullt. Var för sig är mönstren inte tillräckliga, dock är alla mönster lika viktiga och kan inte utesluta varandra (1).

Omvårdnaden vilar på många olika grunder – den utmärkande kunskapen om mänskligt beteende i hälsa och ohälsa, en personlig förståelse för den unika individen, estetisk tolkning vad gäller utmärkande mänskliga erfarenheter, samt förmågan att fatta beslut i specifika situationer som innefattar moraliska handlingar (1).

Genus – en begreppsdefinition

Genus är en form av det latinska ordet generis vilket betyder härkomst, släkte, kön, slag eller art (8). Som begrepp började det användas i det svenska språket någon gång i början av 1980-talet som en svensk motsvarighet till engelskans *gender* (9). Tidigare har ordet *kön* använts både i tal om det biologiska könet såväl som det sociala (10).

”Genus används som benämning på den kulturella process som tillskriver såväl människor som symboliska förhållanden och institutioner kollektiva s.k. könsegenskaper, dvs. manligt och maskulint resp. kvinnligt och feminint.” (9)

Hovellius och Johansson (10) beskriver begreppet med hjälp av ett antal nyckelord:

- Konstruktioner av kön
- Relationer mellan kvinnor och män
- Makt och hierarkier

Med makt i detta avseende menas definitionsrätt, tolkningsföreträde, tillgång till information och kontakter, samt möjligheter till insyn, påverkan och inflytande såväl offentligt som privat (10). Dessa nyckelord återfinns även i andra definitioner av genus. I Nationalencyklopedin (9) står att läsa om relationen mellan könen som redskap för att studera vad som anses manligt eller kvinnligt.

Mannen som norm

Någon gång under 1970-talet uppmärksammades det faktum att mannen var normen inom den medicinska vetenskapen, såväl som försöksperson, patient och forskare (11). Den medicinska forskningen har i stor utsträckning gjorts på män, med motiveringar som exempelvis att kvinnors hormonsvängningar hindrar ett ”bra” forskningsresultat, eller rädsla för och omtanke om kvinnor och deras blivande foster (12). Resultaten har sedan generaliserats till att omfatta även kvinnor (13).

Könsperspektivet glöms alltför ofta bort inom vården. Attityder, behandlingsmetoder och rehabiliteringsmål skiljer sig ofta åt, många gånger till nackdel för kvinnorna (14). Det finns en slags motvilja inom den medicinska vetenskapen att acceptera att det de facto existerar skillnader mellan könen. Inom området hjärt-kärlsjukdomar är detta särskilt tydligt. Symptomen vid exempelvis angina pectoris eller hjärtinfarkt är i stort sett samma hos båda

könen vad gäller äldre patienter. Däremot vid yngre patienter skiljer det sig mer åt. Risken är stor att kvinnor som uttrycker sina symptom på ett annorlunda sätt än det läroboken förmedlar på så sätt misstolkas, vilket i sin tur kan bidra till att kvinnorna senare får inadekvat vård och en sämre prognos (15).

I de flesta samhällen placeras mannen som överlägsen kvinnan och manliga värderingar ses som normen, så även inom omvårdnadsvetenskapen. Den traditionella bilden av den manliga läkaren och den kvinnliga sjuksköterskan reflekterar och cementerar bilden av sjukvården som organisation (16). Genusrelaterade stereotyper och förutfattade meningar om hur det ”ska” vara är dessutom något som överförs från en generation vårdarbetare till en annan (17).

Det har alltså i forskningen påpekats skillnader i hur läkare behandlar kvinnliga respektive manliga patienter, ofta till kvinnans nackdel. Forskare inom omvårdnad och sjuksköterskeprofessionen verkar inte tro att denna ojämlikhet existerar på deras område. Den mest framstående anledningen till detta verkar vara att sjuksköterskor tror sig ha ingen eller lite makt inom vården. I förhållande till läkaren finns kanske ett korn av sanning i detta påstående, men sett till relationen till patienten är det mer oklart. Empiriska studier har visat att det faktum att sjuksköterskan har mindre makt än läkaren har lett till en ökad tendens att utöva makt i mötet med patienten. På så vis finns definitivt möjligheten att sjuksköterskan kan antas agera utifrån gängse normer på samma sätt som läkaren (18).

Yvonne Hirdman - genusteori

Hirdman (19) använder historien som redskap för att förklara begreppet genus. Som det är beskrivet ovan har, historiskt sätt, mannen alltid varit normen. Genus definierar Hirdman vara tankar, tillämpningar, vanor och föreställningar om människan som kön.

Stereotyperna Hon-Han

För att lättare kunna förstå tänkandet kring stereotyperna använder Hirdman (19) formler.

Den första formeln Hirdman beskriver är **A-icke a**. Mannen är **A** medan kvinnan, **icke a** beskrivs vara icke mannen. I denna första beskrivning av stereotyperna existerar inte kvinnan. Denna tanke kring kvinnan har sitt ursprung från antikens tänkande, då kvinnan sågs som den icke närvarande. Kvinnan beskrevs vara formlös och varken ha några konturer eller någon existens.

Den andra formeln är **A-a**. Där **A** är mannen och **a** den lilla mannen. Historiskt sätt utgår denna tanke kring man och kvinna, från den kristna skapelsemyten. Kvinnan ses vara en del av mannen, en liten man. Kvinnan, dvs. **a**, är en ofullgången man, något som inte är fullständigt, en defekt av mannen.

Den tredje och sista formeln används för att förklara tänkandet kring stereotyperna är **A-B**. Här bygger det på att mannen är en motsats/kontrast till kvinnan. Personer med denna tanke gör en total åtskillnad på mannen och kvinnan och menar att män och kvinnor är av två helt olika arter.

Tankar likt dessa har förekommit under hela historien. Mannen har framställts bl.a. som ljuset, kraften, anden medan kvinnan beskrivits som mörkret, svagheten och materian. Mannen ses som huvudperson och framställs vara stark, hård, ha kontroll och tendens till ett

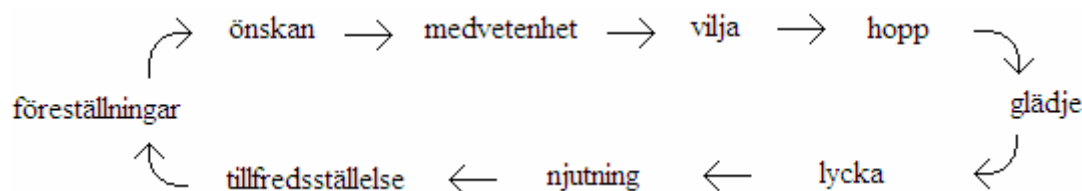
högre tänkande. Till skillnad från mannen, vars kropp byggs upp inifrån av själ ande och tankar, byggs kvinnans kropp upp utifrån av kropp, kött och substans (19).

