

”Ha det ene øyet vendt innover, det andre utover”

Sykepleiers erfaringer om skam i relasjon til psykiatriske pasienter



Marte Bygstad-Landro

Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid

Avdeling for helse- og idrettsfag

Høst 2010



Høgskolen i Hedmark



HØGSKOLEN
I VESTFOLD

FORORD

En venn sa til meg ved oppgavens begynnelse at: *Man bør ikke bare ha en flyktig forelskelse i sin problemstilling, men en dyp og inderlig kjærlighet til temaet skal man holde ut...* Hun visste hva hun snakket om.

Det er med både lettelse og vemod at denne oppgaven nå går mot en avslutning. Lettelsen kan de fleste forstå, vemodet handler om tap av et privilegium. Nemlig det å få være i en kontinuerlig faglig utvikling med veiledning. Prosessen har til tider vært preget av fortvilelse, forvirring, kaos og et materiale som har syntes uoverkommelig. Men, mest av alt har det vært en glede, en utfordring og en læring i arbeidet som jeg er takknemlig over å ha fått ta del i.

Det er mange mennesker rundt meg som fortjener en takk. Først og fremst informantene mine. Uten deres mot og tilstedeværelse hadde det ikke blitt noen oppgave. Min co moderator og venn May Irene og spesielt kollega Kjerstin for mye praktisk tilrettelegging og hjelp i forbindelse med intervjuene. Min arbeidsgiver og mine kollegaer som har fulgt arbeidet med positiv interesse og tilrettelagt for at studiet kunne gjennomføres. Elisabeth, min beste venn, for å løfte av meg alle livets bekymringer slik at jeg kunne få konsentrere meg om oppgaven. Alle de andre vakre venninnene mine for stadig oppmuntring. Min inspirerende og kjærlige medstudent Marianne, våre studieuker sammen var en velsignelse. Mamma og Pappa, for støtte, råd og korrektur.

Håkon, for din store tålmodighet.

Til sist en stor og varm takk til min kloke og omtensomme veileder Erna Lassenius. For god og engasjert veiledning, for tillit til meg som student og hjelp til å finne mine egne svar. Ja, *det gjør ondt at utvikles*, men for en læring det har gitt meg.

Marte Bygstad-Landro

Bergen, november 2010

SAMMENDRAG

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven var å belyse psykiatriske sykepleieres erfaringer i relasjon til pasienter som føler skam. Ved at sykepleiere forteller om sine erfaringer fra praksis, kan det avdekke kunnskap som sykepleiere har, men som ikke er synliggjort. Ønsket var å få frem hvordan psykiatriske sykepleiere ser, forstår og handler i tilfeller der pasienten kan ha eller har skamfølelse.

Forskning og teori: Tidligere forskning fokuserer mest på skam som fenomen og følelse, når pasienter føler skam og sammenheng mellom skam og psykisk sykdom. Relativt få forskningsartikler tar for seg skam i et sykepleierperspektiv. Fenomenet skam belyses i oppgaven ved hjelp av forskning. Schibbye's (2009) dialektiske relasjonsteori utgjør studiens referanseramme som angår relasjonsbegrepet. Sykepleieren i relasjon til pasienter som føler skam knyttes til identitetsforståelse og personlig og profesjonell utvikling. Lindstrøm (2003) benyttes som teoretiker i forhold til å klargjøre hva det innebærer å være psykiatrisk sykepleier.

Metode: Denne studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming med et kvalitativt, utforskende og beskrivende design. Det ble gjennomført flerstegs fokusgruppeintervju med ni psykiatriske sykepleiere fra tre ulike Distriktpsikiatriske sentre (DPS). Analysen er inspirert av Kvale & Brinkmann (2009) seks trinn for analyse.

Resultater: Funnene viser at sykepleierne ønsker å skape gode relasjoner, se pasienten og identifisere pasientens behov. Det viser seg imidlertid at sykepleierne sjelden har skam som tema i møte med pasienten eller på fagmøter. Årsakene til dette er sykepleiers egen sårbarhet og berørthet, frykt for pasientens sårbarhet, avdelingskultur, mangel på kunnskap og bevissthet om skam, og egen profesjonsskam. Funnene drøftes opp mot forskning og teori og belyser nettopp hvorfor sykepleiere ikke tar opp temaet skam i relasjon til pasienter.

Mål: Målet med å utforske denne relasjonen er å løfte frem og lære av sykepleieres erfaringer, og benytte denne innsikten til å øke sykepleieres bevissthet og kunnskap om skam hos pasienter. Samtidig ønsker jeg at studien kan bidra til å forberede sykepleiere på hvilke utfordringer, både faglige og personlige, som ligger i denne typen arbeid.

Nøkkelord: Skam, psykiatriske pasienter, psykiatrisk sykepleie, terapeutisk relasjon og sykepleie.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study was to acquire knowledge about mental health nurses' experiences in relation to patients who feel shame. What nurse's share about their experiences from clinical practice which would otherwise remain personal, can reveal insights which can have an impact on the patient's care. The intention therein, is to reflect how mental health nurses perceive, understand, and behave in cases where the patient may have or have a disposition towards feelings of shame.

Research and theory: Previous research focuses mostly on shame as a phenomenon and feeling or when patients feel shame and lastly, as the relationship between shame and mental illnesses. There are relatively few research papers dealing with shame from a nurse's perspective. The phenomenon of shame is highlighted in this study by means of research. Schibbye's (2009) dialectical relationship theory is this studies frame of reference concerning the relationship concept. Lindstrøm (2003) is used as theorist when explaining what it means to be titled as a mental health nurse.

Method: This study has a hermeneutic-phenomenological approach with a qualitative, explorative and descriptive design. It was conducted focus group interviews with nine mental health nurses from three different District Psychiatric Centers (DPC). The analysis is inspired by Kvale & Brinkmann (2009) six steps for analysis.

Results: The findings show that nurses want to create productive relationships, treat patients and identify their needs. It turns out that the nurses rarely have shame on their mind as a theme or point of focus when meeting with the patient for the first time or in subsequent professional meetings. The factors which account for this are: the nurse's own sense of vulnerability, fear of the patient's vulnerability/dependence, cultural background, lack of proactive knowledge regarding the awareness and manifestation of shame in patients or their own sense of professional shame. The findings are discussed against research and theory and they illuminate why nurses do not bring up the theme of shame in relation to patients.

Objective: The aim of exploring this relationship is to highlight and learn from the nurses' experiences and use this insight to increase their awareness and knowledge of shame in relation to the care of their patients. At the same time, I wish that the study may proactively contribute towards the professional and personal preparation nurses require to be successful in the challenges they face that are inherent in their line of work.

Key words: shame, psychiatric patients, mental health nursing, therapeutic relationship and nursing.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord.....	2
Sammendrag.....	3
Abstract.....	4
Innholdsfortegnelse	5
1 Innledning	7
1.1 Sykepleieren, relasjonen og fenomenet skam	7
1.2 Forskningsmotiv	8
1.2.1 Valg av tema og presentasjon av forskningsoppgave	8
1.2.2 Studiens kontekst.....	8
1.2.3 Min forforståelse.....	9
1.2.4 Noen avklaringer	9
2 Tidligere forskning.....	11
2.1 Søk, nøkkelord og utvalg	11
2.1.1 Fenomenet skam.....	11
2.1.2 Kroppslige uttrykk for skam	12
2.1.3 Emosjonelle uttrykk for skam.....	13
2.1.4 Sammenheng mellom skam og psykisk sykdom	14
2.1.5 Sykepleier i møte med den skamfulle pasienten	16
2.1.6 Hensikt med studien	17
3 Teoretisk ramme	18
3.1 Den psykiatriske sykepleier	18
3.2 Dialektisk relasjonsforståelse.....	19
3.2.1 Hvorfor dialektisk relasjonsforståelse?	19
3.2.2 Filosofisk grunnlag: Eksistens og essens	20
3.3 Dialektiske begreper	21
3.3.1 Anerkjennelse	21
3.3.2 Noe mer: kjærlighet	23
3.3.3 Selvavgrensing/selvrefleksivitet.....	23
3.3.4 Undring.....	23
4 Metode.....	25
4.1 Valg av forskningsdesign og tilnærming.....	25
4.2 Hvorfor flerstegs fokusgruppeintervju?	26
4.3 Forberedelser til intervju	27
4.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	27
4.3.2 Rekruttering og presentasjon av informantgruppen	28

4.3.3 Intervjuguide	29
4.4 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer.....	29
4.4.1 Roller i intervjusituasjon	29
4.4.2 Intervjuerfaringer	30
4.4.3 Sammenfatning	31
4.5 Forskningsetiske overveielser	32
5 Analyse	34
5.1 Intervjusituasjonen – de tre første trinn	34
5.2 Transkribering, strukturering og tolkning – trinn fire	34
5.3 Gjenintervjuing og handling – trinn fem og seks	36
6 Presentasjon av funn.....	37
6.1 Erkjennelse i relasjonen	39
6.1.1 Å se egen sårbarhet	39
6.1.2. Å se det essensielle	41
6.1.3 Opplevelse av yrkesverdi	44
6.2 Undring i relasjonen	46
6.2.1 Å frykte sårbarheten	46
6.2.2 Å utelate det eksistensielle	47
6.2.3 Profesjonsskam	49
7. Drøfting	53
7.1 Refleksjon over metode	53
7.1.1 Reliabilitet, validitet og etisk forsvarlighet.....	54
7.2 Refleksjon over resultat	55
7.2.1 Fenomenet skam innen fagområdet psykiatrisk sykepleie	55
7.2.2 Fenomenet skam, mellom erkjennelse og undring i relasjonen	57
Å se egen sårbarhet og skam og å frykte denne i relasjon til pasienten.....	57
Å se essensen, men utelate det eksistensielle	62
Opplevd yrkesverdi, men profesjonsskam	69
8 Klinisk relevans og avslutning.....	72
Referanseliste	73
Vedlegg 1 Informasjonsbrev	Figurliste:
Vedlegg 2 Samtykke	Figur 1: sykepleieren, relasjonen og skammen.....1
Vedlegg 3 Intervjuguide	Figur 2: oversikt over resultat.....38
Vedlegg 4 Svar fra NSD	
Vedlegg 5 Analyse - prosess og fremgangsmåte	Antall ord: 24279

1 INNLEDNING

Denne studien handler om et grunnleggende, men et sjeldent diskutert menneskelig fenomen innen psykisk helsearbeid: Fenomenet skam. Min forskningsinteresse er ved dette rettet mot de erfaringer som psykiatrisk sykepleier har i sin kontakt med psykiatriske pasienter som opplever skam.

1.1 SYKEPLEIEREN, RELASJONEN OG FENOMENET SKAM

Fra grunnutdanningen i sykepleie har jeg vært opptatt av de livsnære, naturlige, eksistensielle følelsene. Bacheloroppgaven min omhandler kjærlighetens uttrykk i sykepleie. Denne gangen ønsket jeg å skrive om skam. Kjærlighet og skam har imidlertid mye med hverandre å gjøre. Fravær av kjærlighet og bekreftelse kan lede til skamfølelse, mens tilstedeværelse av kjærlighet kan lindre en eksisterende skamfølelse. Før man taler om hva som lindrer eller helbreder skamfølelsen må man vite hvordan helsepersonell opplever å være i relasjon til pasienter som føler skam. Det er også hva jeg tar for meg i denne oppgaven.

Skam som fenomen vekket min interesse etter å ha jobbet i flere år innen rusomsorgen, psykiatri og med kvinner som prostituerer seg. Jeg opplevde sjelden at skambegrepet ble nevnt, blant pasienter eller personalet. Dette har forundret meg, samtidig som jeg ser at det kan forstås i lys av at det generelt ikke har vært så mye fokus på denne følelsen, verken i sykepleierfaget eller i forskning før de senere år. Skam er dessuten en vanskelig følelse å forholde seg til, og vekker kanskje ubehag i en selv.

I mange læreverk fremheves viktigheten av at sykepleier bruker seg selv aktivt i møtet med den andre. Jeg opplever at sykepleiers følelsesmessige engasjement blir trukket frem som kriterium for det autentiske møtet. Kravene til sykepleier er dermed store og utfordringene mange, når relasjonen til pasienten skal leves. På bakgrunn av dette mener jeg det er viktig å belyse hvilke erfaringer sykepleier har i relasjon til pasienten der skamfølelsen kan være aktuell.

1.2 FORSKNINGSMOTIV

I dette avsnittet vil jeg redegjøre for valg av tema og forskningsspørsmål. Videre beskriver jeg kort studiens kontekst og min forforståelse i forhold til og avklaringer rundt tema.

1.2.1 VALG AV TEMA OG PRESENTASJON AV FORSKNINGSOPPGAVE

Innen psykisk helsearbeid snakkes der ofte om viktigheten av å bli sett som pasient, men hvem vil egentlig vise sin skam for andre? Jeg ønsker å komme nærmere en forståelse av sykepleiers erfaringer i møte med skam hos pasientene, og hvordan relasjonen kan åpne eller stenge for tilgjengeligheten til pasientens følelsesliv. Fordi skam er en dyp eksistensiell følelse, som ofte er språkløs, er det knyttet store utfordringer til å identifisere og tilnærme seg denne. Vi kan ikke ta på skamfølelsen, men vi kan registrere dens konsekvenser. Den tilhører den usynlige emosjonelle delen av oss som betyr mye for vår selvfølelse og derav vår livsglede eller livskvalitet. Ved å gå inn i dette temaet tenker jeg at det kan opparbeides en økt bevissthet om hvordan sykepleiere bedre kan tilnærme seg utfordringene man møter i relasjon til pasienter som føler skam. Forskningsspørsmålet blir derfor å belyse erfaringer psykiatriske sykepleier har i relasjon til pasienter som føler skam.

1.2.2 STUDIENS KONTEKST

Studiens kontekst er psykisk omsorg og helse i et sykepleierperspektiv. Menneskelige og sosiale fenomener defineres bl.a. gjennom presisering av meningsinnhold. Det forutsetter innsikt i de situasjoner hvor fenomenene forekommer. Fenomener må kontekstualiseres. Det som ser likt ut, løsrevet fra sin sammenheng, kan ved nærmere ettersyn vise seg å ha svært ulikt betydningsinnhold. Hvordan man nærmer seg fenomenet vil på den ene siden være avhengig av sykepleiers kunnskap og forståelse om denne følelsen, og på den annen side innsikt i den aktuelle kontekst. I den praktiske virkeligheten som sykepleiere står i vil situasjonen og sykepleiers opplevelse av situasjonen være med på å styre handlingen.

Denne oppgaven handler om sykepleieren i relasjon til pasienten som føler skam. Det vil derfor være av betydning å vite hvilke konsekvenser skamfølelsen har i et menneskes liv, hvordan den kommer til uttrykk, og sykepleiers evne til å gjenkjenne denne. Dette krever gjerne bevissthet om og et avklart forhold til egen skamfølelse. Da jeg mener disse aspektene er relevante med hensyn til identifisering og kontekstualisering av fenomenet, kommer de til å være gjengangere i litteraturgjennomgang, metode og analyse.

1.2.3 MIN FORFORSTÅELSE

I moderne vitenskapsteoretisk sammenheng er det gjerne ikke spørsmål om hvorvidt forsker påvirker forskningsprosessen, men *hvordan* (Malterud, 2003). Jeg har med meg en forforståelse som vil prege mitt arbeid fra ide til analyse og presentasjon. Selve fenomenet skam har jeg som sagt vært opptatt av fordi det handler om en eksistensiell følelse som jeg tror kan være kilde til psykisk uhelse og lidelse. Gjennom terapeutiske relasjoner til pasienter har jeg gjort meg noen tanker om skamfølelse og dens betydning for pasientens følelsesliv. Det var spesielt i forbindelse med at jeg jobbet med en pasient med tvangshandlinger jeg forstod at hennes skamfølelse lå som en begrensning for å tilnærme meg hennes egentlige problem. Etter mange, lange runder uten at vi kom noen vei i behandlingsprosessen, kom det frem at hun ikke ville forklare tvangshhandlingene og tankerekkene bak fordi det var så skamfullt. Hun var redd hun ikke skulle klare å forklare meg det godt nok til at jeg også kunne begripe hvorfor hun måtte gjøre disse handlingene. Hun ville så gjerne bli forstått, uten å føle skam over tvangshhandlingene sine. Min erfaring generelt er at skam er en høyst reell følelse hos mange pasienter, som kan forverre eller stagnere en bedringsprosess hos dem. Over tid har jeg vært usikker på om sykepleiere eller andre behandlere er bevisst skamfølelse i den terapeutiske relasjon.

For å kunne forstå skam, tror jeg det er viktig å vite hva som kan skape skamfølelse i dagens samfunn og hvilken aktualitet denne følelsen har for mennesker. Objektivt sett er skamfølelsen den samme uansett tid, men har skambegrepet fått et nytt innhold? Hvilken rolle spiller skamfølelsen i vår tid? Er vi bevisst skamfølelsen i relasjon til pasienten? Har skamfølelsen betydning for pasientens lidelse og relasjonen til sykepleier? Disse og flere spørsmål har etter hvert utfordret meg og gitt meg lyst til å se nærmere på hva skam er slik vi forstår det i dag, og hvordan vi bedre kan stå i relasjon til psykiatriske pasienter som har skamfølelse.

1.2.4 NOEN AVKLARINGER

I en oppgave der relasjonen mellom sykepleier og pasient blir belyst kan det virke paradoksalt å ikke inkludere pasientens stemme. Det å se isolert på psykiatrisk sykepleier og hans/hennes erfaringer er valgt av hensyn til gjeldende rammevilkår. Relasjonen og ansvaret for denne hviler dessuten i stor grad på sykepleier. Det synes derfor naturlig å avgrense til sykepleiers erfaringer med tanke på hans/hennes rolle i relasjonen.

For å forstå og utdype begrepet ”relasjon” vil jeg ta utgangspunkt i Dialektisk relasjonsforståelse (Schibbye, 2009). Det kan kanskje virke begrensende å kun benytte seg av

en teoretisk relasjonsforståelse. Jeg har imidlertid valgt nettopp denne teorien fordi den belyser sentrale aspekter ved relasjonen. Disse inkluderer spesielt hva som kreves av helsepersonell der eksistensielle følelser blir aktuelle, både i behandling av og i møte med pasientene. Teorien presiseres nærmere i avsnitt 3.3 (s. 19).

Skam er en subjektiv, eksistensiell følelse som ikke lar seg knytte opp til en diagnose. Jeg har derfor ikke tenkt meg en pasientgruppe med en spesiell sykdomstilstand. Fordi mitt fokus er den psykiatriske sykepleierens erfaringer, har jeg ikke definert termen ”den psykiatriske pasienten som føler skam”, men latt sykepleierens egen oppfatning være styrende i intervjusituasjon.

2 TIDLIGERE FORSKNING

Jeg vil i dette kapitlet introdusere forskning som på ulike måter gir innspill til oppgavens problemstilling. Forskningen omfatter undersøkelser som har som mål å gi kunnskaper om skam, på hvilken måte skamfølelsen påvirker pasientens liv og sykdom, hvordan skammen kommer til uttrykk og hva som er viktig i relasjon til den skamfulle pasienten.

2.1 SØK, NØKKEWORD OG UTVALG

Skam er et relativt utforsket område innen sykepleie, psykologi og psykiatri. Først på 1980-90 tallet ble skamfølelser vurdert som en viktig komponent i forhold til psykisk sykdom (Gilbert & Miles, 2002; Egidius, 1994). Største delen av forskningen som er gjort på området finner vi i USA og England, mens man i Norge først og fremst finner skam beskrevet i populærvitenskapelige skrifter og i skjønnlitteratur. I litteratursøk hadde jeg vanskeligheter med å finne skamfølelse knyttet opp mot sykepleie. Jeg fant derimot ganske mange artikler som inkluderte skam og skamfølelse knyttet til spiseforstyrrelser, suicidalitet og personlighetsforstyrrelser. Jeg har også lett etter referanser i artiklene, og etter hvert ble det tydelig at noen av forfatterne er gjengangere i floraen av artikler. Det ble derfor naturlig å ta med en del eldre artikler, nettopp fordi de ofte refereres til i nyere forskning. Forskningen presenteres under noen samlede temaer, og fokuserer stort sett på funn.¹

2.1.1 FENOMENET SKAM

Mcfall & Johnson gjorde i 2006 en begrepsanalyse av skam basert på litteratur review. Skam er en følelse kjent av alle, og dokumentert siden tidlig i bibelhistorien. Bibelen forteller om skam allerede etter Adam og Evas første synd. Senere i bibelen presenteres historien om Lot, der to av Lots døtre ble gravide med sin far. Lots incesthistorie introduserer begrepet familieskam (ibid). Mcfall & Johnson refererer videre til Kaufmann (1996) som vektlegger viktigheten av skamfølelsen. Han begrunner det først og fremst i vår utvikling av samvittighet. Skam motiverer til nødvendig selv-korreksjon. Psykopati eller antisosial adferd mener han må utforskes i lys av skamfølelse. Den optimale utviklingen av samvittighet kommer an på passende mengder skamfølelse. Samvittigheten vil feile grunnet for mye eller for lite samfølelse (Kaufmann 1996, referert i Mcfall & Johnson, 2006). Skamfølelse har også noe å si for vår verdighet som mennesker. Historisk sees skam i sammenheng med ære og stolthet. Til og med døden blir ansett som bedre enn å lide den uverdige skamfølelse

¹ Søkordene som ble benyttet var *shame*, *psychiatric patients*, *mental health nursing*, *therapeutic relationship* og *nursing*. Jeg søkte i databasene: British Nursing Index, Cinahl, Medline, Proquest, Psychinfo, Swemed, Idunn og Pubmed. Jeg søkte i tidsrommet mai-juni 2010.

(ibid). Skam er også en svært forstyrrende følelse i forhold til selvet. Fordi skamfølelse står så sentralt når det kommer til identitet, samvittighet og uverdighet, er denne følelsen en kilde til lav selvtilit, et svakt ego eller kroppsbilde, usikkerhet og selvutslettelse. Skamfølelse er kilden til mindreverdighetsfølelse. Den indre opplevelsen av skam er som sykdom på selvet eller sjelen (ibid).

Psykoanalytiker og utviklingspsykolog Erikson knytter skam til spenningen mellom avhengighet og uavhengighet, dvs. selvstendighet og autonomi (1950, referert i Zupancic & Kreidler, 1998). Ifølge Erikson skjer dette før vi får språket, og er dermed dypt grunnet i personligheten. Følelsen av avhengighet kan være sårbar, og myten om usårbarhet kan føre til at man skammer seg over egen sårbarhet. Han beskriver skammen også som en redsel for å ikke bli tatt imot eller for å miste kjærlighet (ibid). Teoretikere har i større grad vært opptatt av skyld og konsekvenser av skyld enn av skam. Ifølge Kaufmann (1996, referert i Mcfall & Johnson 2006) kan dette henge sammen med at man ikke har utviklet et granskende språk om den indre erfaring og det indre selvet. Man har manglet et språk om skam og heller fokusert på skyld. Forskjellen på de to er imidlertid stor. Skam blir et problem med ens *væren*, mens skyld blir et problem med noe man har *gjort* (Tangney, 1995). Annen terminologi som synes synonyme med skam inkluderer for eks. flauhet og ydmykelse (ibid).

2.1.2 KROPPSLIGE UTTRYKK FOR SKAM

Kroppslige uttrykk for skam består av spesifikk adferd når et menneske erfarer skamfullhet. Kaufman (1996, sitert i Mcfall & Johnson, 2006) ser skammen klart demonstrert i ansiktsuttrykk. Å henge med hodet, senke eller flytte blikket så man unngår øyekontakt og rødme. Man refererer gjerne til skam som tap av ansikt (Baldwin, Baldwin og Ewan, 2006). Det kan oppstå en ond sirkel; man skammer seg over å henge med hodet og man blir skamfull over skammen (ibid). Ansiktets forsvar mot skam kan inkludere det ”frosne ansiktet” der ansiktsmusklene blir urørlige. Baldwin, Baldwin og Ewan (2006) beskriver det som ”the head-back look” der man bestemmer seg for å holde hodet oppe og ta på seg et foraktende uttrykk som igjen kan påføre skam hos den andre. Mcfall & Johnson (2006) beskriver i sin artikkel flere forfattere sin oppfatning av hvilke fysiske uttrykk som man forbinder med skamfølelse. Hos alle forfatterne er det overnevnte uttrykk som går igjen.

2.1.3 EMOSJONELLE UTTRYKK FOR SKAM

Skammen er smertefull, og opptrer derfor gjerne i forkledningene. Forkledningene har det til felles at de gjerne fremtrer slik at skammen forsterkes (Nathanson 1992, Kaufman 1996, Lewis 1992 referert i Bond, 2007). Flere forskningsartikler henviser til Nathanson (1992) og hans teori om skamkompasset for å forklare hvordan skam kan komme til uttrykk.

Skamkompasset beskriver fire mulige måter å respondere på skam. Nathanson benytter kategoriene ”tilbaketrekning”, ”unngåelse”, ”angrep på en selv” og ”angrep på andre” (1992, referert i Bond 2007, Rahm, Benck & Ringsberg 2006, Baldwin, Baldwin og Ewan 2006, Wikander, Samuelsson & Åsberg 2003, Fredriksson & Lindstrøm 2002, Skårderud 2001, Zupancic & Kreidler 1998).

- a) *Tilbaketrekning* kan ofte være en kortvarig og forbigående reaksjon. Det kan handle om fysisk eller psykisk tilbaketrekning. Man ønsker å gjøre seg minst mulig bemerket, unngår blikkontakt og trekker seg unna (Skårderud, 2001). Tilbaketrekningen kan være en sunn eller usunn reaksjon. Det kommer an på hva som initierer skamfølelsen og hvor sterke reaksjoner man får. Det er heller ikke sikkert at man identifiserer følelsen skam. Andre følelser som tretthet, utmattethet, diffus smerte eller sinne kan ta fokus i stedet (ibid).
- b) *Unngåelsen* er et sterkere uttrykk for skam enn tilbaketrekningen. Det er en heller langvarig måte å håndtere sin skamproblematikk på. Man søker bekreftelse gjennom å være behjelpelig og alltid stille opp. Problemet er at det ikke handler om reell forsakelse og godhet, men en kamp for å unngå skamfølelsen. Man unngår skamfølelsen ved å strekke seg i alle retninger og være grenseløs. Tap av ansikt blir det verste som kan skje, og man unngår gjerne enhver situasjon der man kan kjenne på smerte og skamfølelse. Skammen fører til at man bygger en mur rundt seg og blir værende innenfor der i frykt for å mislykkes. Pasienter kan komme med kommentarer som ”om du bare hadde visst, så hadde du også foraktet meg”. Uforståelige selvmord kan relateres til denne kategorien som den ultimate unngåelse (ibid).
- c) *Angrep på en selv* innebærer at man tar enhver negativ respons eller handling innover seg selv og antar at det er en selv det er noe i veien med. Selvførdømmelse og skam ligger nært til hverandre. Likeledes gjør depresjon. For mange kan det være skamfullt å være deprimert. På en side kan man legge lokk på følelsene og gjemme skammen derunder om skammen ikke er erkjent. På den andre siden kan det å bli deprimert lede til skamfølelse (ibid). Thomas J. Scheff (2001) fant i en kvantitativ undersøkelse av

deprimerte eldre menn at skamfølelsen var knyttet til isolasjon, og at skammen økte i takt med at de viktigste sosiale relasjonene ble truet. Det handler om manglende mestring og mindreverdigfølelse.

- d) *Angrep på andre* dreier seg om å skjule sin egen skam ved å påføre den andre skam. På engelsk sier man "you shame me" (Bond, 2007). Kroppslige uttrykk som hører innunder denne kategorien kan være å ignorere, himle med øynene, blikk som gjør at den andre krymper seg, smil som kjennes som en knyttneve, sukk og stønn. Ens egen selvforakt rettes utover og forvoldes andre. Sårbarheten og skammen kan kontrolleres ved å utøve makt. Maktstrategier som taushet, tilbaketrekning, hemmeligholdelse og skjulte allianser utformer seg og gjør den andre usikker og liten. Gjennom angrep på den andre søker man å senke den andres selvbilde slik at man selv kan føle seg bedre (ibid).

At nettopp Nathansons kompass er anvendbart i klinisk sammenheng får bl.a. støtte i en artikkel av Fredriksson og Lindstrøm (2002) der man gjenkjente de samme strategiene i intervju med pasienter i forhold til fasade og skam.