I Hirdmans teori beskrivs genuskontraktet. Genom att skapa detta begrepp framkommer den orörlighet som i historien utmärkt könen villkor. Genuskontraktet handlar om relationen mellan man och kvinna och hur det bör vara mellan dem. Det är ett slags tvång som båda könen tyngs under. Den naturliga ordningen, dvs. att kvinnan föder barn och är underordnad mannen, är något som genom historien har styrt relationen mellan könen. Denna tanke är något som fortfarande är rådande. Kvinnan är både hjälpreda och föremål för mannen, samtidigt som hon ansvarar för barnet och hemmet. Mannens roll är att ge skydd åt kvinnan som ses vara den mindre och svagare av de två. Kvinnan är i beroendeställning gentemot mannen och har inte rätt att lämna sin plats och sina sysslor (19).

Välbefinnande

Omvårdnandsteoretikern Eriksson (20) har definierat begreppet välbefinnande och menar att det består av två dimensioner – välmåga och välbehag. Välmåga är den objektiva dimensionen av välbefinnande och har en stark anknytning till ordet välstånd. En person med välmåga har det bra i förhållandet till samhällets normer, dvs. har en god ekonomi, ett arbete, bostad osv.

Den andra och subjektiva dimensionen av välbefinnande är välbehag. Välbehag är en subjektiv upplevelse av tillfredsställelse, njutning samt känsla av behag. Eriksson (20) beskriver välbehag med hjälp av sin välbefinnandekedja (Figur 1).



Figur 1. Erikssons välbefinnandekedja.

(20, s. 185)

Föreställningar, minnen eller fantasier ger upphov till en persons önskan om något. Då denna önskan blir medveten, kan personen ta ställning till om han/hon vill fullfölja sin önskan. Att bli medveten om sin önskan leder till att personen självständigt kan göra sina val. Vad som i sin tur leder till vad personen väljer är vilka resurser och möjligheter han/hon upplever sig äga. När personen blir medveten om sin önskan övergår den i vilja. En person med vilja, upplever att han/hon är kapabel till att nå sitt mål och att detta mål är inom räckhåll. För att en individ ska våga satsa på något nytt krävs det hopp, vilket individen får genom att kunna tänka positivt. Glädje är något som är nära kopplat till hopp vilket ger energi och vitalitet. Ur glädjen växer lyckan fram som i sin tur ger personen trygghet och gemenskap (20).

Erikssons välbefinnandekedja fortsätter med begreppen njutning och tillfredsställelse som båda uppstår ur lycka. En person som befinner sig i detta stadie/tillstånd är nöjd med livet, har energi och ser positivt på framtiden, vilket leder till att nya önskningar föds och en ny

cirkel i kedjan påbörjas. För att en person ska kunna uppleva välbehag krävs det att han/hon kan älska sig själv, ha förmåga att kunna möta verkligheten och våga följa sin egen livsfilosofi (20).

Definitioner

För att undvika missförstånd beskrivs här innebörden av nedanstående begrepp som kommer att användas i uppsatsen.

Kön: syftar på den biologiska könstillhörigheten, dvs. man och kvinna (21).

Genus: syftar på den sociala och kulturella könstillhörigheten i samhället (9).

Vårdpersonal: syftar på viss personal i vårdapparaten, i detta fall läkare, sjuksköterskor samt undersköterskor.

Syfte

- Att identifiera eventuella skillnader mellan mäns och kvinnors upplevelser av vård, relaterat till välbefinnande.

Metod

Detta arbete är en litteraturstudie som, mot bakgrund av Barbara Carpers teori om kunskapsmönster inom omvårdnad, samt teorin om en manlig norm inom omvårdnaden, vill undersöka patientupplevelser ur ett genusperspektiv, samt hur det är relaterat till begreppet välbefinnande.

Resultatet baseras på vetenskapliga artiklar som vi har sökt i databaserna CINAHL och PubMed. Vi granskade totalt 40 artiklar, varav 12 svarade på vårt syfte och användes i resultatet. De 40 artiklar som granskades fann vi genom att först läsa rubrikerna på samtliga artiklar som vi fick träffar på. Om artikeln kändes relevant för vårt syfte, läste vi dess abstract. Kändes abstractet i sin tur väsentligt för uppsatsen, valdes artikeln ut för granskning. Två artiklar söktes manuellt efter granskning av referenslistor i de artiklar som funnits via databaserna. Ytterligare en artikel söktes manuellt i tidskriften Journal of Womens' Health, via Universitetsbibliotekets databas för tidskrifter med sökordet "gender".

Följande begränsningar gjordes vid sökningarna i CINAHL:

DT: Research

JS: Peer-Reviewed

En sammanfattning över hur artiklarna söktes; när de söktes, med hjälp av vilka sökord de hittats, hur många sökträffar etc. finns beskrivet i bilaga 1. En kortfattad beskrivning av de artiklar som använts i resultatet återfinns i bilaga 2.

Vi började arbetet med att ytligt granska sex artiklar vardera. Därefter bytte vi artiklar med varandra och genomförde en mer djupgående systematisk granskning av dessa. Resultatet från

granskningen kodades, genom att alla kommentarer som rörde patientupplevelser plockades ut. Till att börja med delades upplevelserna in i två huvudteman – *kvinnliga* respektive *manliga patienters upplevelser av vården*. Utifrån detta kopplade vi samman upplevelser med gemensamma drag, vilket senare resulterade i fyra subteman – *vårdpersonalens agerande, relation patient-vårdpersonal, vårdpersonalens kompetens, samt eftersträvan svårda vårdåtgärder*. Vi har inte gjort någon åtskillnad vad gäller positiva och negativa patientupplevelser, utan dessa återfinns inom samma subtema. Resultatet har sedan presenterats utifrån dessa huvudteman och subteman. För att ytterligare förtydliga patientupplevelserna har vi i resultatet valt att lyfta fram en rad citat från de artiklar som är baserade på kvalitativa studier.

Fördelar och nackdelar med metodval och tillvägagångssätt avhandlas mer ingående under rubriken ”Metoddiskussion”. I resultatdiskussionen knyts slutligen resultatet an till de teorier och begrepp som beskrivits i bakgrunden.

Resultat

KVINNLIGA PATIENTERS UPPLEVELSER AV VÅRDEN

Vårdpersonalens agerande

När det gäller kvinnliga patienter är det uteslutande negativa kommentarer som ges angående vårdpersonalens agerande. Många av dessa åsikter rör sig kring kvinnan som individ och hennes personlighet. Återkommande är känslan av brist på respekt från vårdpersonalen (18, 22, 23). Även känslan av att inte bli tagen på allvar eller känna sig misstrodd framkommer tydligt i några av studierna (22, 24, 25). I vissa fall rör det sig om en abstrakt känsla av att inte bli trodd (25).

”When the doctor arrived, he had a ready-made diagnosis and didn’t listen to what I said. I talked to him about my back pain and how I perceive that the trouble in my feet and legs is connected with the spine. He said that was pure rubbish.” (25, s. 499)

I andra fall är det mer konkreta exempel, som att inte ha fått smärtlindring när det behövts (26). Ett annat exempel på upplevd avsaknad av bekräftelse är när en svårdiagnostiserad kvinnlig patient hellre skickas iväg till en annan vårdinrättning än utreds vidare där hon redan vårdas (27).

Kennedy et al. (23) beskriver hur många kvinnor byter vårdgivare på grund av en brist på respekt, kunskap och intresse från personalen. Kvinnor har låg tilltro till vårdpersonalens omdöme. De uttrycker ofta att de blir oförskämt behandlade (26) samt bemöts med någon slags nedlåtande attityd, förmynderi och arrogans från personalen (22).

Känslan av att inte ses som en hel människa är en åsikt som uttrycktes av kvinnor i ett par av studierna (22, 26). De oroade sig för att sjukdomen enbart sågs som en medicinsk företeelse, och inte som en del av den totala livssituationen (22).

”What I miss is being seen as a complete person. My cancer was diagnosed in the middle of my divorce case. That was tough, I had to spend much time in court, and that made me feel even worse” (22, s. 277)

Relation patient-vårdpersonal

Det vårdande samtalet har i många fall visat sig ha stor betydelse för kvinnors upplevelse av vården, såväl positivt som negativt (18, 24, 26, 28). I de fall där det funnits tid till samtal, och det har fungerat på ett tillfredsställande sätt har kvinnliga patienter upplevt ökad trygghet och välbefinnande. Bra information har visat sig minska den upplevda oron inför exempelvis en behandling eller ett ingrepp. En kvinna i Walkers (28) studie berättar om en händelse då hon fick information om att undersökningen hon skulle genomgå kunde få ett negativt resultat. I och med att hon fått detta besked redan innan undersökningen kunde hon i lugn och ro förbereda sig mentalt, något som i sin tur medförde att hon kände sig tryggare.

Många av kvinnornas synpunkter på samtal i vården är dock av mer negativ karaktär. Brist på tid till samtal är en av de punkter som flest kvinnor klagar på (18, 26). När väl samtalet äger rum upplever vissa kvinnor att de blir ignorerade och avvisade av personalen. De upplever sig inte få den uppmärksamhet eller det känslomässiga stöd de förtjänar (25, 29). Upplevelsen av att vårdpersonalen förväntar sig ett visst beteende under samtalet skapade oro och ångest hos

några av kvinnorna i Løvliens (24) studie. Denna oro och ångest präglade i sin tur kvinnornas framställning av problemet.

Några kvinnliga patienter uttrycker en känsla av att behöva förtjäna läkarens uppmärksamhet. Kvinnorna menar att de måste uppvisa fysiska, konkreta symtom för att skapa ett intresse, och därmed ett ökat engagemang från läkarens sida (25). När en läkare istället är insatt i kvinnans hälsohistoria och situation upplevs det som att läkaren är intresserad, och därmed skapas en positiv känsla i mötet (30).

”If the doctor says something that clearly indicates that they opened the file and know something about me before they walk in the door – that is very reassuring and very valuable.” (30, s. 547)

Pittman (27) beskriver i sin studie ett fenomen där vårdpersonalen använder sig av ett slags ”hot” för att få kvinnliga patienter att bli mer följsamma i behandlingen. Ett exempel handlar om en kvinna som fick beskedet att om hon inte följde den uppsatta dieten skulle läkaren vägra att fortsätta ta emot henne. En annan slags hotbild är användandet av modersrollen som en strategi för ökad egenvård.

”The doctor told me that I needed to take care of myself, because I have small children. If I had no small children, well then it would be a different matter.” (27, s. 402)

Vårdpersonalens kompetens

Personalens kompetens är något som ifrågasätts av flertalet kvinnliga patienter (18, 24, 25). Kritik riktas dels mot sjuksköterskornas kunskap och färdigheter (18), och dels mot läkarna som beskrivs som ignoranta och inkompetenta (25). Flera av kvinnorna i Løvliens (24) studie upplevde att deras symptom ofta misstolkades av personalen. Detta trots att riskfaktorer var närvarande, samt att det fanns en historia av sjukdomen i släkten. Följden blev istället att kvinnorna tvingades ”förhandla” med läkarna för att få den hjälp de behövde.

Kvinnors missnöje med personalens attityder förekommer även det i ett par av studierna (18, 22). Kvinnliga patienter klagar bland annat på sjuksköterskornas engagemang (18) och oförskämda behandlande (22). Dock uttrycker några kvinnliga patienter en slags förlåtande inställning gentemot personalen (22, 28).

”The examination was professional, but cold. They might at least have tried to fake some compassion. I reckon the reason must be they were short-staffed and over-worked. Yet, they did their best.” (22, s. 277)

Eftersträvarvärda vårdåtgärder

Generellt sett kan sägas att kvinnliga patienter har många åsikter om hur vården och vårdpersonalen bör vara och agera (18, 23, 25, 27, 30, 31). Det gäller även vilka behov kvinnor menar sig ha och hur dessa bör bli tillfredsställda.

I tidigare subteman finns beskrivet hur kvinnor ofta klagar på bristande kommunikation, dåligt med tid till samtal samt otillräcklig information (18, 22, 26). Således är många av förslagen till förbättrad vård relaterade till just detta område. Det efterlyses mer tid till dialog (25) samt en rak och förstående kommunikation mellan patient och vårdare (30). I detta ingår ett noggrant lyssnande samt tydliga förklaringar från personalens sida (23, 30). Bekräftelse

ses som ett av de viktigaste områdena i vården, något som av flera kvinnor anses uppstå just genom ett fungerande samtal (27).

"It's just terrifying, and people would rather stay home and suffer than think that they're going to go someplace where they are going to feel like an idiot and be humiliated and, you know, not be able to communicate." (30, s. 546)

Kvinnorna poängterar vikten av ett fungerande förhållande till vårdpersonalen (25). Sjuksköterskan, till exempel, skall vara personlig och intresserad samt visa sympati för patienten (23, 31). Därutöver bör personalen vara medveten om kvinnliga patientens resurser för att kunna tillfredsställa eventuella behov (18, 30). Det gäller såväl abstrakta behov såsom exempelvis att kvinnan får vara delaktig i vården, som konkreta behov i form av att trivas i den fysiska miljön; rum, mat, utrustning etc. (31).

En artikel fokuserar mestadels på kvinnornas upplevda behov i vården. De menade att läkare ofta fokuserade på preventiva åtgärder. För att lättare kunna följa en sådan behandling önskade kvinnorna mer utbildning och information om läkemedel, uppföljning av onormala provresultat samt stöd och hjälp till en förbättrad livsstil (30).

"...when somebody challeges you to do something, that gives you motivation to do it. But when he just tells you that you need to lose weight... you go back home and start eating again. But if he said, 'by the time you come back and see me again, I want to make sure you lost weight, maybe 2-3 pounds or something'... you're going to work at that." (30, s. 546)

MANLIGA PATIENTERS UPPELVELSER AV VÅRDEN

Vårdpersonalens agerande

Det har inte varit så vanligt förekommande i artiklarna att män har tagit upp situationer vad gäller vårdpersonalens agerande. Enstaka manliga patienter har känt att personalen varit oförskämd och avvisande. Känslan av att bli försummad, eller inte tas på allvar, har också framkommit i samma studie. När män istället blivit uppmärksammade och omhändertagna har mötet med vårdpersonalen istället upplevts som mycket positivt (28).