2.1.4 SAMMENHENG MELLOM SKAM OG PSYKISK SYKDOM

Det at psykiatriske pasienter opplever skamfølelse har kommet frem i flere undersøkelser i senere tid (Samuelsson, Wikander, Åsberg & Savemann 2000, Wikander, Samuelsson & Åsberg 2003, Granerud & Severinsson 2005, Holm, Berg & Severinsson 2009). Lewis (1971) utviklet en bred teoretisk definisjon av begrepet skam gjennom sin forskning bygd på hundrevis av transkriberte psykoterapisamtaler. Det hun fant var at skam var til stede under alle samtaler, men da sjelden direkte uttrykt verken av terapeut eller pasient. Lewis ble også oppmerksom på at aggresjon var et uttrykk som oftest ble brukt for å skjule skamfølelsen. Hennes arbeid viser skammens alvorlige innflytelse på både pasient og terapeut. Samuelsson et al. utførte en undersøkelse i 2000. Der ble 18 psykiatriske pasienter som hadde gjennomført et eller flere selvmordsforsøk intervjuet om deres erfaringer med omsorgen som ble gitt av helsepersonell. Intervjuguiden konsentrerte seg om innleggelse, følelser og reaksjoner, og positive så vel som negative opplevelser under sykehusoppholdet. Skamfølelsen ble spontant beskrevet av majoriteten av respondentene. Kanskje spesielt hos pasienter som ble reinnlagt etter nye selvmordsforsøk. I 2003 ble det med utgangspunkt i overnevnte undersøkelse utført en separat studie som hadde til hensikt å utdype skamreaksjonene flere av respondentene hadde beskrevet (Wikander, Samuelsson & Åsberg). Av 18 respondenter ble 13 respondenter intervjuet på nytt. Inklusjonskriteriet var at alle disse hadde brukt begrepet skam eksplisitt,

eller benyttet andre uttrykk som ble analysert og tolket av forskerne som uttrykk for skam. Man fant ut at respondentene ofte opplevde skamfølelse rett etter suicidalforsøket og under de første møtene med helsepersonell på sykehuset. En vanlig reaksjon, relatert til skamfølelse, var at mange pasienter motsatte seg innleggelse, var svært sensitive overfor situasjoner der de følte seg eksponert og overfor negative holdninger fra personalet. Flere av respondentene erfarte at skamfølelsen ble mindre, forsvant eller at følelsen ble håndterbar når de ble møtt med vennlighet og respekt.

Borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) er en relativt ny diagnose (1980) som fremdeles er omdiskutert. Crowe undersøkte i 2004 historien og validiteten bak denne diagnosen, symptom forbundet med diagnosen og kom med forslag på hvordan man alternativt kan forstå symptomene assosiert med BPD. Hun stiller spørsmål ved om diagnostiske kriterier best kan forklares med forstyrrelser i personligheten eller problemer med å håndtere skam. Studien inkluderte semistrukturerte intervju med kvinner som var under behandling for BPD. Crowe fant at alle symptomene kunne ha sin forklaring i skamfølelse, ikke en fundamental "feil" i personligheten. Det synes som semantiske distinksjoner, men perspektivet man velger som behandlere, sykdom eller skam, vil ha stor innflytelse på det kliniske arbeidet (Crowe, 2004). Crowe viser til Tangney & Dearing (2002) som i sine empiriske studier har identifisert tydelige sammenhenger mellom skam og somatisering, tvang, paranoia, angst, fobi og depresjon (ibid).

Familievold, både fysisk og psykisk misbruk, neglekt, sykdom og erfaringer fra andre traumer som krig har også blitt satt i sammenheng med utvikling av BPD (Holm, Berg & Severinsson, 2009). Studien hadde som formål å utforske hvordan traumatiske erfaringer fra oppvekst influerer på dagliglivet til kvinner med BPD. Man fant at skam og skyld var to viktige faktorer. I intervjuene kom det frem at kvinnene hadde overlevd ved å se seg selv som "dårlige mennesker" mens de så på andre som de "gode". Skammen motiverte til tilbaketrekning, og beskyttende følelser som sinne og fiendtlighet. Disse følelsene ledet igjen til en følelse av maktesløshet. Fordi kvinnene hadde vanskelig for å rette sinnet mot andre, ble det i stedet rettet mot dem selv. De følte seg fanget, isolert, ekskludert, forlatt, tomme og uverdige. Alle disse følelsene knyttes også til symptomlisten i forhold til BPD, og man kan undre seg over om det er skammen eller BPD som gjør dem syke (ibid).

2.1.5 SYKEPLEIER I MØTE MED DEN SKAMFULLE PASIENTEN

Tzeng et.al. publiserte i 2010 en artikkel basert på observasjonsstudier på psykiatrisk avdeling gjennom et år, og kvalitative intervju med sykepleiere som jobber med suicidale pasienter. Artikkelen overskrift var sykepleierens indre dør; mot en forståelse av suicidale pasienter. De fant at sykepleiere lett føler seg hjelpeløse i møte med denne gruppen pasienter og deres skam. Hjelpeløsheten førte ofte til at sykepleiere stengte den døren inni seg som gir tilgjengelighet til egne følelser, og som gjør det mulig å være helt til stede for disse pasientene. Denne indre døren var kun åpen når sykepleier var bevisst seg selv og forberedt i møte med pasienten. Forskerne hadde følgende forslag til en forbedret praksis:

- Klinisk tilstedeværelse av andre sykepleiere i en terapisisituasjon og rollespill.
- Lære sykepleiere til å skille mellom egne og pasientens følelser og evne til å sette seg inn i pasientens sted.
- Motivere sykepleiere til økt selvbevissthet og selvrefleksjon samt øke forståelsen i forhold til hvordan norm, kultur og tradisjon påvirker verdiene og holdningene i forhold til pasienten (ibid:1403).

Rahm, Benck & Ringsberg, (2006) intervjuet ti kvinner utsatt for incest med formålet å avdekke om disse verbalt formulerte ikke anerkjent skamfølelse. Videre ønsket man å beskrive egenskapen på skamfølelsen som eventuelt ble presentert av kvinnene. Forskingen konkluderte med at utfordringen for helsepersonell er stor når det kommer til å avdekke skjulte uttrykk for skam. De fant at skam kommer ofte i forkledninger og i mange ulike former. Kvinnene følte seg fremmedgjorte, sviktet, alene, utilstrekkelige, uverdige, verdiløse, hypersensitive, stigmatiserte, forvirret, ukomfortable, redde, annerledes og dumme. Rahm, Benck & Ringsberg sikter til at alle disse følelsene bærer ubekreftet skamfølelse i seg og at skamfølelsen har hatt betydelig innflytelse på informantenes liv, ikke bare i forhold til egen mentale helse, men også i stor grad i relasjon til andre. I artikkelen henvises det til Lewis (1971) som mener at skam ikke er tema i terapien, og videre til Stone (1992) som hevder at å anerkjenne skamfølelse i behandlingssituasjon er svært viktig for rehabilitering og tilfriskning. Det synes tydelig at forfatterne støtter disse tidligere funnene.

Crowe (2004) skrev en oppfølgende artikkel etter å ha identifisert BPD og skamfølelser som relativt like symptomer. Her fokuserer hun på de kliniske implikasjonene, hva som synes viktig for å gjenkjenne og møte skamfølelsen.

- Å gjenkjenne tegn på skam i interaksjonen med pasient.

- Etablere sammenheng mellom hvordan pasienten har lært å håndtere skammen og hans/hennes nåværende sykdom
- Plassere skam i en sosiokulturell sammenheng
- Utforske alternative subjektive mestringsmåter i forhold til skamfølelse
- Fordi skammen er relasjonell kan det være av betydning å fokusere på pasientens egen opplevelse av seg selv i møte med den andre i en subjekt-objekt form (Crowe 2004:337)

Fordi skamfølelsen er så innflytelsesrik, intim og privat er det vanskelig for sykepleier å nå inn til pasienten på en god måte. Det krever en spesifikk psykoterapeutisk tilnærming. Overnevnte momenter kan være gode holdepunkt i arbeid med å utvikle økt innsikt i hvordan man som sykepleier bedre kan nå inn til den skamfulle pasienten (ibid).

2.1.6 HENSIKT MED STUDIEN

I det å arbeide med andre menneskers livsproblemer ligger utviklingsmuligheter. Dette arbeidet kan gi profesjonelle hjelpere en mulighet til selvutvikling. Enhver har krav på å bli møtt med verdighet og respekt. Dette kan ansees å være spesielt viktig i møte med mennesker som plages av skamfølelse. Møter vi mennesket med å anerkjenne dets menneskeverd, vil det selv oppleve seg som verdifullt og verdsatt. Dette bør være et mål for ethvert møte, og tydeliggjør betydningen av å stadig ha et øye vendt innover for med det andre å kunne se mennesket vi står ovenfor og møte han/henne med autensitet. Med dette som utgangspunkt ønsker jeg å få tak i sykepleierens historier i relasjon til psykiatriske pasienter som føler skam. Fordi skam er et uutforsket tema i et sykepleierperspektiv motiverer det spesielt til denne forskningen.

Hensikten med studien blir derfor å:

- Belyse hvilke erfaringer psykiatrisk sykepleier har i relasjon til pasienter som føler skam.

3 TEORETISK RAMME

Jeg har valgt å innlede følgende kapittel med å klargjøre hva det vil si å være psykiatrisk sykepleier. Videre vil jeg presentere dialektisk relasjonsforståelse.

3.1 DEN PSYKIATRISKE SYKEPLEIER

Lindstrøm (2003) definerer psykiatrisk sykepleie som en spesiell form for sykepleievitenskapelig virksomhet. Psykiatrisk sykepleie tar utgangspunkt i menneskets helse, virkelighetsforståelse og omsorg der åndelige, velvære, - helse, - og sunhetsprosesser er vesentlige. Sykepleierens grunnmotiv og kjerne er kjærlighet, ansvar og barmhjertighet, og skal gjenskapes på alle nivå av sykepleien. Psykiatrisk sykepleie skal virke i forhold til den totale omsorgen for pasienten, og er en selvstendig profesjon (ibid).

Fagkunnskap og ferdigheter alene er ikke tilstrekkelige betingelser for at hjelp skal bli gitt på en forsvarlig måte og til beste for pasienten. Verdibevissthet og etiske overveielser bidrar også i stor grad til å avgjøre handlingsforløpet (Lindstrøm, 2003). I den naturvitenskapelige tradisjon har man heller snakket om verdinøytralitet enn verdibevissthet. En slik manglende stillingstagen skal da særlig gjelde verdispørsmål. Verdinihilisme innenfor rammene av psykiatrisk sykepleie kan føre til en ytre tomhet som hemmer sykepleieren i å våge å ta opp de livsnære temaene i møtet med pasienten (ibid).

På alle nivå av sykepleien forventes det at sykepleier evner å bruke sine personlige egenskaper på en fruktbar måte i relasjon til pasienten. Lindstrøm (ibid) taler om sykepleiers bevissthet om egen måte å fungere på, og en streben etter det kunstneriske i utfoldelsen av sykepleie. Bevisstheten krever at sykepleier frigjør seg fra dogmer og evner å fastholde to helt forskjellige perspektiver uten å underminere noen av dem. Man må bli bevisst egne dogmer, og kunne skille mellom informasjon som kommer utenfra og sine egne overbevisninger. Dogmene beskriver Lindstrøm som lukkede teorimodeller som innskrenker friheten fordi de kan utgjøre et forsvar mot usikkerhet og utrygghet. Sykepleiers trygghet i seg selv og sin profesjonelle rolle krever målrettet arbeid mot ens profesjonelle jeg (ibid).

Sykepleiers kunstneriske utfoldelse hevder divergent og differensiert tenkning. Det forklares bl.a. med evne til fleksibilitet og villighet til å anstrenge seg (ibid). Det å se pasientens internaliserte tankestruktur og evnen til å være i beredskap i forhold til dette, forutsetter god abstraksjonsevne. I den sammenheng kreves frihet fra verdidommer og dogmatikk. Psykiatrisk sykepleiers verdigrunnlag har stor betydning i relasjon til pasienten. Hvis man

som sykepleier ønsker å personliggjøre sin yrkesrolle, noe som ikke må forveksles med å bli privat, må man bygge opp et verdigrunnlag og finne en horisont å forholde seg til. En sykepleier som oppfattes som modig, det vil si en som våger å gripe inn og uttale seg i ulike sammenhenger som har betydning for å påvirke beslutninger som er gunstig for pasienten, har et internalisert verdigrunnlag som ikke tillater passiv taushet fordi det ville si å forråde seg selv, egen vitenskap og pasienten. Om man avstår fra å uttale seg eller handle i samsvar med eget verdigrunnlag, tar man et skritt bort fra seg selv. Her tales det om en autentisk eller ikke – autentisk tilværelse som sykepleier (ibid).

Lindstrøm (ibid) mener at man som sykepleier befinner seg i spenningsfeltet mellom redsel og tilblivelse. Man strekker seg etter tilblivelsen samtidig som menneskets feighet kan bli tryggere enn alt annet. Hun påpeker at det er mulighetene og ikke feilene som skremmer mennesket. I redselen ligger mye forsvar. Selvfølelsen pakkes inn og beskyttes derved mot torner som kan bryte frem som følelser av underlegenhet og skam. Idealbildet av en selv beskyttes for å bevare kjærligheten og respekten til en selv (ibid).

3.2 DIALEKTISK RELASJONSFORSTÅELSE

Dialektisk relasjonsteori (Schibbye, 2009) er særlig opptatt av at individet best kan innses om fokuset er rettet mot sammenhenger og relasjoner. Det er en teori hvor *selvet* forstås som en relasjon og som på ulike måter viser hvordan dette påvirker relasjon med andre. Teorien bygger dessuten på eksistensiell filosofi, og står i en fenomenologisk tradisjon. I dette avsnittet vil jeg beskrive hvorfor jeg har valgt denne teorien, det filosofiske grunnlaget og forklare begrepene anerkjennelse, kjærlighet, selvavgrensing/selvrefleksivitet og undring. Jeg vil altså ikke forme en fullstendig redegjørelse av teorien her, men har valgt ut det som synes fruktbart for min problemstilling.

3.2.1 HVORFOR DIALEKTISK RELASJONSFORSTÅELSE?

Sentralt i denne oppgaven er relasjonen mellom sykepleier og pasient, og samtidig knytter jeg det til en eksistensiell følelse, skam. I intervjuene mine søker jeg å få tak i sykepleiers opplevelse av seg selv og eget følelsesliv og hvordan dette påvirker dem i møte med pasienten. Dialektikken henviser nettopp til tosidigheten i møte. Det dreier seg ikke om enten eller, men både og når det gjelder å forstå individet i relasjon (Schibbye 2009:40). Årsakssammenhengene i dialektikken ansees som sirkulære, vi påvirker hverandre i en gjensidig prosess. Dette som motsvar til den positivistiske tradisjon der mennesket kan studeres som et objekt eller en enhet, løsrevet fra de prosesser han står i.

Ved å ha forståelse for pasientens eksistensielle situasjon kan det bli mulig å se hva som kan endres og ikke endres i en terapeutisk relasjon. Noen grunnbetingelser, som en skilsmisse, uhelbredelig sykdom eller annen sorg basert på ytre omstendigheter, kan man ikke endre, men forståelsen basert på fellesskapet med pasienten kan gjøre sykdom eller vanskelige følelser lettere å bære. Schibbye (2009) presiserer at selve grunnlaget for fellesskapet ligger i at man er i stand til å delta i den andres indre opplevelse. Man skal, i en terapeutisk og deltagende relasjon, søke å være nær seg selv samtidig som man er nær den andre.