"[This was] the first time I have been in hospital for years. The last time ... nobody spoke to you, but this time everybody had time for you ... nobody left me alone for very long – they were always asking if I was alright or if I wanted anything ... they really do care for you." (28, s. 196)

Relation patient-vårdpersonal

Inte heller inom detta subtema har mäns erfarenheter behandlats i stor utsträckning. Till skillnad från kvinnorna uttrycker männen inte samma behov av känslomässigt stöd från personalen (29). Män visar heller inget större intresse för att småprata med dem som vårdar (27). I de situationer då personal visat intresse för den enskilde individen, uppstod en känsla av tillit hos de manliga patienterna (28).

"I went to casualty with acute urinary retention ... a lady doctor she was, very nice, she said how long have you been like this? ... you must be in agony. I felt I could trust her." (28, s. 198)

Vårdpersonalens kompetens

De vanligaste klagomålen bland manliga patienter handlar om att de upplever sig ha blivit felbehandlade (22, 32), antingen vad gäller diagnosen eller den medicinska behandlingen. Manliga patienter klagar även på bristande uppföljning av den vård som erhållits, samt dålig kvalitet på viss utrustning såsom icke fungerande lås på operationsbritten och dylikt (22).

Kritik riktas också mot själva vårdapparaten. Vad manliga patienter klagat på är en ineffektiv organisation samt bristfälligt ledarskap (22). Detta i sin tur leder, enligt några manliga patienter, till onödigt långa väntetider i vården. Inom en större organisation, som ett sjukhus, ökar risken för att individens behov åsidosätts, något som påpekas av endast en man i Walkers (28) studie.

”There is no doubt that this hospital has to cover an uptake area of too many people. That still does not excuse the neglect of responsibility and professionalism, particularly of the doctors.” (22, s. 277)

Läkarna ses inte alltid som en legitim faktakälla. Stundtals använder sig männen istället av egna formuleringar för att förklara eller förstå sitt tillstånd (27). Det förekommer även ett uttalande som gäller dålig kommunikation, framför allt saknas information från vårdpersonalen (28).

”The only area that needs improvement is the out-patients department and communication with the doctors – they don’t tell you what’s wrong with you. You have to gather as much information about your condition yourself so that you know what is going on.” (28, s. 195)

Dock är inte alla kommentarer av negativ karaktär. Sjuksköterskan framställs många gånger som engagerad och omtänksam (18). I en av studierna uttrycker de manliga patienterna uppskattning gentemot trevlig, ung, kvinnlig vårdpersonal (22).

Eftersträvansvärda vårdåtgärder

Samtliga kommentarer som behandlar önskemål om hur vården bör se ut rör sig kring ”det medicinska”. Sjuksköterskans medicinsk-tekniska kompetens framhålls som mycket viktig(31). I Pittmans (27) studie poängterar männen även vikten av en korrekt diagnos samt god information om sjukdomen, för att på så sätt själv kunna fatta beslut angående den egna vården.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Att få fram relevanta exempel på genusforskning inom omvårdnad har visat sig inte vara en lätt uppgift. Det finns endast ett begränsat antal artiklar som belyser ämnet. Flera av våra artiklar är skrivna av samma författare, samt baseras på undersökningar gjorda på samma populationsgrupp. Detta skulle kunna vara ett tecken på en inte alltför bred bas att grunda ett resonemang på. Å andra sidan har artiklarnas syften skiljt sig åt, och därmed har nya slutsatser kunnat dras från samma material.

Hälften av artiklarna vi fått fram, och använt oss av har varit kvantitativa studier. Frågan kan ställas om en kvantitativ metod är den bästa för att undersöka patienters upplevelser och tillfredsställelse med vården. Patientstillfredsställelse är en subjektiv upplevelse, vilken kan vara svår att fånga genom frågeformulär med redan fasta svarsalternativ. I kvalitativa intervjuer finns utrymme för känslomässiga yttringar i tillägg till en konkret beskrivning av något som hänt. En annan aspekt är att den som designar ett frågeformulär har svårt att undgå att det färgas av hans eller hennes normer och värderingar. Detta kan få till följd att patienter får svara på frågor som egentligen är designade för någon annan persons perspektiv.

Vårt mål då vi skulle söka artiklar var att välja ut studier som genomförts under de senaste åren, under 2000-talet. Då detta visade sig vara svårare än förväntat fick vi utvidga vårt sökområde till att innefatta de senaste 10 åren. Majoriteten av artiklarna (10 st) är dock från perioden 1999-2007.

Sju stycken av de 12 artiklarna är studier utförda i Skandinavien (Sverige och Norge). De resterande fem är gjorda i USA (3 st), Storbritannien (1 st) och Argentina (1 st). Den stora andelen har alltså ägt rum i länder med liknande samhällsstruktur som vår, varpå vi anser oss ha kunnat dra relevanta slutsatser utifrån den kontext vi befinner oss i som svenskar. Dock måste det tas i beaktning att samhällsnormer och vårdkultur kan skilja sig åt från land till land och därmed färga forskningsresultatet.

En av Foss (18) artiklar har vi använt i både bakgrund och resultat. I bakgrunden tar vi upp resonemang hämtat från artikelns teoretiska bakgrund, medan det är själva resultatet som blivit en del av den data vi använt i vårt resultat. Dessutom har vi använt en artikel som inte är publicerad i en vetenskaplig tidskrift (32). Denna artikel har dock efter att ha granskats systematiskt visat sig vara baserad på en vetenskapligt tillförlitlig metod. Dessutom har den varit relevant för uppsatsens syfte och därför inkluderats i resultatet.

Det har varit svårt att hitta relevanta sökord för att hitta artiklar som belyst vårt ämne. Vi har använt oss av en rad olika ord som på något sätt berör vårt syfte. Gång på gång har samma författare och artiklar dykt upp, vilket har tvingat oss att även använda oss av andra sökmetoder. Genom att granska funna artiklars referenslistor, samt söka i universitetsbibliotekets tidskriftsdatabas har vi slutligen funnit vad vi anser vara en tillräcklig grund för att svara på vårt syfte.

Som vi skrivit i metodavsnittet delade vi in de patientupplevelser som framkommit under granskningen av artiklarna i huvudteman och subteman. Detta möjliggjorde för oss att få en klarare bild av olika typer av upplevelser, samt hjälpte oss att presentera resultatet på ett överskådligt sätt.

Eftersom syftet med denna litteraturstudie koncentrerat sig på upplevelser är det enbart detta som syns i resultatet. Vi har sedan valt att diskutera vårt resultat utifrån de teorier vi presenterat i bakgrunden som ett eget avsnitt under rubriken "Resultatdiskussion". På så vis hoppas vi att teori och praktik vävs samman på ett mer naturligt sätt.

Resultatdiskussion

Carpers (1) teori om kunskapsmönster inom omvårdnad är ett bra verktyg som man som vårdpersonal kan använda sig av för att ge optimal vård till patienten. En av huvuduppgifterna för oss som sjuksköterskor är att säkerställa patientens välbefinnande, något som påverkas av såväl inre som yttre faktorer hos vårdpersonal och patient. Genustillhörighet är en av de faktorer som är viktig att ta i beaktande för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad. Genusperspektivet inom omvårdnad finns idag med i samtliga kursplaner på sjuksköterskeutbildningen, men frågan är huruvida det har fått så stort genomslag i praktiken.

Så, hur ser då patienternas upplevelser ut i förhållande till Carpers kunskapsmönster? Hur skiljer det sig mellan män och kvinnor? Hur förhåller sig detta till den manliga normen eller Hirdmans genusteori?

Empirisk kunskap

Personalens kompetens och färdigheter är något som klart och tydligt går att koppla till den empiriska kunskapen. Det är dock endast ett fåtal kvinnor som har åsikter om sådant som är relaterat till omvårdnad som vetenskap. Endast enstaka kommentarer om personalen som exempelvis inkompetent framkommer i samtal med kvinnor (25).

Inom detta subtema är det alltså främst männen som har synpunkter om vad som är bra och dåligt, samt vad som bör eftersträvas. Det som klagas på är alltså brist på empirisk kunskap. Klagomål kring felbehandling (22, 32), bristande uppföljning av genomförda åtgärder samt dålig kvalitet på medicinsk-teknisk utrustning (22) är vanligt förekommande bland manliga patienter. Dessutom har det i en studie uttryckts missnöje med information; män upplever att de ofta själva måste skaffa information om sin sjukdom (28). Detta kan även kopplas till synen på läkaren som en icke-legitim faktakälla – manliga patienter litar inte på det personalen har att säga utan tar reda på informationen på egen hand. Till skillnad från männen visar dock inte kvinnor samma tendens att aktivt söka kunskap på egen hand; man litar på läkarens kompetens (27).

Som en kontrast till verkligheten har vi även tittat på vad patienterna anser bör eftersträvas i vården. Här kan vi se ett tydligt samband mellan vad män tar upp som brister och hur de tycker att det borde vara. När manliga patienter tillfrågas poängterar de vikten av sjuksköterskans medicinsk-tekniska kompetens (31), samt betydelsen av att bli korrekt diagnostiserad och få god information om sin sjukdom. Information av hög kvalitet möjliggör för männen att själva kunna fatta beslut kring sin egen vård (27).

Det finns även ett exempel på hur kvinnor har låg tilltro till vårdpersonalens omdöme (23). Kvinnor kopplar dock den här typen av missnöje till exempelvis bristande kommunikation eller till någon form av relationsanknutet problem (18). I en studie beskriver flera kvinnor hur läkaren inte förstår deras sätt att uttrycka sig, vilket i sin tur får till följd att de blir

felbehandlade (24). Kvinnliga patienter efterlyser istället att vårdpersonalen skall vara medveten om deras resurser och på så vis se vilka behov de har (18, 30).

Enligt Hirdman (19) är mannen den starke; den som vill ha kontroll. Detta kan ses som en möjlig förklaring till det agerande som beskrivits ovan. Männen nöjer sig inte med det vårdpersonalen säger till dem, utan vill skapa sin egen bild av problemet (27). Den manlige patienten tar en mer aktiv roll i vården i jämförelse med den mer passiva kvinnan.

Estetisk kunskap

Inom Carpers (1) estetiska kunskapsmönster är begreppet empati en viktig beståndsdel. Utan att ha förmågan att leva sig in i en annan människas känslor och behov kan man som sjuksköterska inte ge bästa möjliga omvårdnad. Orsaken bakom de upplevelser som går att utläsa från de olika artiklarna kan tolkas som ett misslyckande på detta område. Det framgår klart och tydligt att det är de kvinnliga patienterna som upplever en brist i personalens kunskap vad gäller empati och medkänsla för den enskilda individen.

Som kvinna känner man sig åsidosatt. Många patienter förmedlar någon form av känsla av att inte ses som en hel människa – behovet finns att inte bara bli sedd som en sjuk patient, utan att hela livssituationen ska ha betydelse (22). En endaste manlig patient uttrycker en känsla av att bli försummad. Majoriteten av männen tar dock inte upp detta som ett problem (28). Som vi tidigare har tagit upp talar Hirdman (19) om mannen som den som vill ha kontroll. Denna enda mannen poängterar alltså något som går emot traditionellt manliga handlingsmönster (28). Kvinnan å sin sida är den svaga (19), och det kan vara just på grund av detta som hon i större utsträckning än mannen söker bekräftelse, samt vill bli sedd i hela sin person (22).

En annan följd av bekräftelsebehovet är den att flertalet kvinnor upplever en brist på respekt från vårdpersonalen (18, 22, 23). Kvinnliga patienter erfar en känsla av att bli bemött med arrogans och någon slags översittande attityd (22). Detta är något som inte framkommer som ett problem över huvud taget bland de manliga patienterna. Den manliga normen i samhället är den som styr; manliga värderingar rankas högre än de kvinnliga (16), vilket skulle kunna ses som en förklaring till varför kvinnor upplever detta som negativt. Kvinnors åsikter underordnas männens, och följden blir därmed att det läggs lite eller ingen vikt vid kvinnors önskemål om hur omvårdnaden bör utföras. Poängen är inte att män och kvinnor behandlas olika, utan snarare att båda behandlas utifrån männens villkor. Erikssons (20) välbefinnandedekja är uppbyggd på ett sätt där alla led måste hänga samman för att en individ skall kunna uppnå en känsla av välbefinnande. Vad som sker när en person förlorar förmågan att tänka positivt, i det här fallet på grund av vårdpersonalens agerande, är att patienten inte längre klarar av att satsa på att fullfölja sina önsknings. Därmed är kedjan bruten och möjligheten att nå välbefinnande är borta.

Den personliga kunskapskomponenten

En annan aspekt av omvårdnad, enligt Carper (1), är relationen mellan patienten och den som vårdar. I flera av artiklarna läggs fokus framför allt på samtalet som en betydande del av välbefinnandet (18, 24, 26, 28). Såväl tid för samtal som vad som tas upp, samt på vilket sätt samtalet genomförs är viktiga beståndsdelar, framför allt vad gäller kvinnliga patienter. Då kvinnor erhåller känslomässigt stöd upplevs välbefinnande i större utsträckning än i de situationer då de inte anser sig få den uppmärksamhet de förtjänar (25, 29). Ett citat från en av artiklarna tar upp en situation när en läkare tagit sig tid till, och förberett sig inför ett samtal. Kvinnan i artikeln upplever detta som väldigt lugnande och värdefullt (30). Det är såklart svårt att säga vad läkarens agerande i detta fall beror på. Är det en del av hans eller hennes

personlighet eller är det ett inlärt, erfarenhetsbaserat beteende? Ett nyckelord i Carpers personliga kunskapskomponent är det som kallas therapeutic use of self, där den som vårdar använder sig av sina personliga drag i mötet med patienten (1, 6). Fallet med den förberedda och engagerade läkaren kan vara ett exempel på just detta. Han eller hon kan ha varit medveten om sina personliga drag, vilket därmed kan ha blivit direkt avgörande i omvårdnadsprocessen.

Föregående fall visar ett exempel på hur användandet av den egna identiteten kan ge en positiv påverkan i mötet med patienten. Då vårdpersonalen inte är medveten om sina personliga värderingar samt hur dessa kan påverka riskeras att resultatet blir det motsatta. I en artikel beskriver kvinnor hur vårdpersonalen använt sig av "hot" som ett medel för att få högre följsamhet i behandlingen (27). I flera av fallen handlar det om kvinnor som inte följt en uppsatt diet, med andra ord frångått det beteende som sjukvården satt upp som norm. Detta påverkar i sin tur det sätt som vårdpersonalen ser på kvinnor samt agerandet utifrån dessa föreställningar om vad som är rätt och fel (7).