3.2.2 FILOSOFISK GRUNNLAG: EKSISTENS OG ESSENS

Schibbye (2009) innleder boken ”Relasjoner” med å forklare sammenhengen og likhetene mellom dialektikken og eksistensialismen. Hun beskriver hvordan klient og terapeut lever under de samme værensbetingelser og eksisterer i nær og gjensidig forbindelse med hverandre. Ifølge Schibbye innehar man ofte uartikulerte forutsetninger, dvs. antagelser som ikke er satt ord på, i møte med den enkelte. Det kan dreie seg om blant annet menneskesyn, verdier eller etikk. Disse momentene vil nødvendigvis påvirke møtet med klienten, og det kan være av stor betydning å avklare og bevisstgjøre disse for seg selv (ibid).

Eksistensialistene er opptatt av ontologiske spørsmål, altså værensspørsmål det at vi *er* til i verden, ikke *hva* vi er til (ibid:25). Man kan si at eksistensialismen er fundamental i den forstand at man tenker at hvem vi er i verden kommer etter det faktum at vi faktisk er til. Hva man blir til, dvs. egenskaper og handlinger, dreier seg først og fremst om ytre definisjoner som i neste omgang bestemmer den man er. I eksistensialismen taler man her om det essensielle. Altså, menneskets innhold kommer utenifra og er uopprinnelig. Eksistensialistenes hovedtese er at *eksistensen kommer forut for essensen* (Satre 1957, sitert i Schibbye 2009:26). I terapeutisk sammenheng blir det viktig å ha forholdet mellom det eksistensielle kontra det essensielle med i møte med klienten. Man tenker seg at diagnoser som angst og depresjon kan fungere som beskyttelse mot å kjenne på en dypere opplevelse av seg selv. Man flykter fra sitt opprinnelige, autentiske selv. Tesen blir da at klienten muligens ikke bare har psykologiske problemer, men har undretrykket sin eksistens. Eksistensen virkeliggjøres når mennesket har kontakt med egen grunnstemning. Den ligger dypt og kan gi viktig informasjon om en selv (ibid).

Eksistensialistene er altså opptatt av det autentiske, ekte og opprinnelige. Språk og handlinger skal ha sin opprinnelse i en selv, ikke i det ytre definerte, eller det andre forventer av en. Et uopprinnelig språk gjenspeiler at man forveksler kjennskap til et ord, med at man faktisk også

forstår innholdet. Schibbye henviser til Kirkegaard som sier at man må virkeliggjøre ordene i eget liv og eget selv. Ved å la språket forbli uvirkeliggjort for en selv nærmer man seg det man på folkemunne kaller ”tomt snakk” og man vil på denne måten unnslippe byrden ved å ta ansvar for det man sier. En uopprinnelig handling kan forstås på den måten at man handler ut fra det konvensjonelle, det som synes riktig ut fra ytre signaler, ikke slik den handlende ansvarlige fra sitt innerste mener er riktig (ibid).

3.3 DIALEKTISKE BEGREPER

Jeg vil herunder presentere noen begreper i dialektisk relasjonsteori. Begrepene er ikke fullstendig redegjørende for teorien i sin helhet, men vil kunne være sentrale for den aktuelle problemstillingen. Begrepene jeg har valgt er anerkjennelse, selvavgrensning/selvrefleksivitet, kjærlighet og undring.

3.3.1 ANERKJENNELSE

I dialektisk relasjonsteori presenteres anerkjennelse som et overordnet begrep. Anerkjennelsen innebærer en holdning eller et prinsipp som handler om likeverd og respekt i en gjensidig relasjon. Anerkjennelsen er bare mulig dersom individet har tilgang til sin egen subjektivitet og dermed har mulighet til å forstå den andres indre subjektive verden. Dette forutsetter det som ofte kalles en subjekt - subjekt relasjon i et hjelperforhold. Man går inn i et deltagende og personlig forhold til pasienten, involverer seg med personen og skaper således en relasjon (Schibbye, 2009). En subjekt – objekt relasjon inneholder ifølge Schibbye (2009) et mekanisk syn på relasjon og innebærer at hjelper blir subjektet som vet, mens pasienten blir objektet som passivt tar imot. Mennesket disiplineres inn i sosialt akseptable normer og utvikles dermed gjennom ytre forventninger og påvirkninger (ibid).

Anerkjennelsesbegrepet inneholder flere komponenter for oppgavens tema: lytting, forståelse, aksept, toleranse, bekreftelse og erkjennelse.

Lytting er en komplisert prosess som vanskelig kan forklares med ord. Det er forskjell på å lytte og å høre. Når man lytter hører man mer enn det verbalt sagte, man lytter til hva som blir sagt bak ordene. Ens egne fordommer og forutinntatthet skal legges til siden og ikke lyttes til da det kan komme i veien for å høre hva den andre egentlig sier. Sånn sett kan man lære av fenomenologene når det kommer til evnen til å lytte. Poenget er at man må la fenomenet fremtre for oss. Vår bevissthet vil aldri være ”tom”, men den er alltid bevisst om noe. Dette ”noe” må legges til siden og åpne for tilgjengelighet slik at man kan se og ta inn over seg fenomenene rundt inkludert de fenomener som blir presentert av den andre i møtet. Schibbye

(2009:268) skriver at *når terapeuten lytter, hører klienten seg selv*. Dette krever konsentrasjon, innlevelse, fokus og en villighet til å la seg bevege av det som blir sagt samtidig som man lytter innover seg selv og kjenner etter hva den andres/pasientens opplevelser gjør med egne indre opplevelser.

Forståelse handler ikke om den ytre, men den indre forståelsen i terapeutisk sammenheng. Man vil aldri kunne fullt ut føle det den andre føler eller opplever, men ved å inntone seg på den andre vil man kunne komme nærmere ved å kjenne på lignende følelser i seg selv. Enhver forståelse forutsetter en forutgående forståelse, en fordom. Fordom er vanligvis et ord man oppfatter som negativt, men i Gadamer (1975, sitert i Schibbye 2009) betydning vil det å ha en fordom bety at man alltid forstår ut fra et bestemt ståsted som man har tilegnet seg innenfor den tradisjon eller kultur man befinner seg i. Han kaller det forståelseshorisont. Med begrepet horisontsammensmelting mener Gadamer, i følge Schibbye, at man forstår det som er kjernen eller innholdet i den andres budskap. Det at man forsøker å forstå den andre og anerkjenne den andres forståelse, innebærer nødvendigvis ikke at man har utviklet lik forståelse. Man kan fortsatt forstå ting ulikt, men denne ulikheten er klarlagt. Schibbye (ibid:275) presenterer noe av det samme når hun sier at:

Som terapeut må jeg virkelig kjenne affekten i egen kropp. Men det dreier seg ikke om terapeutens egen sorg, men om den kjennskap til sorg som er basert på terapeutens egne opplevelser.

Anerkjennelsen og forståelsen oppstår i det pasienten finner det mulig å *se seg selv i den andre* (terapeuten) (ibid, 275).

Aksept, toleranse og bekreftelse er begrep som sier noe om hvordan man møter den andre i en anerkjennende relasjon. Aksept og toleranse henviser til viktigheten av å innta en ikke-dømmende holdning i møtet med den andre. Mange pasienter strever med følelser som i deres egne øyne ikke er akseptable eller i overensstemmelse med eget selvbylde (Schibbye, 2009). Terapeutens oppgave blir i så måte å hjelpe pasienten, gjennom en aksepterende og tolerant holdning, til å se seg selv slik terapeuten ser dem. Bekreftelsen ligger i at terapeuten signaliserer gjennom sin totale væremåte at pasientens opplevelse og følelse er den viktige, uten å bedømme om det er den riktige følelsen/opplevelsen eller ikke (ibid).

Erkjennelse er ikke et begrep Schibbye (ibid) legger vekt på i dialektisk relasjonsforståelse, men som Bae og Waastad (1997) introduserte i forhold til anerkjennelsesbegrepet.

Erkjennelse har sammenheng med både selverkjennelse og anerkjennelse og forbindes gjerne spesielt med ærlighet, å gå i seg selv eller ta innover seg noe som kanskje ikke er så behagelig. Erkjennelsesprosessen krever tid, både følelsesmessig og tankemessig, og er ikke lettkjøpt (ibid).

3.3.2 NOE MER: KJÆRLIGHET

Kjærlighet er et begrep som sjelden melder seg når det er snakk om profesjonelle eller terapeutiske forhold. Man benytter seg heller av begreper som omsorg, empati og medfølelse. Schibbye (ibid) og eksistensialistene peker på kjærlighet som det som kan utfylle eller tilføre ”noe mer” til anerkjennelsesbegrepet og til den terapeutiske relasjonen. Kjærligheten er fri, bevegelig og lar seg vanskelig definere, den er eksistensiell og mer enn en følelse. Den *skjer med oss* (Kirkegaard 1978, sitert i Schibbye 2009:264). I forhold til pasienten må vi tro at der finnes kjærlighet ”i bunnen” som kan bygges opp. I forhold til skam synes kjærlighetsbegrepet viktig da Skårderud (1999) knytter den dype skamfølelsen til opplevelsen av å ikke fortjene å bli elsket. Kanskje er det å hjelpe pasienten til å oppleve kjærlighet i seg selv, og til seg selv, avgjørende i en relasjon der den dype skammen har rotfestet seg.

Enkle eksempler kan være et smil, et varmt blick eller en anerkjennende tilbakemelding. Disse gir ifølge Schibbye et slags grunnlag, eller noe å gå oppløftet videre med. Det mest kjærlige man kan gjøre er å hjelpe den andre til selvstendighet, frihet og evne til å stå alene, ikke å overtale, formane eller å redde den andre (ibid:266).

3.3.3 SELVAVGRENSING/SELVREFLEKSIVITET

Selvavgrensing og selvrefleksivitet er to viktige begrep i dialektikken ifølge Schibbye (2009). De hører sammen på den måten at selvrefleksivitet innebærer tanken om å kunne observere seg selv, stille seg utenfor seg selv og avgrense eller betrakte seg selv. Man kan si at refleksivitet innebærer selvavgrensing. Selvavgrensing handler om å kunne skille mellom egne og andres opplevelser, behov, lyst, ønsker, følelser, tanker, synspunkter og meninger, med andre ord å utvikle tydelige grenser. Begrepet innebærer også evnen til å skille mellom følelser mennesket opplever innenfor seg selv dvs. intrapsykiske grenser (ibid).

3.3.4 UNDRING

Undring er et betydningsfullt begrep i dialektisk relasjonsterapi. Schibbye (2009) påpeker at møtet mellom mennesker forutsetter åpenhet som igjen vil bidra til større rom for refleksivitet og her blir undringen viktig:

Undring skjer i kjølevannet av en åpenhet, av rom og la en interpersonlig prosess utvikle seg. Det dreier seg ikke om å konkludere, oppnå et ferdig resultat eller finne "sannhet" (ibid:389).

Stadfestelse lukker dialogen. Undring derimot, åpner den. Intet slås fast som sant eller endelig. Det kan se ut som om undring fører til mer undring og slik kan man si at refleksive prosesser settes i gang. Å tilnærme seg pasienten gjennom undring kan i så måte være både anerkjennende og kjærlig. Ved at temaet for samtalen blir underordnet kan man ifølge Schibbye (ibid) skape rom og åpning for det usigelige og underliggende.

4 METODE

Valg av forskningsmetode må utledes av problemområdet som ønskes belyst i en studie. Begrepet ”metode” representerer en tenkning om hvordan man kan nå et mål, som gir best mulighet for å besvare spørsmålet som stilles (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette kapittelet inneholder den metodiske fremgangsmåten jeg har benyttet for denne studien.

I det følgende vil jeg først gi en begrunnelse for mitt valg av forskningsdesign og tilnærming, samt fokusgruppe som metode. Videre vil jeg presentere den praktiske gjennomføringen av studien. Her vil jeg gjøre rede for min fremgangsmåte i arbeidet med å fremskaffe data. Dette omfatter forberedelser, rekruttering av informanter, gjennomføring av fokusgruppeintervjuene og analyse. Kapittelet avsluttes med forskningsetiske overveielser.

4.1 VALG AV FORSKNINGSDESIGN OG TILNÆRMING

Spørsmål av ontologisk og epistemologisk art ligger under valg av design og metoder (Thornquist, 2008). Utgangspunktet for mitt forskningsspørsmål har grunnlag i epistemologien. Epistemologien søker å få kunnskap om et fenomen og hva vi kan vite og erkjenne. All kunnskap er avhengig av det erkjennende subjekt (ibid).

Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming med et kvalitativt, utforskende og beskrivende design. Fenomenologien retter oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjektet og relaterer kunnskap til den kontekst den opptrer i. Den fenomenologiske metode er deskriptiv og søker å utforske og beskrive fenomener slik mennesker opplever dem. Med andre ord; den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2009). På grunnlag av dette synes denne tilnærmingen å være den riktige når det gjelder å få innsikt i sykepleiernes profesjonelle livsverden. Med livsverden menes sykepleiernes opplevelser og erfaringer, nå og tidligere, og hvordan disse former det daglige liv (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996:25). Det er ikke den totale livsverden som studeres i denne studien, men den delen som har med den profesjonelle utøvelsen av yrket og forståelseshorizonten knyttet til virksomheten som psykiatrisk sykepleier.

Å innta en fenomenologisk holdning krever at jeg som forsker klarer å parantesette min egen førforståelse, mine fordommer og forutinntatthet. Forsker skal ha en bevisst og kritisk refleksjon over egen mulig påvirkning på forskningsfeltet.

Videre ønsket jeg å få beskrevet alle fenomener og oppfatninger i sin fulle bredde og dybde. Målet mitt var å søke forståelse mer enn forklaringer. Dette krever en hermeneutisk

tilnærming, en forståelsesprosess, som beveger seg i sirkel fra helhet til del og motsatt. Den hermeneutiske sirkel eller spiral kan være en hjelp til å tolke og forstå, tydeliggjøre og forklare de fenomen og meningen med det som blir beskrevet (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996, Thornquist, 2008). Bevegelsen mellom deler og helhet, tekst og kontekst innebærer også bruk av språket. For å skjønne hva som sies, må man også sette seg inn i konteksten det blir sagt i, og ikke bare saksforholdet en omtaler (Thornquist, 2008). Dette er grunnen til at utvalget mitt falt på psykiatriske sykepleiere. Fordi jeg selv er psykiatrisk sykepleier kan jeg lettere sette meg inn i informantenes bakgrunn, historie og kontekst enn om jeg også skulle forholdt meg til en eller flere behandlergrupper jeg ikke var så familiær med.

Fenomenologi og hermeneutikk står i et forhold til hverandre. Begge er rettet inn mot mening, selv om de har ulik forståelse av begrepene. Den fenomenologiske beskrivelsen vil benyttes som utgangspunkt for den hermeneutiske tolkningen i analyse og presentasjon av funn.