Ett behov av känslomässigt stöd uppvisas inte i någon större utsträckning bland de manliga patienterna. Beror ointresset på att manliga patienter inte behöver känslomässigt stöd, eller är det så att de inte vågar uttrycka att de vill ha det på grund av att det inte anses "manligt" att prata om känslor?

I ett citat från en av artiklarna uttrycker en man att han känt tillit och välbefinnande i en situation då en kvinnlig läkare visat intresse och empati för honom som individ (28). Skulle fallet vara så att män inte vågar uttrycka sina känslor på grund av risken att framstå som omanliga, kan det vara så att den i det här fallet kvinnliga läkaren skapar en miljö där patienten vågar gå mot normen till fördel för ett ökad välbefinnande.

Etik – moral som kunskap

Etik är inget givet, inget bestämt om vad som SKA göras eller sägas. Det är istället något som personen själv väljer. Vad som anses rätt och fel har bland annat att göra med kulturell och social bakgrund. Det är därför svårt att finna konkreta exempel i resultatet på vad som är etiskt rätt och riktigt. Däremot går att urskilja ett antal etiska situationer, eller dilemman.

Ett exempel på en sådan situation beskrivs i Pittmans (27) artikel, där vårdpersonal använder sig av modersrollen som en strategi för ökad egenvård. Vi har tidigare talat om den naturliga ordningen i samhället, där kvinnan är den som har det främsta ansvaret för barn och hem (19). I fallet i artikeln ses barnen som den viktigaste orsaken till att kvinnan bör sträva efter att återfå sin hälsa (27). Orsaken till tillfrisknande skall vara för kvinnans bästa, och inte mot bakgrund utav samhällets i förväg uppsatta plikter. Det kan alltså tyckas svårt att etiskt försvara ett sådant handlingssätt från vårdpersonalen.

En annan aspekt inom den vårdetiska diskursen är den om den bristfälliga medicinska forskningen på kvinnor. Vi har sett i ett par av artiklarna att frånvaron av forskning har lett till att kvinnors symtom inte tas på allvar (24, 25), något som i sin tur kan leda till att kvinnor får en försenad och sämre behandling. Är det etiskt försvarbart att utesluta kvinnor från forskningsprojekt med motiveringar som exempelvis att kvinnors hormonsvängningar hindrar ett "bra" forskningsresultat (12)?

Yvonne Hirdmans genusstereotyper

I teoriavsnittet i bakgrunden beskrevs Hirdmans förklaring till olika genusuppdelningar i samhället (19). Resultatet i vår studie går att koppla även till denna modell.

- *A-icke a* – Som tidigare nämnts finns kvinnor oftast inte med i den medicinska forskningen. Symtom misstolkas, kvinnliga patienter måste ”förhandla” med läkaren för att få uppmärksamhet. Citat som *”he [the doctor] said that it was pure rubbish”* (25, s. 499) när en kvinna försöker förmedla sin upplevelse av smärta befäster tanken om att kvinnan inte existerar.
- *A-a* – Den här formeln beskriver kvinnan som en ofullgängen man. Detta syns i attityder från vårdpersonalen, såsom exempelvis oförskämt behandlande, nedlåtande, förmynderi och arrogans (18, 22, 26). Kvinnan är alltså en defekt av mannen och behandlas därefter.
- *A-B* – Mannen och kvinnan är motsatser, samt attraheras av det motsatta (det vill säga attraheras av varandra). Mannen är ljuset, kraften och anden och hans kropp byggs upp av själ och tanke. I resultatet framkommer att kvinnor vill ha känslomässigt stöd, samtal, fungerande förhållande och förstående kommunikation (23, 25, 27, 30). Kvinnan å andra sidan är, enligt Hirdman (19), mörkret, svagheten och materia och hennes kropp byggs upp av kött och substans. I resultatet efterfrågar männen teknisk kompetens, vikten av korrekt diagnos, god information om sjukdom, med andra ord: materia (27, 31). Att motsatser i detta fall attraherar får stöd av att manliga patienter uppskattar trevlig, ung, kvinnlig vårdpersonal – kropp (22).

Den naturliga ordningen med kvinnan som barnafödande hjälpreda, och därmed underordnad mannen, stödjer också detta påstående. Detta faktum har, som nämnts ovan, använts som en strategi i omvårdnaden av vissa kvinnor, exempelvis vad gäller utnyttjandet av kvinnans roll som mor (27).

Kvinnan är i beroendeställning gentemot mannen och har inte rätt att lämna sin plats och sina sysslor. I vårt resultat har vi vid ett par tillfällen sett att det finns en ökad förståelse bland kvinnliga patienter för kvinnlig vårdpersonal som kanske uppträder stressat. De kan sätta sig in i situationen och relatera till sin egen position i samhället, och får därmed en mer förlåtande attityd gentemot vårdpersonalen (22, 28).

Slutsatser

Kvinnor nämner i ett fall hur de måste presentera fysiska symtom för att skapa ett intresse hos samt förtjäna uppmärksamhet från läkaren (25). Kan detta sägas vara en egenskap speciellt tillskriven läkaren, eller har det att göra med könet på läkaren? Utifrån våra egna slutsatser av det studerade materialet är mannen konkret och deskriptiv till naturen. Det kan därför antas att läkaren i detta fall är en man. Medför detta i så fall att en kvinnlig läkare inte hade ställt samma krav på en kvinnlig patient som en manlig läkare hade gjort?

Vårt syfte med uppsatsen var att undersöka skillnader mellan mäns och kvinnors upplevelser av vård. Efter att ha studerat såväl den teoretiska bakgrunden som ett antal vetenskapliga artiklar som alla på ett eller annat sätt berör ämnet har vi kommit fram till ett par sammanfattande punkter:

- Utifrån vår teoretiska bakgrund svarar män an på de traditionella, konstruerade normerna; empiriska, ”vetenskapliga”, deskriptiva samt konkreta.
- Män klagar främst på medicinsk-teknisk utrustning, medicinsk behandling samt vårdpersonalens kunskap och färdigheter.
- Utifrån samma teoretiska bakgrund svarar även kvinnor an på dessa traditionella, konstruerade normer; estetiska, erfarenhetsbaserade, känslösa, empatiska och expressiva.
- Kvinnor klagar främst på beteendet hos vårdpersonalen, deras attityder och empatiska förmåga.

Genusforskningen inom omvårdnadsämnet är som vi tidigare tagit upp bristfällig på många sätt. Det finns flera områden där det skulle behövas djupare analys av mäns och kvinnors situation och upplevelser i vården idag.

I flera av artiklarna vi läst har framkommit att yngre kvinnor är mer missnöjda med vården än äldre. Anledningen till detta skulle kunna vara att kvinnor idag är högre utbildade, samt i större utsträckning deltar i arbetslivet. Förändringar i könsrollen har varit större för kvinnor än för män, något som skulle kunna ses som en förklaring till varför betydelsen av genus är större i vissa åldersgrupper än andra. Om denna teori stämmer så finns det ett ökat behov av medvetenhet kring genusfrågor. I vår studie har vi upptäckt stora skillnader i vårdupplevelser mellan kvinnor och män. Ytterligare forskning skulle eventuellt kunna ge mer uppmärksamhet åt de ojämlikheter som finns inom vården, och förhoppningsvis komma att utjämna den obalans som råder idag. I inledningen av denna studie uttryckte vi en önskan om att bidra till en ökad kunskap inom detta ämne, och vi hoppas att vi åtminstone till viss del har lyckats uppnå detta.