Hensikten med dette studiet er ikke bare å få beskrevet data, men også å få en økt forståelse for informantenes profesjonelle livsverden. Ved å benytte en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming får jeg mulighet til det.

4.2 HVORFOR FLERSTEGS FOKUSGRUPPEINTERVJU?

Valg av metode kom til gjennom nøye vurdering av flere alternativer. I forhold til skamproblematikk er det vanskelig å innhente relevant litteratur og forskning før 1950-tallet. De siste årene har det imidlertid blitt gjort en del forskning på dette området, også innen sykepleievitenskap (McFall & Johnson 2006, Bond 2007, Crowe 2004). Litteraturreview ble dermed overveid som aktuell og nyttig metode for å skaffe et overblikk over det som faktisk eksisterer om skamproblematikk, og for dypere innsikt og forståelse som grunnlag for eventuelle videre studier.

Det syntes naturlig at dette emnet krevde en kvalitativ tilnærming. Individuelle dybdeintervjuer ble derfor også vurdert som en aktuell metode. Informantene ville kanskje friere delt erfaringer og tanker som synes vanskelig å dele i en gruppe, kanskje spesielt på grunn av det sensitive temaet. Et slikt valg kunne imidlertid virke motstridende ift min egen hensikt. Skammen er taus, individualisert og privat (Skårderud, 2001). Ved å bevare intervjusituasjonen innenfor en privat og lukket ramme ville jeg være med å holde skammen der. Det var et poeng for meg å kunne diskutere skamfølelse i et åpent forum og på den måten gjerne ufarliggjøre det. Etter også å ha lest en del om de ulike metodene falt valget på

fokusgruppeintervju. Fokusgruppen kan representere en mer naturlig setting enn individuelle intervju fordi deltagerne påvirker og kan påvirkes av andre, som de ellers gjør i livet. Gruppeprosessen innebærer muligheten til å bli mer enn summen av delene i forhold til synergieffekten som individer alene vanskelig kan skape (Krueger og Casey, 2009). Jeg ønsket flere ulike personers beskrivelser av erfaringer, refleksjoner og følelser. Gruppespillet kan gjøre det lettere å uttrykke synspunkter på tabubelagte, emosjonelle temaer som å avdekke faktorer som influerer på måten vi forstår skam, eller forhindrer oss i å ta opp temaet i behandlingssituasjon. I tillegg beskriver metodelitteraturen videre (Krueger og Casey, 2009, Hummelvoll, 2008) hvordan gode ideer, tanker, refleksjoner samt flere spontane, ekspressive og emosjonelle synspunkter lettere kan oppstå gjennom kollektiv ordveksling. Flerstegs fokusgrupper ble valgt fordi temaet kan være utfordrende å snakke om bare i ett møte. Skam er et begrep som ofte vekker ubehagsfølelse der det blir snakket om, og informantene trengte tid for å nærme seg temaet og kunne samtale om det. Det skapte ro i gruppen og for forskers egen del at ikke alle spørsmål trengte å besvares i et intervju.

4.3 FORBEREDELSE TIL INTERVJU

Herunder vil jeg kort redegjøre for inklusjons- og eksklusjonskriterier, rekruttering og presentasjon av informantgruppen og intervjuguide. Deltagerne blir omtalt som informant, sykepleier eller hun/henne. Det var bare psykiatriske sykepleiere med i studien.

4.3.1 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Jeg ønsket å intervju psykiatriske sykepleiere som jobber på DPS (Distriktpsikiatriske senter). Psykiatriske sykepleiere ble valgt som informanter fordi jeg selv er psykiatrisk sykepleier og kjenner denne yrkesgruppens bakgrunn, kultur og behandlingsansvar. Det kunne selvfølgelig vært interessant å intervju flere yrkesgrupper ift dette temaet. Jeg valgte også å innhente deltagere fra tre ulike DPS. Grunnen til dette er at jeg fryktet for gruppens homogenitet og rollefordeling om jeg valgte kun sykepleiere som også var kollegaer. I tillegg utfordret det praktiske aspektet, at det kunne bli vanskelig å få til et møtetidspunkt der alle gruppelemmene fikk fri til å komme samtidig.

På DPS får man inn pasienter med ulik psykisk sykdom og i tillegg har man gjennomsnitt innleggelsestid på ca 3-4 uker. Den relativt lange liggetiden på sengepost eller behandling i poliklinikk, dagavdeling eller ambulerende team gir sykepleiere en sjanse til å følge pasienten over tid. Dessuten får man innblikk i mange ulike lidelser og opplever gjerne forskjell i

skamfølelse relatert til de ulike lidelsene. Utvalget måtte ha interesse for temaet samt at vedkommende hadde jobbet en tid innen psykisk helsearbeid. Rammene for deltagelse ble til slutt:

- Minimum syv informanter med videreutdanning i psykiatri
- Deltagelse basert på frivillighet
- Krav om minimum et års erfaring med aktuell pasientgruppe
- Deltagere fra tre ulike DPS med erfaring fra ulike avdelinger

4.3.2 REKRUTTERING OG PRESENTASJON AV INFORMANTGRUPPEN

For å rekruttere informanter og innhenting av data tok jeg kontakt med ledelsen ved de ulike postene, informerte om masteroppgaven og mulighet for å komme på besøk for å informere og invitere sykepleiere til deltakelse. Lederne var svært behjelpelige, ordnet tid og samlet aktuelle sykepleiere til møte med meg. Til informasjonsmøtet hadde jeg laget en powerpointpresentasjon med oppgavens tema, hensikt, metode, gjennomføring og personvern. Denne gav oversiktlig og nøytral informasjon før man etterpå kunne komme med eventuelle spørsmål. Jeg var oppmerksom på å ikke røpe min forforståelse, at presentasjonen skulle være ikke-truende og vektla tydelig at det var frivillig og at man kunne trekke seg på ethvert tidspunkt. Med meg på møtet hadde jeg informasjonsbrev og samtykkeerklæring (se vedlegg 1 og 2). Interesserte kunne henvende seg til meg per telefon eller mail innen noen dager. Det organisatoriske var en utfordring. For å kunne rekruttere flest mulig var det viktig å tilrettelegge slik at intervjuene foregikk i arbeidstiden og på et gunstig tidspunkt på dagen. Velvillighet fra de ulike lederne og fleksibilitet hos deltagerne gjorde dette mulig i tillegg til at alle deltagere fikk fri med lønn for å delta i studien.

Til intervjuene fikk jeg ni sykepleiere av totalt 13 som ble spurt. En fra dagavdeling, en fra ambulerende team, tre fra poliklinikk og fire fra sengepost. I og med at jeg visste på forhånd at noen ville utebli fra enkelte intervju, var det nødvendig å rekruttere litt flere enn jeg hadde tenkt. Gruppedeltagerne var i alderen 33-61 år, to menn og syv kvinner. Alle deltagerne hadde flere års erfaring fra psykisk helsearbeid.

4.3.3 INTERVJUGUIDE

Intervjuguiden ble utformet først og fremst med tanke på at informantene åpent kunne fortelle om sine erfaringer. Oppgavens fokus ble vektlagt da temaene for guiden skulle bestemmes, ikke tidligere forskning eller teorigrunnlag. Jeg valgte noen grunnleggende åpnings spørsmål med mulighet for utdypning. Videre hadde jeg noen utvalgte temaer jeg ønsket skulle berøres i løpet av samtalene. Intervjuguiden ble redigert flere ganger underveis (se vedlegg 3 for fullstendig intervjuguide). I intervjuene forsøkte jeg å frigjøre meg så mye som mulig fra guiden og heller forsøke å lytte til det som ble formidlet, og inntone meg på informantene. I etterkant av intervjuene noterte jeg meg temaer som var kommet opp, stemning i gruppen, eventuelle overraskelsesmomenter og hvordan jeg hadde opplevd samtalen.

4.4 GJENNOMFØRING AV FOKUSGRUPPEINTERVJUER

I forkant av studien ble metode og gjennomføring lagt frem og diskutert med veileder, medstudenter og lærere ved høyskolen. Positive holdninger og konstruktive tilbakemeldinger ble formidlet og tatt til etterretning.

4.4.1 ROLLER I INTERVJUSITUASJON

Det ble benyttet både moderator og co-moderator i intervjuene. Jeg fungerte selv som moderator. En tidligere kollega, som er diakon og har interesse for og kjennskap til forskningsfeltet og den aktuelle problemstillingen ble valgt som co-moderator. Min rolle som moderator innebar å lytte til den enkelte, observere og stille spørsmål både til utdyping og for fremdrift med utgangspunkt i intervjuguide, men uten å styre eller påvirke innholdet. Herunder ble evne til epoche viktig samt å stadig inneha en åpen og interessert holdning til informantene uten å ende opp som deltager i gruppen (Krueger og Casey, 2009, Hummelvoll, 2008). Co-moderator skulle i hovedsak notere i tillegg til å sammenfatte muntlig underveis og å observere gruppesamspill og kroppsspråk.

Det var av stor betydning at alle stemmer skulle høres og at stemningen i gruppen var preget av tillit og trygghet. Kvale & Brinkmann (2009) mener det ofte oppstår et asymmetrisk forhold mellom forsker og informant fordi det er forsker som definerer og styrer samtalen og situasjonen. Jeg kan ikke umiddelbart si meg enig i dette, men med forbehold om at jeg ikke vet hvordan informantene opplevde rollene og maktbalansen i gruppen. Selv om jeg sitter med kunnskap om forskningsprosessen og om temaet jeg vil belyse, er det informantene som bærer erfaringene jeg er ute etter. Jeg er avhengig av at informantene ønsker å dele. Det er informanten som vet (Fog, 1994).

4.4.2 INTERVJUERFARINGER

Fordi mange av informantene var ukjente for hverandre begynte første fokusgruppe med at alle presenterte seg selv. Dette kan være hensiktsmessig også fordi informantene da får høre sin egen stemme. Personvernet, at alle navn er anonymisert og at ingen uttalelser kan brukes mot noen ved senere anledning, ble presisert. Samtidig ble det igjen understreket at deltagelse er frivillig og at den enkelte kunne trekke seg om ønskelig underveis i prosessen.

For å hjelpe informantene til å samle seg om temaet skam, fortsatte jeg med et dikt som omhandler akkurat denne følelsen. Samtalen kom raskt i gang. Informantene assosierte fritt og jeg kom med noen utdypende eller klargjørende spørsmål. Vi rakk å komme innom flere aspekter ved skam i løpet av det første møtet, men jeg lot bevisst informantene forholde seg til temaet på en distansert måte.

Det andre fokusgruppemøtet hadde jeg funnet synonymer til skam som jeg presenterte for deltakerne. Dette for å virke til bredere forståelse av begrepet og for å skape refleksjoner i forhold til om disse kunne benyttes i tilnærmingen til pasientene i stedet for skambegrepet. Innledningen førte til nye refleksjoner og samtalen utviklet seg naturlig. Jeg opplevde at informantene lot seg berøre av temaet i større grad enn ved første møte.

Det tredje og siste fokusgruppemøte ble innledet med at hver enkelt fortalte om en god opplevelse, den første som kom i minnet, og hvilke følelse den opplevelsen gav. Videre ble de oppfordret til å tenke på sin største skamopplevelse, fortelle om den om de ønsket, og beskrive følelsen og tanken denne opplevelsen gav. Poenget med øvelsen var å gjøre informantene oppmerksom på sin egen skamfølelse og forholde seg til temaet på en mindre distansert måte. Informantene gav uttrykk for at de fant denne øvelsen nyttig, men ubehagelig. En av deltagerne fortalte også om skamopplevelsen, ikke bare følelsen den medførte. Øvelsen gav nærhet til temaet, den var naturlig nok en utfordring for den enkelte og ulike følelser kom til overflaten. Det at informantene våget å dele står det stor respekt av og viser at det på dette tidspunktet var en trygg og tillitsfull gruppe som var samlet. Jeg opplevde at de lyttet til hverandre og viste hverandre raushet. Det følte som et privilegium for meg å følge denne fokusgruppen.

De to siste gruppemøtene begynte med sammenfatning av forrige møte. Alle informantene fikk hver sine eksemplar til gjennomlesning etter hvert og hadde da mulighet til å rette opp feil eller misforståelser. Felles for alle tre møtene var at vi hver gang hadde en pause og oppsummering ca ved halvgått tid. Informantene kunne allerede da bekrefte eller korrigere

forståelsen eller presisere viktige poeng. Det ble også gjort en kort oppsummering ved slutten av hvert møte der informantene kunne kommentere på innholdet.

4.4.3 SAMMENFATNING

Ni psykiatriske sykepleiere utgjorde fokusgruppen. Seks deltok på alle tre intervjuene, to deltok på ett møte og en deltok på to møter. Hvert møte varte i ca 1 time og 45 minutter. Jeg opplevde gruppen som svært lojal og stabil. De sykepleierne som ikke kom alle gangene gav beskjed god tid i forkant. Det at gruppen var så stødig gjorde at informantene kunne føle trygghet ift de andre hvilket jeg erfarte ettersom deltagelse i samtalen etter hvert inkluderte alle uten min hjelp. I tillegg opplevde jeg at man turde å være uenig og åpen om sensitive emner. Den lille variasjonen i gruppesammensetningen skapte god dynamikk. Nye synspunkter og refleksjoner kom frem, noe som var en styrke og berikelse for svarene.

Intervjuene ble holdt i februar-mars 2010. De to første gruppene med 14 dagers mellomrom, og en uke mellom andre og tredje møte. Vi brukte konferanserom på min arbeidsplass til intervjuene. Ved å benytte en nøytral arena ble det skapt en distanse til arbeidsstedet og dermed en uforstyrret ro i situasjonen. Hvert møte begynte med småprat, frukt, kake og kaffe. Det syntes som god atmosfære og engasjement om temaet. Akkurat dette ble uttrykt flere ganger av gruppedeltagerene selv, og samsvarer med moderator og co-moderators opplevelse av gruppen.

Flere informanter sa at det hadde vært fint å delta og at det var en god læringsform i seg selv å delta i fokusgrupper. En av deltagerne uttrykte det slik:

”Dette var spennende og veldig lærerikt og interessant å være med på. Jeg lærte mye mer enn forventet. Det har vært så nyttig..mer nyttig enn jeg hadde trodd.”

4.5 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER

Det er Helsinkideklarasjonen som setter de etiske premissene for forskning i dag. Helsinkideklarasjonen består av etiske prinsipper for medisinsk forskning som innbefatter mennesker. For å sikre en etisk standard, skal kliniske studier som involverer pasienter vurderes av Regional etisk komité (REK) i den helseregionen studien skal foregå i. Søknad til REK var ikke aktuelt da informantene i min studie alle er helsepersonell som ble rekruttert på frivillig basis. Studien ble imidlertid meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)² og godkjent med et par anmerkninger (se vedlegg 4).

Forut for denne studien vurderte jeg nøye fare for smerte, mulig nytte, informert samtykke, grundig planlegging for gjennomføring av studien og sikring av personvern (Friis & Vaglum, 1999). Temaet skam kan vekke ubehagelige minner eller følelser hos enkelte. Jeg var oppmerksom på min tilnærming til informantene, og at måten spørsmålene ble stilt på kunne redusere opplevelsen av eventuell smerte. Retten til privatliv og respekten for personlig integritet var styrende når jeg laget intervjuguide. Nyttens av undersøkelsen ble vurdert opp mot eventuell smerte og ubehag. I forhold til min studie håper jeg at pasientene på sikt skal få bedre behandling ift å bli møtt på skamfullhet fordi sykepleier er bedre rustet til å møte denne.

For at informantene skulle føle at de ble ivaretatt var det først og fremst viktig at de kjente til studiens mål, hvordan materialet skulle bearbeides og i hvilken form det videre skal publiseres. De ble informert grundig både muntlig og skriftlig (hensikt med studien, hva som skal samles inn og hvordan, konsesjoner, kontaktopplysninger og taushetsplikt) og uten at forskerens følelser kommer frem (eks ”jeg vil bli glad om du...” osv). Det ble påpekt flere ganger at deltagelse var basert på frivillighet og at man kunne trekke seg på hvilket som helst tidspunkt under forskningsprosjektet (Friis & Vaglum, 1999). Alle deltagerne i studien gav skriftlig informert samtykke.

Studien var grundig planlagt. I og med at ethvert forskningsprosjekt medfører en viss grad av ubehag for deltagerne og oftest er svært ressurskrevende, vil det anses som etisk uforsvarlig å gjennomføre dårlig planlagte studier (ibid).

² NSD: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste skal sikre dataformidling og tjenesteyting overfor forskningssektoren. NSD er et av verdens største arkiv for forskningsdata og formidler av data og datatjenester overfor forskningssektoren. NSD er et kompetansesenter som veileder forskere og studenter i forhold til datainnsamling, dataanalyse, metode, personvern og forskningsetikk (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, 2010).

Personvernet sikres i første rekke gjennom taushetsplikten. Man skal så langt som mulig anonymisere alle data. Informanten skal ikke kunne identifiseres. For å bevare anonymiteten ble alle sitat oversatt til bokmål og informantenes navn forekommer ikke i de utskrevne intervjuene eller på bånd. Båndopptager blir oppbevart i eget arkivskap på min arbeidsplass og de transkriberte intervjuene lagret og beskyttet på privat PC med brukernavn og passord. Lydopptak og annet materiale vil bli slettet ved utgangen av 2010.

Informantene må kunne stole på at den tillit som er vist forskeren ikke misbrukes. Fog (1994) kaller det kvalitative forskningsintervju en trojansk hest som gir oss adgang bak den andres grenser. En sak er hva man sier, en annen sak er hva man sier bak ordene. I forhold til tolkning av funn fant jeg det etisk utfordrende å gjøre analyser som ikke informanten kunne validere. Dette medfører et stort ansvar for forsker og jeg forsøkte hele veien å være meg det ansvaret bevisst.

5 ANALYSE

Kvalitativ analyse er ofte en utfordrende prosess da formen er mindre standardisert og formalisert enn kvantitativ analyse. Dette fikk jeg merke i mitt analysearbeid. Jeg opplevde at starten var ganske kaotisk og at jeg beveget meg i et ukjent terreng der retningen var vanskelig å finne. Det ble viktig å finne et godt utgangspunkt. Nemlig at der finnes en sannhet eller virkelighet for informantene hvilken jeg som forsker skal få tilgang til gjennom intervjuet. Det overordnede mandatet ble å gjengi denne så riktig som mulig i oppgaven slik at informantenes synspunkter ble vist fortjent respekt (Kvale & Brinkmann, 2009). I det følgende avsnittet vil jeg trinn for trinn vise hvordan jeg håndterte datamaterialet for til slutt å ende opp med en figur. Jeg valgte i hovedsak å benytte Kvale & Brinkmanns *seks trinn for analyse* (2009:203).

5.1 INTERVJUSITUASJONEN – DE TRE FØRSTE TRINN

I første trinn formulerte informantene sin profesjonelle livsverden, hvordan de erfarer relasjonen til pasienten som føler skam. Følelser og tanker ble spontant beskrevet. Gjennom felles refleksjon og deling av opplevelser oppdaget informantene nye perspektiv. Dette utgjør det andre trinnet i analysen. Det ble tydelig da informantene kollektivt uttrykte ved slutten av første intervju at: *Dette satt i gang nye tanker, fått mer innsikt i tema nå enn når jeg kom, en bevisstgjøring, dialektikk dette.*

Det tredje trinnet handler om forskers evne til å tolke og fortette meninger som informantene formidler. Fordi temaet var ganske nytt for de fleste informantene ble det formidlet en del som kunne oppfattes som selvmotsigende eller uklart. Dette kunne bekreftes eller avkreftes etter hvert ettersom vi hadde muligheten for flere møter. Gjennom intervjuene fikk jeg mulighet til å oppklare misforståelser og feiltolkninger ved å stille oppklarende spørsmål. Vi oppsummerte ved midten og slutten av hvert møte og sammendrag av alle intervjuene ble skrevet, opplest og delt ut til hver enkelt etter intervjuenesjonene. Intervjuene ble på den måten det Kvale & Brinkmann beskriver som *selvkorrigerende* (2009:203).

5.2 TRANSKRIBERING, STRUKTURERING OG TOLKNING – TRINN FIRE

Jeg gjorde opptak av intervjuene på lydbånd og transkriberte selv så ordrett som mulig. Opptakene var av god kvalitet og jeg hadde aldri problemer med å høre hva som ble sagt. Latter, kremting, pauser osv ble tatt med i transkripsjonene for at jeg under analysen raskt skulle sette meg inn i stemninger og kunne benytte disse i tolkningen. Gjennom

transkriberingsprosessen søker man å skriftliggjøre det uttalte. Her kan mye gå tapt underveis. Kroppsspråk, ironi, intonasjon og åndedrett kan vanskelig overføres skriftlig (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg skrev ut intervjuene like etter de hadde funnet sted. Det var til hjelp fordi samtalen var fersk og jeg husket deler av den. Notatene fra co-moderator var også viktige kilder i tillegg til mine egne refleksjoner skrevet i etterkant av hvert intervju. Dette innebar også at de gjennomførte intervjuene ble en del av min forforståelse i neste intervjusituasjon. På den ene siden var det kanskje uheldig i forhold til å kunne innta en fenomenologisk holdning ved neste intervju. På den annen side gav det meg mulighet til å se aspekter som trengte mer utdyping. Slik sett kan man si at analysen startet allerede her.

Koding av data er en fleksibel og kreativ prosess og man bør være forsiktig med å binde seg til orginalkategoriene. Enhetene skal til enhver tid kunne flyttes på, kategoriene bytte navn og nye kategorier opprettes (Ryen, 2002). Etter at alle intervjuene var transkribert stod jeg igjen med 102 sider tekst. Jeg gjorde meg godt kjent med teksten. Leste gjennom flere ganger og markerte underveis meningsbærende enheter. Foreløpige kategorier ble laget allerede tidlig i prosessen da jeg kjente teksten godt. Nye kategorier kom til underveis og enhetene ble flyttet etter hvert som jeg så tydeligere hvor de hørte hjemme. Videre fikk jeg flere sub-kategorier under hver kategori. Et enkelt utsagn kunne inneholde enheter som hørte hjemme i ulike sub-kategorier og faktisk ulike kategorier. Deler av teksten havnet i en "diverse" kategori, dvs. enheter som jeg opplevde utydelige. Dette gjaldt for det meste småprat og useriøse utsagn. Hver enkelt meningsbærende enhet ble kategorisert, kondensert og tolket. Da alle sitater var plassert i sine kategorier og sub-kategorier, valgte jeg ut enkelte sitat som navn på kategoriene med en beskrivende tekst under og eventuelle sub-kategorier der jeg fant det naturlig. Jeg satt nå igjen med et stort materiale presentert under 11 kategorier. (Fremgangsmåte og prosess synliggjøres i vedlegg 5).

Flere foreløpige tabeller ble fremstilt for å lage ytterligere struktur. Koding av tekstens meningsinnhold i kategorier gjorde det mulig å kvantifisere hvor ofte bestemte temaer ble nevnt i teksten samt hyppigheten (Kvale & Brinkmann, 2009). Klipping, liming og bruk av fargekoder i Microsoft Word hjalp meg å skape overblikk. Enheter og matriser ble også hengt på veggen, lagt på gulvet og forsøkt jobbet med manuelt ved bruk av saks og lim. Arbeidet var svært konsentrasjons- og tidkrevende og representerte en periode med følelse av uro og manglende oversikt for meg som forsker.

Etter bearbeiding i form av meningsfortetting fremstod essensen tydeligere. Fortsatt koding og kategorisering reduserte og strukturerte teksten i en figur (figur 2 på s.38). Fra å benevne

kategoriene med informantenes egne utsagn fikk de to hovedkategoriene til slutt navn etter begrep beskrevet i teorien. Målet var å utvikle kategorier som kunne romme de erfaringer som ble undersøkt og at begrepene som ble benyttet var både kvalitative og anskueliggjørende. Jeg finleste og så etter nyanser og sammenhenger innenfor de ulike kategoriene og på den måten fant jeg seks sub-kategorier under de to overordnede kategoriene. Det var et omfattende vurderingsarbeid å fremanalysere sub-kategoriene. Noen ganger oppdaget jeg likheter og sammenhenger som gjorde at sub-kategorien like gjerne kunne plasseres i den andre kategorien. Dette førte til at sub-kategorier byttet navn og ble flyttet etter hvert. Samtidig bevegde jeg meg stadig mellom de transkriberte intervjuene i sin helhet og figuren for å sikre at fremstillingen ble gjort riktig ift den sammenheng enhetene stod i.

Under følgende kapittel *presentasjon av funn* vil min forståelse av tema komme frem og forhåpentlig styrke intervjutekstens ulike perspektiver. Kvale & Brinkmann (2009:203) beskriver det som *den egentlige analysen*.

5.3 GJENINTERVJUING OG HANDLING – TRINN FEM OG SEKS

Trinn fem innebærer gjenintervjuing (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette ble gjennomført i form av en rundbordskonferanse der både pilotgruppen og fokusgruppen var invitert. På det tidspunktet var jeg ikke helt ferdig med analysen, men hovedfunnene stod tydelig frem og det syntes viktig å la informantene få innsyn i det. Det var få informanter som hadde anledning til å komme, men alle fikk mulighet til å kommentere på arbeidet mitt ettersom de uteblende fikk tilsendt resultater og funn på mail. Verken de tilstedeværende informanter eller de som ikke var der hadde tilsynelatende noe å utsette på det som ble presentert.

Et mulig sjette trinn vil være å følge tråden fra beskrivelse og fortolkning til også å omfatte handling (ibid). Spørsmålet blir om informantene i etterkant av intervjuene har begynt å handle på den nye innsikten de har fått. Jeg har lovet å besøke de ulike DPS der informantene jobber for å presentere det endelige resultatet. Da vil jeg også få mulighet til å følge opp om deltagelse i fokusgruppen har stimulert til nye måter å arbeide på i relasjon til den skamfulle pasienten.

6 PRESENTASJON AV FUNN

Gjennom dette kapitlet presenteres funnene som belyser oppgavens problemstilling: ”Hvilke erfaringer har psykiatrisk sykepleier i relasjon til pasienter som føler skam?” To tema som hovedfunn steg frem: Erkjennelse i relasjonen og Undring i relasjonen. Hvert tema er ment å synliggjøre ulike perspektiv som har konsekvenser for relasjonen psykiatriske sykepleiere har til pasienten. På den ene siden *erkjenner* de egne følelser, eget yrke og fenomenet skam, det essensielle. På den andre siden *undres* de fordi de ikke klarer å ta tak i det sårbare hos seg selv og det eksistensielle hos pasienten. Hovedtemaet ”å se uten å innse” speiler det kompliserte forhold som ligger i dynamikken og dialektikken mellom disse to sidene, og som en stadig utfordring å ”ha det ene øyet vendt innover, det andre utover”³.

Sitater fra fokusgruppeintervjuene vil benyttes for å illustrere og understreke ulike moment. Utsagn vil presenteres i kursiv i sin originale form, eventuelt kondenseres for å tydeliggjøre meningsinnholdet.

Underkapitlene som følger gjennom presentasjonen har sin overskrift fra figures tema og sub-tema.

Symbolbruken i transkripsjonene indikerer følgende:

...	Pause/stillhet
(...)	Forsker har utlatt en setning eller ord i sitatet
Hmm	Indikerer informantens usikkerhet

³ Et sitat fra Merleau Ponty

FIGUR 2: OVERSIKT OVER RESULTAT

Hovedtema: Å se uten å innse				
Meningsbærende enheter	Sub-tema	Tema	Sub-tema	Meningsbærende enheter
<p>"..er jeg lei meg eller noe kan man lettere kan snakke om det, men skam er noe som er litt sånn uggent for en. Det er noe jeg ikke vil snakke om, det er noe jeg er flau over"</p> <p>"Når skamfølelsen kommer inn i meg har jeg en tendens til å fortrenge den vekk(..)noe ubehagelig som vi kanskje ikke vil tenke på."</p>	Å se egen sårbarhet	Erkjennelse i relasjonen	Undring i relasjonen	<p>"det er klart at om pasienten har det som tema, så vil jo vi også bli aktivert ift vårt eget og at det er ubehagelig"</p> <p>"det er et sånt sårbart tema..det gjør det vanskelig"</p>
<p>"Alt er mer uklart nå, før var det mer rett og galt (...)tror skam er knyttet opp mot forventninger"</p> <p>"Mange føler skam fordi de er for tykke..og ensomme."</p> <p>"I dag er det mindre skam ift homofili. Ulikhetene mer akseptable."</p>	Å se det essensielle			<p>"Bevissthet rundt personens følelser har man jo hatt, men å tenke skam og den biten der"</p> <p>"Har vi lært noe om skam? Kan ikke huske vi har hatt om det på skolen eller noe."</p> <p>"..noe som ligger så dypt som ikke er så lett å se ved første øyekast..skjult"</p> <p>"medikamentene blir ofte en symptomlindring på noe som har ligget der i 20 år..og da legger vi jo enda mer lokk på det."</p>
<p>"Den første avdelingen jeg jobbet på ble vi oppdratt til at alle hadde en verdi. Hele teamet og overlegen bakka oss veldig opp husker jeg. Vi hadde hele tiden sånne klare grenser(..) rammene var veldig tydelige. Vi jobba i et terapeutisk samfunn og hadde masse ansvar. Det har jeg tatt med meg."</p>	Opplevelse av yrkesverdi			<p>"Nei..vi skal verken overvurdere oss eller undervurdere oss selv sant, og vi har vel en tendens til å undervurdere oss."</p> <p>"Altså sykepleiere blir ofte møtt med forundring hvis de gjør noe bra (...)Kan du det, du som bare er sykepleier?"</p>

6.1 ERKJENNELSE I RELASJONEN

Erkjennelse handler om evnen og viljen til å være ærlig med seg selv og ta inn sider ved seg selv som ikke er så behagelige. Dette fordrer en personlig avklaring, at man har tilgang til egne følelser. Skam er et begrep som ifølge faglitteraturen og sett i et kulturhistorisk perspektiv, endrer innhold innenfor sosiale eller samfunnsmessige rammer. Hva som aktiverer skamfølelse varierer fra person til person. Funnene under temaet *Erkjennelse i relasjonen* deles inn i sub-temaene: ”Å se egen sårbarhet”, ”Å se det essensielle” og ”Opplevelse av yrkesverdi”.