Ska män och kvinnor vårdas på precis samma sätt, oavsett skillnader i önskingar och behov? Ska man acceptera de skillnader som faktiskt finns, och anpassa vården efter patientens kön? Eller ska man bortse från kön och genusfrågor helt och hållet och rikta in sig på en totalt individuellt anpassad vård? Kärnan i det hela är att vi måste komma fram till hur framtidens vård bör bedrivas med målet att uppnå största möjliga välbefinnande för individen.

Referenser

1. Carper, B. *Fundamental patterns of knowing in nursing*. *Advances in Nursing Science* 1978;1(1): 13-23.
2. Johns, C. *Framing learning through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing*. *Journal of Advanced Nursing* 1995;22: 226-34.
3. *Nationalencyklopedins Internettjänst*. Hämtat från: URL: http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=162051&i_word=empati (endast tillgänglig för studenter och forskare vid Göteborgs Universitet)
4. Travelbee, J. *Interpersonal aspects of nursing* Philadelphia: F.A. Davis company 1971.
5. White, J. *Patterns of knowing: Review, critique, and update*. *Advanced Nursing Science* 1995;17(4): 73-86.
6. Wosket, Val. *Therapeutic Use of Self: Counselling Practice, Research, and Supervision*. London: Routledge, 1999.
7. Rose, J., Glass, N. *Nurses and palliation in the community: the current discourse*. *International Journal of Palliative Nursing* 2006;12(12): 588-94.
8. Wessén, E. *Våra ord – deras uttal och ursprung* Nacka: Esselte Herzogs; 1975.
9. *Nationalencyklopedins Internettjänst*. Hämtat från: URL: http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=181336&i_word=genus (endast tillgänglig för studenter och forskare vid Göteborgs Universitet)
10. Hovelius, B., Johansson, E. (red.) *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur; 2004.
11. Bexell, A. *Kvinnoforskning inom medicinen – behövs det? I: Aniansson, E., Borgström, E., Holm, U-C., Wikander, U. et al. Vetenskap, patriarkat och makt. Rapport från Kvinnouniversitetet*. Stockholm: Förlaget Akademilitteratur AB; 1983.
12. Söderström, M. *Därför uteslöt forskarna kvinnor ur sina studiepopulationer*. *Läkartidningen* 2001;98(13):1524-28.
13. Hammarström, A. *Genusperspektiv på medicinen – två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Stockholm: Högskoleverket i samarbete med Nationella sekretariatet för genusforskning, 2005.
14. Swahn, E. *Könsperspektivet i klinisk forskning försummas – oftast till nackdel för kvinnorna*. *Läkartidningen* 2001;98(7): 654.
15. Björkelund, C. et al. *Hantering av hjärt-kärlsjukdom präglas av manligt perspektiv*. *Läkartidningen* 2001;98(30-31): 3314-18.

16. Foss, C., Sundby, J. *The construction of the gendered patient: hospital staff's attitudes to female and male patients*. Patient Education and Counseling 2003;49: 45-52.
17. Öresland, S., Jakobsson, A., Segesten, K. *To see or not to see. Perceptions of equality in a Swedish University Hospital*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 1999;13: 227-33.
18. Foss, C. *Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2002;16: 19-26.
19. Hirdman, Y. *Genus- om det stabila föränderliga former*. Malmö: Liber; 2001.
20. Eriksson, K. *Vårdteknologi* Stockholm: Norstedts 1986.
21. *Nationalencyklopedins Internettjänst*. Hämtat från: URL: http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=235753&i_word=k%fc6n (endast tillgänglig för studenter och forskare vid Göteborgs Universitet)
22. Foss, C. *Patients' voices on satisfaction: unheeded women and maltreated men?* Scandinavian Journal of Caring Sciences 2004;18: 273-80.
23. Kennedy, H.P., Taylor, D., Lee, K.A. *A study of midlife women's reason for changing healthcare providers*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2005;17(11): 480-86.
24. Løvlien, M. *Blir kvinnors hjertor tatt på alvor*. Vård i Norden 2001;21(1): 15-19.
25. Johansson, E., Hamberg, K., Lindgren, G., Westman, G. *"I've been crying my way" – qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences*. Family practice 1996;13: 498-503.
26. Jonsson, P.M., Sterky, G., Gåfvells, C., Östman, J. *Gender equity in health care: the case of Swedish diabetes care*. Health Care for Women International 2000;21: 413-31.
27. Pittman, P.M. *Gendered experiences of health care*. International Journal for Quality in Health Care 1999;11(5): 397-405.
28. Walker, J., Brooksby, A., McInerney, J., Taylor, A. *Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust*. Journal of Nursing Management 1998;6: 193-200.
29. Ekstrom, D.N. *Gender and perceived nurse caring in nurse-patient dyads*. Journal of Advanced Nursing 1999;29(6): 1393-1401.
30. Houle, C., Harwood, E., Watkins, A., Baum, K.D. *What women want from their physicians: a qualitative analysis*. Journal of Womens' Health 2007;16(4): 543-50.
31. Larsson, B.W., Larsson, G., Starrin, B. *Patients' views on quality of care: a comparison of men and women*. Journal of Nursing Management 1999;7: 133-39.

32. Foss, C. *Kjønn som variabel i pasienttilfredshet*. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2000; 120: 3283-86.

Bilaga 1: Sammanfattning av artikelsökning

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Antal utvalda artiklar	Använda artiklar (ref.nr)
CINAHL	2007-09-10	gender AND care AND nursing Gender: female AND male	388	3	18
CINAHL	2007-09-10	Patient satisfaction AND nursing AND quality of care	160	3	
PubMed	2007-09-10	Patient satisfaction AND gender differences Limits: abstracts	56	3	22, 26, 32
CINAHL	2007-09-10	Gender AND nurse-patient	43	1	29
CINAHL	2007-09-10	Gender AND nursing AND patient satisfaction	29	4	18
PubMed	2007-09-10	Gender AND nursing AND patient satisfaction Limits: abstracts	65	5	18, 22, 32
CINAHL	2007-09-10	Gender AND patient satisfaction AND care AND nursing	24	4	18
CINAHL	2007-09-10	Patient satisfaction AND quality of care AND gender	21	2	
CINAHL	2007-09-10	quality of care AND patient perspective	10	4	31
CINAHL	2007-09-19	gender AND patient satisfaction AND experience	22	3	23, 28
CINAHL	2007-09-19	gender AND experience AND well-being	35	4	24
Manuell sökning	2007-09-06	Referenslistor		4	25, 27
	2007-09-21	Universitetsbibliotekets tidskriftsdatabas			30