6.1.1 Å SE EGEN SÅRBARHET

Skamfølelsen oppleves svært privat og er så ubehagelig at man helst vil skyve den unna når den kommer snikende. Erfaringer som aktiverer skamfølelse handler ofte om noe man vil skjule. Man kan få følelsen av at det en bærer på ikke tåler dagens lys. Psykiatriske sykepleiere, i likhet med annet helsepersonell, blir gjerne nødt til å kjenne på egen skam. Dette for å kunne forstå og i neste omgang være trygg nok i egne følelser og egen sårbarhet til å møte den skamfulle pasienten. Informantene ble bl.a. bedt om å reflektere rundt egen skam, hva som har opplevdes som deres største skam, og fortelle om følelsen det aktiverte:

Jeg kan kjenne på at når jeg skal tenke på det synes jeg det er vanskelig. For det første, hente ting frem også er det noe du ikke egentlig har så lyst til å hente frem..du har lyst å bare la det ligge der. Fordi at hver gang du henter det sånn frem så gjør det litt sånn vondt. Så vil du bare legge det tilbake igjen i esken og legge lokket på. Ja.. så det er vanskelig.

Flere uttrykte det samme:

Uff..nei...det er ikke noe stas å hente det opp. Og da blir det veldig privat kjenner jeg. Og da og liksom løfte opp. Ikke for det at jeg, jeg kjenner at jeg ikke har noe sånn voldsomt å skamme meg over men at det..liksom..sekkebetegnelse for det som du ikke har så lyst å snakke så mye om.

Det virker som om skamfølelsen er gjemt i et uavklart indre rom. De ser den, men ønsker ikke eller klarer ikke å gjøre noe med den. Sitatet ovenfor beskriver, slik jeg tolker det, at det er skamfullt å skamme seg. Informanten presiserer at hun har lite å skamme seg over. Selve

begrepet synes som å skape ubehag. Det er en vanskelig følelse å erkjenne. Samtidig var det tydelig at informantene også forstod hensikten og viktigheten av å ha et avklart forhold til sin egen skam. Skammen er relasjonell. I møte med den andre avsløres sårbarheten. Det kom frem på ulike måter:

Jeg tror i alle fall at vi må være ærlig med oss selv, altså om du har en holdning eller innstilling eller er forutinntatt eller fordommer så er det noe med å erkjenne at du har det hvis du skal ha sjanse til å gjøre noe med det (...) Stod nedpå busstoppen etter jobben å skulle faktisk til en psykologtime så kom det en kollega og jeg sa jeg skulle til byen. Skulle jeg til en kiropraktortime ville jeg garantert sagt det. Det slo meg etterpå hmm...ja... for å si det sånn, jeg skammet meg litt over det (...) Jeg hadde sagt det om jeg skulle en annen plass. Så det.

Denne informanten våger ærlighet ift hvordan hun velger å møte en sårbar situasjon. Hun sier, indirekte, at det som har med mental helse å gjøre er mer skambelagt enn det somatiske. Man skal være sterk for å være svak og det som berører vårt psykiske velbefinnende virker som å være en så stor svakhet at den vanskelig kan deles. Sitatet gjenspeiler kanskje en egentlig holdning til psykiatriske pasienter: Det er greit så lenge det ikke angår meg selv. Informantene erkjente hva som ville være spesielt viktig i tilnærmingen til pasienten der sårbarheten og skammen får et ansikt.

Vi skal også tåle å ta imot. Ja, vi må tåle det som kommer.

Her beskrives hvordan sykepleier føler hun må tåle å ta det den andre opplever innover seg. Hun bekrefter seg selv to ganger. Er hun egentlig klar for å alltid tåle det som kommer, gjør hun det? I tonen hennes ligger et hjertesukk, samt en bestemt mening om at hun må det. Man skal være klar over at det kan være krevende å høre det som måtte komme fra pasienten. Det å tåle handler om evnen til å se seg selv og egen sårbarhet for å håndtere pasientens sårbarhet. Det ligger også en utfordring i å innta en ikke-dømmende holdning.

Ja, det er lett å være fordomsfri og at neida..men det er noe med at du vet det ikke før du selv står i den situasjonen. Hvordan er vi da i forhold til våre fordommer? Jeg tror det er lett å møte seg selv i døren.

Denne sykepleieren identifiserer hvordan man beveger seg i en risikosone for å avsløre seg selv i møte med pasienten. Informanten påpekte således betydningen av å ha avklarede følelser og holdninger, og erkjenner indirekte i sitatet at hun selv har problemer med å legge

fordommene til siden. Det kan bety en forskjell fordi vi vet at pasientene stadig er svært sensitive og på vakt overfor hjelpers reaksjoner.

Det er noe med å være ekte i møte med pasienten. Altså, av og til kan det være litt motsetningsfylt det der å være profesjonell og det å være ekte. (...) De er jo så flinke til å avsløre oss.

Slik jeg tolker det sier informanten noe om at det noen ganger ikke er profesjonelt å være ekte i møte. Om pasienten skulle avsløre sårbarhet ville denne sykepleieren kanskje ikke føle seg profesjonell.

Ettersom fokusgruppen ved tidligere anledninger har drøftet flere ulike perspektiver på skam, ble også det å kjenne på egen skamfølelse en oppdagelse, noe gjenkjennende.

(...) Det der kjenner jeg veldig igjen når vi snakker om skam her, altså hvordan det hindrer deg i å ordne opp i ting. Min situasjon er jeg nesten helt sikker på at kunne vært ordnet opp i, men på grunn av skammen over min egen fremgangsmåte så...jeg skjønner godt at det hindrer folk i å fortelle om ting og å gjøre noe med det.

Denne sykepleieren hadde nettopp delt en egen skamopplevelse. Både på det nonverbale språket og den stotrende måten å uttrykke saken på tolker jeg at det var både skamfullt og vanskelig å presentere i en relativt stor gruppe. Informanten erkjenner sin egen skamfølelse og at den hindret henne i å gjøre noe hun tenkte hun ville gjøre.

Jeg tror det er litt viktig å kjenne på skammen for å forstå litt bedre. Jeg kjenner hvor ubehagelig det er, liten selvfølelse, selvforakt..alt dette her bærer noen med seg hele tiden. Det må være forferdelig.

I sitatene overfor beskriver sykepleieren en utfordring rettet til henne som hjelper. Hun ser alvoret, og så blir valget om hun skal gå inn i det. Det er krevende fordi det fordrer en vilje til å jobbe med noe eget. I en erkjennende relasjon vil det å være i en egen prosess, å kjenne på skammen og å være trygg i sårbarheten, bli en viktig del av utrustningen i møte med pasienten.

6.1.2. Å SE DET ESSENSIELLE

Det essensielle handler også om innsikt i forhold til fenomenet skam og hvilke konsekvenser skamfølelsen kan få. Helsepersonell bør gjerne vite noe om hvordan samfunnet ser på skam,

hva som kreves i relasjon til den skamfulle og hvordan skammen kommer til uttrykk. Denne kunnskapen synes ikke åpenbar for informantene i utgangspunktet, men ettersom temaet ble reflektert over hørte jeg at informantene satt med mye forståelse og innsikt som de ikke hadde for vane å anvende i den praktiske utøvelsen av sykepleie.

Gjennom intervjuene beskriver sykepleierne faktorer de har erfart er viktige forutsetninger for å kunne ta opp vanskelige tema. Relasjon og tillit nevnes flere ganger av informantene som et avgjørende utgangspunkt.

Vente med å ta opp skam til man har en relasjon og da invitere til å åpne opp. Må ha relasjon med gjensidig tillit.

Informantene uttrykker at forutsetningen for tillit er at pasienten føler seg forstått på det han eller hun synes er vesentlig. Flere i gruppen fremhever betydningen av empati, trygghet, forutsigbarhet, oppriktighet, respekt, samarbeid, tid, enighet om felles mål, at pasienten blir trodd og tatt på alvor. Disse aspektene blir, ifølge informantene, tatt hensyn til i møte med pasienten og bygger gode relasjoner. Men når sykepleierne ble spurt om hvordan man spesifikt kan tilnærme seg skammen ble det, slik jeg tolket det, mer refleksjoner og tanker om det man intensjonelt kunne gjort, enn substansiell praktisk utøvelse.

Tenker det i hvert fall er utrolig viktig å møte skammen på en god måte..for at ikke det skal bli enda verre. Det gjerne skal lite til for at det du blir møtt med blir oppfattet på en negativ måte: "det der er ikke noe å skamme seg over" Altså når du ikke anerkjenner den følelsen. Lett for det.

I en situasjon der sykepleiers egen skamfølelse ikke er erkjent eller kunnskap om skam mangler, kan det være lett å avfeie pasientens følelser. Det kan være lett å ty til fraser slik denne informanten presenterer. Da innser man ikke pasientens subjektive opplevelse.

En av sykepleierne knytter pasientens opplevelse av å bli sett opp mot respekt uansett hvilke erfaringer pasienten sitter med. Å bli sett forstår jeg i denne sammenhengen som at pasienten føler seg verdsatt *på tross av hva han har gjort* og som menneske i et system hvor det er lett å bli en av mange.

Tenker først å fremst å møte med respekt. Stille åpne spørsmål på den måten at det faktisk er av betydning det som vedkommende sier. (...) en slags respekt for den som sitter der. På tross av det han har gjort, underslag eller at det skjedde et eller annet i livet(...)se han.

Når informanten sier *en slags respekt* kan det underliggende være at det ikke alltid er like lett å hente frem denne respekten og innta en ikke-dømmende holdning. I dette ligger også det å tåle det den andre har gjort eller opplever skam for, og evne å skille eget og andres. Faren for å bli avslørt er alltid til stede om man ikke klarer å se og å innse.

Det at skam har sammenheng med et samfunns forventninger ble kommentert flere ganger av informantene. Skam påvirkes av den kulturen og det samfunnet vi lever i. Felles for mange kulturer kan være skammen i det å bli psykisk syk. Flere av informantene nevnte tabuet det fremdeles kan være å bli innlagt på en norsk psykiatrisk institusjon, basert på uttalelser og adferd fra pasienter de har hatt. En beskriver følgende situasjon som understreker dette:

Jeg husker når vi åpnet den nye posten for noen år siden så hadde vi fellestur om ettermiddagene for pasientene, som personalet var med på. Det måtte vi slutte med fordi pasientene sa til stadighet at de synes at det var så flaut. De var redd for hvem som kjørte forbi og hvem som kunne se de(...)

Fellestur i psykiatrien vil da naturlig nok også for mange oppleves avslørende. I stedet for å ta tak i problemet, skammen i det å bli sett som psykiatrisk pasient, valgte man å slutte med turene. Det syntes åpenbart ikke naturlig å søke andre måter å løse problemet på.

Tanker om samfunnets skamløshet og sunn skam skapte undring i gruppen:

Altså det er også en sunn side ved skam..jeg tror det er viktig å ha det som en del av skammen. Ja, det som hindrer deg i å gjøre dumme ting sant, skamme deg over noe. Det som gjør at jeg ikke begynner å kle av meg her sant..det regulerer adferden.

Når samfunnet visker ut grensene får mennesket mindre å forholde seg til. Sykepleierne virket som om de anerkjente den sunne skammen og gjerne heller ønsket seg grenser enn det motsatte. Slik jeg forstår sykepleieren i dette sitatet sier hun at skammen kan virke som beskyttelse av egen verdighet. Å kle seg naken ville opplevdes skamfullt.

Under fokusgruppemøtene ble det også reflektert rundt hvilket kroppsspråk som kan gi assosiasjoner til skamfølelse.

Det er mer sånn at hele kroppsholdningen bøyer seg innover, hodet går ned, blikkontakt er vanskelig, pusten er påvirket. Så de er forknytt.

Informanten har et tydelig bilde av hvordan skamfølelse kan komme til uttrykk gjennom kroppsspråk. De ser det essensielle. Samtidig opplevde jeg at selv om de ser det, spørres det ikke mer, eller forsøker man ikke å komme dypere inn i pasientens opplevelse, eller det som kommer til syne.

Det usagte, skammen, kan identifiseres gjennom andre emosjonelle uttrykk.

Jeg tror man pakker inn skammen, at man finner andre måter å uttrykke det på. Jeg har jo opplevd at pasienter gir andre uttrykk enn det som egentlig er problemet. (...) Du går en bakvei for å finne ut av at dette her er noe annet. Aggresjonen har en årsak i andre ting og skam kan sikkert være en av faktorene, men du må liksom bruke litt tid på å finne ut hva som er det egentlige problemet.

Jeg har en som har sånn veldig taleflom, han snakker om veldig mange storhetsting, intellektualiserer, men egentlig så er det en liten mann inni der og jeg tror han kan ha mye skamfølelse. (...) Prater og prater og prater.

Informantene presenterer i overnevnte sitat to ulike situasjoner der det kan tenkes at skamfølelsen skjules bak *aggresjon* eller *intellektualiserende prat*. De grunner over om det kan være skam, men heller ikke her blir det bakenforliggende tatt tak i og de får ikke svar på om det faktisk er skam.

Slik jeg tolket informantenes utsagn og dialogen i fokusgruppen ble møtene et forum for å sammen reflektere seg frem til hvordan man kan identifisere skammen.

Det man ikke ser, hos seg selv eller den andre, kan man ikke hjelpe noen med. Jeg fikk opplevelsen av at sykepleierne erkjente skammens eksistens, både som fenomen og følelse. Viljen til erkjennelse og til å se det essensielle var til stede, men sykepleierne syntes ikke å klare å handle på det i møte med pasienten.

6.1.3 OPPLEVELSE AV YRKESVERDI

Det å anerkjenne eget yrke og fag, at man er viktig og har betydning i behandling av pasienter har mye å si for engasjement og mot.