Bilaga 2: Artikelpresentation

Referensnummer	18
Titel	Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care.
Författare	Foss, C
Tidskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences 2002;16: 19-26
Land	Norge
Syfte	Att undersöka könsrelaterade skillnader i tillfredsställelse med vårdkvaliteten.
Metod	PS-RESKVA (Patienttillfredsställelse, resultat, kvalitet) Frågeformulär med 39 frågor som besvarats på en femgradig skala. 2695 respondenter varav 1469 män och 2226 kvinnor. Materialet bearbetades med hjälp av multipel regressionsanalys
Antal referenser	43

Referensnummer	22
Titel	Patients' voices on satisfaction: unheeded women and maltreated men?
Författare	Foss, C.
Tidskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences 2004;18: 273-80
Land	Norge
Syfte	Att fånga skillnaden mellan män och kvinnors upplevelser av att vistas på sjukhus.
Metod	Enkätundersökning bestående av både flervalfrågor och öppna frågor. Urvalet bestod av totalt 2695 patienter från kirurg- och medicinavdelningar. Utav dessa var 1469 män och 1226 kvinnor. Resultatet analyserades såväl kvantitativt som kvalitativt utifrån svaren på enkäterna.
Antal referenser	29

Referensnummer	23
Titel	A study of midlife women's reason for changing healthcare providers
Författare	Kennedy, H.P., Taylor, D., Lee, K.A.
Tidskrift	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2005;17(11): 480-6
Land	USA
Syfte	Att undersöka orsaken varför medelålders kvinnor rapporteras byta vårdgivare, samt fastställa om det finns någon skillnad vad gäller anledning till bytet, baserat på kön och etnicitet.
Metod	Slumpmässigt urval gjordes på en grupp friska medelålders kvinnor i samhället som en del av en femårig studie. Data analyserades med deskriptiv statistik samt explorativ faktoranalys.
Antal referenser	32

Referensnummer	24
Titel	Blir kvinnors hjärtar tatt på alvor
Författare	Løvlien, M.
Tidskrift	Vård i Norden 2001;21(1): 15-19
Land	Norge
Syfte	Att undersöka olika aspekter av kvinnors sjukdomsupplevelser och handlingar när de drabbas av en hjärtinfarkt, samt hur de upplever mötet med hälso- och sjukvården.
Metod	Sju kvinnor intervjuades medan de låg på sjukhus, samt två till tre månader efter utskrivning. Data som framkom under intervjuerna analyserades utifrån en fenomenologisk metod.
Antal referenser	35

Referensnummer	25
Titel	“I’ve been crying my way” – qualitative analysis of a group of female patients’ consultation experiences
Författare	Johansson, E., Hamberg, K., Lindgren, G., Westman, G.
Tidskrift	Family practice 1996;13: 498-503
Land	Sverige
Syfte	Att undersöka vad kvinnor med odefinierad muskelssjukdom förväntar sig samt upplever i mötet med läkare.
Metod	En kvalitativ studie där 22 kvinnor deltog. Data samlades in med hjälp av semi-strukturerade intervjuer och analyserades mot bakgrund av grounded theory.
Antal referenser	26

Referensnummer	26
Titel	Gender equity in health care: the case of Swedish diabetes care.
Författare	Jonsson, P.M., Sterky, G., Gåfvells, C., Östman, J.
Tidskrift	Health Care for Women International 2000;21: 413-31.
Land	Sverige
Syfte	Att kartlägga ”könsrättvisa” inom svensk diabetesvård samt att utveckla strategier för att observera ”könsrättvisa” inom vården.
Metod	Litteraturstudie baserad på 41 publicerade vetenskapliga artiklar, samt ytterligare fyra artiklar som ännu inte publicerats.
Antal referenser	57

Referensnummer 27
Titel Gendered experiences of health care
Författare Pittman, P.M.
Tidskrift International Journal for Quality in Health Care 1999;11(5): 397-405
Land USA/Argentina
Syfte Att utveckla en metod som är kapabel att belysa genus specifika problem i den sociala interaktionen mellan vårdgivare och patient.
Metod Kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna analyserades med hjälp av metoden Semiotics of Statements. I studien deltog 13 män och 14 kvinnor mellan 30 och 60 år från fem kliniker i ett område i Argentina.
Antal referenser 36

Referensnummer 28
Titel Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust
Författare Walker, J., Brooksby, A., McInerney, J., Taylor, A.
Tidskrift Journal of Nursing Management 1998;6: 193-200
Land Storbritannien
Syfte Att få ökad förståelse för hur personer utvärderar och finner mening i sina upplevelser av sjukhusvård.
Metod Narrativa intervjuer med 18 patienter (nio kvinnor och nio män) mellan 4-6 veckor efter utskrivning från sjukhus. Data från intervjuerna analyserades med hjälp av grounded theory.
Antal referenser 44

Referensnummer 29
Titel Gender and perceived nurse caring in nurse-patient dyads.
Författare Ekstrom, D.N.
Tidskrift Journal of Advanced Nursing 1999;29(6): 1393-1401
Land USA
Syfte Att undersöka effekterna av sjuksköterskans kön på patienters uppfattning av omvårdnaden.
Metod Matched-pair design (ssk-patient). Deltagarna var jämnt fördelade på de fyra möjliga kombinationerna. 145 patienter och 145 sjuksköterskor deltog. Resultaten analyserades utifrån modellerna NCQ (Nurse Caring Questionnaire) och PCQ (Patient Caring Questionnaire).
Antal referenser 58

Referensnummer 30
Titel What women want from their physicians: a qualitative analysis
Författare Houle, C., Harwood, E., Watkins, A., Baum, K.D.
Tidskrift Journal of Womens' Health 2007;16(4): 543-50
Land USA
Syfte Att komma fram till vad vuxna kvinnliga patienter vill att deras läkare ska veta om dem, samt vad hon/han kan göra för dem.
Metod Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med tre fokusgrupper med sammanlagt 18 frivilliga deltagare. Intervjuerna transkriberades och resultatet delades in i olika teman.
Antal referenser 21

Referensnummer 31
Titel Patients' views on quality of care: a comparison of men and women
Författare Larsson, B.W., Larsson, G., Starrin, B.
Tidskrift Journal of Nursing Management 1999;7: 133-9
Land Sverige
Syfte Undersöka genusskillnader bland patienter vad gäller deras uppfattningar om omvårdnad samt den subjektiva betydelsen av vissa omvårdnadsområden.
Metod Enkätundersökning baserad på modellen QPP (Quality from the Patient's Perspective) samt fyra dimensioner av vårdkvalitet. Totalt deltog 831 patienter, varav 48% var kvinnor och 52% var män. Resultatet analyserades med hjälp av en faktoranalytisk metod.
Antal referenser 37

Referensnummer 32
Titel Kjønn som variabel i pasienttilfredshet.
Författare Foss, C
Tidskrift Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2000; 120: 3283-6
Land Norge
Syfte Att undersöka om faktorer som tex kön, ålder, utbildning och arbete påverkar graden av tillfredsställelse hos män och kvinnor.
Metod PS-RESKVA (Patienttilfredsställelse, resultat, kvalitet) Frågeformulär med 39 frågor som besvarats på en femgradig skala. 2695 respondenter varav 1469 män och 2226 kvinnor. Materialet bearbetades med hjälp av multipel regressionsanalys.
Antal referenser 24