En av informantene, den som har vært lengst i sykepleierfaget, beskriver at hun opplever verdi i kraft av sitt yrke som sykepleier. Hun undres over nyutdannede sykepleiere og etterspør deres stolthet og identitet som hun mener de fikk gjennom grunnutdanningen tidligere. Hun beskriver noe av hennes erfaring fra yrkeslivet:

Hva skal jeg si (...) Tror det at..den første avdelingen jeg jobbet på ble vi oppdratt til at alle hadde en verdi. Hele teamet og overlegen bakka oss veldig opp husker jeg. Vi hadde hele tiden sånne klare grenser. Jeg visste nøyaktig hva jeg kunne spør overlegen om, hva jeg gav beskjed om og hva jeg på en måte bare sa at "sånn er det" i forhold til hans pasienter..rammene var veldig tydelige. Vi jobba i et terapeutisk samfunn og hadde masse ansvar. Det har jeg tatt med meg.

Sitatet ovenfor peker på klare oppgaver, tydelig ansvarsområde og respekt for hverandres profesjon som bestemmende for sykepleiers verdi og yrkesstolthet. Sykepleieren sier noe om at det har gitt henne et grunnlag til hjelp gjennom et helt yrkesliv. Hun har *tatt det med seg*.

På spørsmål om hva som er psykiatrisk sykepleiers primære oppgaver ble det med helhetlig tenkning tatt frem som noe av det viktigste en sykepleier gjør.

Det er styrken til sykepleierne. Sånn helhetlig tenkning(...) for oss som er ute hos pasientene spiller det ikke noen rolle om vi er med pasienten og vasker..eller rydder, ser på medisinen eller gir legen råd om hva han skal gjøre videre, det er den helhetlige tenkningen som er styrken til sykepleierne. Og det er det jo ingen andre som har.

Informanten beskriver en arbeidssituasjon der ingen oppgaver er for små eller store for sykepleier til å gjøre. Han anerkjenner betydningen av den friheten vi har som sykepleiere til å se hele mennesket og det mangfoldet av tiltak og observasjoner vi har mulighet for å arbeide med. Videre påpekes det at ingen andre har samme frihet og mulighet i yrket. Jeg undres over om det er noe han genuint mener, eller om han beskytter profesjonen og oppgavene som medfølger. Sitatet representerer kanskje et forsvar sammenlignet med andre yrkesgrupper, i forhold til at man som sykepleier etter flere år på høgskole har arbeidsoppgaver som å vaske opp og rydde.

Ut fra flere sider med sitater som angår sykepleiers yrkesverdi var det disse to som sa noe tilsynelatende ensidig om en opplevd verdighet og betydning i sykepleierprofesjonen.

6.2 UNDRING I RELASJONEN

Under fokusgruppeintervjuene kom der frem refleksjoner rundt fenomenet skam på mange nivå. Det å være åpen og erkjenne at man *ikke vet* innebærer undring. Man må våge å snakke om det. Undringen blir fundamental. Det virker som om man unngår å snakke om skam, eller delvis at man ikke er dette fenomenet bevisst i fagsammenheng. Det gjør det også vanskelig å identifisere skamfølelsen. Sub-temaene er ment å synliggjøre noen årsaker til sykepleiernes unngåelse eller begrensede bevissthet om skam i møte med pasienten og deles inn i: ”å frykte sårbarheten”, ”å utelate det eksistensielle” og ”profesjonsskam”.

6.2.1 Å FRYKTE SÅRBARHETEN

Det er vanskelig å vise seg sårbar. Kanskje er det spesielt vanskelig i vårt samfunn da det å være sårbar gjerne kan forbindes med svakhet, og at man i vår kultur ofte holder privatlivet tett til brystet. Sårbarheten og derav skammen er vår egen.

Tror det er en kultur å verne om privatlivet. Vi verner veldig om privatlivet vårt, det er integrert i oss, mens i andre kulturer så er det kanskje ikke sånn.

Kanskje bekrefter dette sitatet at vi bruker privatlivet til aktiv beskyttelse mot å vise til fulle og hele hvem vi er. Kun det som i egne øyne tåler dagslyset blir gjort synlig for omverden. Bare de aller nærmeste relasjoner får se også ens sårbarhet. I helse- og sosialfaglig arbeid trekkes det tydelige linjer mellom det private og det profesjonelle. Man blir for eksempel oppfordret til aldri å omgås klienter utenfor arbeidstid. Spørsmål om nærhet og distanse vekker mange diskusjoner i fagsammenheng, og en del lar seg provosere av noens manglende grensesetting.

Kan jo ha noe med fasade å gjøre utad..det man ønsker å fremstille overfor andre..kan jo ligge veldig mye i det. Veldig mye forskjellig.

Fasade har blitt et viktig begrep både for den enkelte, innen sosiokulturelle forhold og i samfunnet. Man gjør hva man kan for å virke vellykket. Når fasaden brister og skammen blir kjent faller mennesket sammen og er avhengig av den andres raushet for å gjenopprette verdighet. Sitatet beviser det relasjonelle i skammen og behovet for å skjule sårbarhet.

Sykepleier kan ha forstått skamfølelsen, gjennom å selv ha erfart den. Samtidig må hun ha forsonet seg med den og være trygg i egen sårbarhet. Uten det kan uavklarte følelser gjerne stenge for å ta imot pasientens skam. Det er slik jeg forstår følgende sitat:

Det er klart at om pasienten har det som tema, så vil jo vi også bli aktivert ift vårt eget og at det er ubehagelig.

Sykepleier beviser her at hun finner det ubehagelig å ta opp skam fordi det aktiverer egne følelser. Det blir sagt som en selvfølge og jeg vil tro det virker begrensende i forhold til å tåle å ta imot det pasienten kommer med.

6.2.2 Å UTELATE DET EKSISTENSIELLE

Informantene ble bedt om å reflekterte rundt noe av det grunnleggende, nemlig det å være i stand til å identifisere og gjenkjenne skammen både som en eksistensiell følelse og hvordan den kommer til uttrykk. Det er først når skammen er erkjent som skam at man kan forholde seg til den og få hjelp til å komme videre (Okkenhaug, 2009). Mange ganger kan det være vanskelig å gjenkjenne skam siden den ofte opptrer i forkledninger og dermed forveksles med andre følelser, eller at hjelper bare ikke klarer å få tak på hva som plager pasienten.

Pasienten kommer tilbake til temaet, uten å komme til bunns i hva det er som er det egentlige. Snakker om det samme på litt forskjellige måter, så har du hele tiden en følelse av at det er noe dypere du ikke får tak i.

Sykepleieren i sitatet overfor sitter med en undring over det usagte. Hun har en forståelse av at det kan være skam, men vet ikke hvordan hun skal ta tak i det. Skammen ligger som en usynlig mur mellom hjelper og pasient og gjør det vanskelig å komme videre i behandling.

Synes jeg har hatt mange gode diskusjoner om ting som har ligget dypt i en, men om det er skamfølelse er ikke godt å si (...)De åpner for dette med manglende mestring. Noe jeg ville synes var fryktelig vanskelig og skambelagt. Men å bruke ordet skam har jeg ikke hørt så veldig ofte.

Denne sykepleieren gjenkjenner *manglende mestring* som noe hun selv ville skamme seg over. Pasienten bruker ikke ordet, det gjør heller ikke sykepleier i møte. Informantene beskriver skammen som en skjult følelse som ligger så dypt at den kan være vanskelig å se. Fordi skammen kjennes så smertefull vil mange finne strategier i forsøk på unngå den, eller gjøre den om til noe annet. Mange av reaksjonene er ubevisste. Man vet ikke at det man faktisk gjør er å gi skammen et skjulested.

Da jeg skulle være med i fokusgruppen tenkte jeg at skam er et litt sånn gammeldags ord. Det er et ord som ikke er mye brukt. Kan alternative ord ta over for skammen, men hva er like sterkt? Vi finner ikke gode nok ord synes jeg. Det betyr noe av det samme, men du har liksom ikke følelsen bak ordet. Så med å bruke skam har du i hvert fall følelsen du er på jakt etter. Men jeg er usikker på om folk bruker det så mye i dagligtalen.

Informanten peker på selve ordet og avslører at hun selv ikke bruker det. Man benytter mer frimodig andre ord som flaut og pinlig. Ubehaget er ikke så sterkt knyttet til disse. Aksel Sandemose (1946) sier at hvert menneske har noe det ikke kan huske uten skam. Skam er en grunnleggende eksistensiell følelse man ikke kommer utenom og som andre ord vanskelig kan erstatte.

Sykepleierne i studien peker også på ytre strukturer i systemet som begrensende i forhold til å få tid og rom til å ta tak i de eksistensielle følelsene. Tiden det tar å bygge en bærende relasjon lar seg ofte ikke gjøre da pasientens liggetid skal være kortest mulig.

Kommer de inn i poliklinikk så skal man tenke avslutning etter ganske kort tid. Vi skal få flere inn, det skal gå fort. Inneliggende pasienter skal kjapt ut igjen ..alt skal skje kjapt. Så det er noe med det, at det er hele holdningen i psykiatrien som er endret, vi har ikke tid, det skal gå så fort..

Skam er et svært følsomt tema som i behandlingssituasjon må håndteres med sensitivitet, ydmykhet og respekt. Informantene utviste forståelse for hvor sterkt skamfølelsen kan influere på et menneskes liv og frykt for å gjøre det verre ved å snakke om det.

Det er et sånt sårbart tema altså. Er noe med at de selv må ordlegge det. For er redd for å påføre dem skamfølelsen.

Informanten uttrykker utrygghet i forhold til å ta opp temaet og synes det er sårbart. Hun beskriver en frykt. Kanskje både i forhold til egne følelser og til pasientens.

Selv om informantene viste innsikt i fenomenet og gjennom sine egne skamopplevelser kunne gjenkjenne og forstå skamfølelsen, kan det de sier tyde på at de har hatt en begrenset bevissthet om det i møtet med pasienten:

Det første som slo meg når du sa det, at det var skam som var tema så..oi..tenker vi nok på dette ordet, møter vi det på en god måte? Begynte nesten å skamme meg litt.

Informanten bekrefter her at skam sjeldent blir tenkt på. Hun snakker i vi-form og tar dermed med avdelingskulturen hun er en del av. Samtidig speiler hun seg selv og svarer med det samme på sine egne spørsmål med en opplevelse av umiddelbar skamfølelse fordi hun vet at det ikke er et tema. Også flere informanter bekrefter at skam og skamfølelse ikke er som noe man ofte diskuterer eller tar opp som en del av en pasients problem i fagsammenheng:

Skam..hører det lite og bruker det lite på arbeidsplassen min.

En annen sa:

Det er jo ikke sånn at skam aldri blir nevnt, men jeg kan være enig i at det blir for lite fokusert på det.

Manglende fokus og bevissthet handler gjerne også om begrenset kunnskap. Skam har ikke blitt fokusert spesielt mye på i faglitteraturen. Skyldbegrepet derimot har fått mye rom og samtidig tatt plassen til skam. Det er lettere å snakke om skyld enn om skam. Dette er kanskje grunnen til at man sjelden underviser om skam i helsefagene.

Etter å ha erkjent fravær av oppmerksomhet om skam, presenterer informanten dette sitatet:

Har vi lært noe om skam? Kan ikke huske vi har hatt om det på skolen eller noe.

Sykepleieren mener kanskje at alt ansvar kan ikke legges på helsearbeideren selv. Det har generelt vært en manglende oppmerksomhet rundt skam både i litteratur, utdanning og i fagmiljø, selv om man nå i større grad tar dette fenomenet eller denne følelsen i betraktning. Jeg fikk inntrykk av at det eksistensielle skamfølelsen representerer enda ikke er noe man er observant på i praksis, men kanskje har vært en undring i møte med den skamfulle pasienten.

6.2.3 PROFESJONSSKAM

Resultatene fra studien viser at skam befinner seg på mange arenaer i den enkeltes profesjonelle livsverden. Flere av informantene uttrykte at de ikke følte seg verdsatt i kraft av yrket som sykepleier. Jeg har valgt å kalle dette profesjonsskam. Skamfølelsen har ikke med den personlige skammen å gjøre, for informantene uttrykker ikke at de føler seg mindreverdig som menneske. Det er ikke et problem med ens vøren som helhet, men ens vøren som sykepleier. Det handler om verdigheten i yrket, stoltheten over å kalle seg sykepleier. En av kildene uttrykte følgende:

Altså, sykepleiere blir ofte mottatt med forundring hvis de gjør noe bra. Sånn tenker jeg i forhold til det miljøet vi går i her. De sier: ”så flott at du gjør en så flott jobb, enda du bare er sykepleier.”

En annen uttrykte:

(...) jeg synes ofte det kan være vanskelig altså for, eh..i forhold til de andre at ”dette er ikke verre enn at du kan ta det”. Men en psykologutdannelse er jo litt lenger, men så har jeg erfaring også er det mye som spiller inn. Det er noe med at det skal være en forskjell, men uten at du skal bli omtalt som annenrangs.

De overnevnte utsagnene representerer en arrogant holdning fra annet helsepersonell som påvirker sykepleierens følelse av yrkesverd. Det handler om å gi en kollega følelsen av å ikke bety så mye for pasientens behandling som en selv. Fornemmelsen av manglende betydningsfullhet i møte med pasienter ble reflektert over som en følelse man også kan pålegge seg selv som sykepleier:

Det husker jeg fra jeg jobbet på sengepost (...) da hadde vi en lege som hadde jobbet i helsedirektoratet. Han prentet inn at vi alle er behandlere for da skulle vi skrive tverrfaglig behandlingsplan. Så sa vi sykepleierne ”men vi er jo ikke behandlere” hvorpå han svarer ”jo, det er dere”. Så det er noe med hvordan vi ser på oss selv.

Holdningen til egen yrkesgruppe kommer også frem når sykepleiere selv blir pasienter:

Jeg synes ofte at helsepersonell som er innlagt er litt vanskelige. Ja.. fordi at de ikke åpner opp så lett, det er ikke så lett å komme i posisjon. Opplever ofte mer sånn kritisk blick og at det handler gjerne noe om de selv ikke helt klarer å akseptere at de trenger hjelp. Og ofte det der med at de sier ” jeg har ikke hatt samtale på en uke”, og da har de snakket med oss, men da tenker de samtale med lege eller psykolog. Det er det som er samtale og samtale med sykepleier bare er ”snakk”.

Flere ulike momenter kommer til syne i dette utsagnet. Innlagt helsepersonell oppleves *vanskelige*, fordi sykepleieren ikke får tilgang til deres indre følelser. Det kan late til at sykepleier mister stolthet i møtet fordi pasienten ikke opplever henne som verdig nok til å få

ta del i hans/hennes virkelighet. Det kan virke som om pasienten beskytter sin sårbarhet og skam ved å ha en nedlatende holdning til egen yrkesgruppe. Pasienten, som er helsepersonell, anerkjenner ikke sykepleier som behandler i systemet.

Videre refleksjoner i gruppen tok for seg den nye tverrfaglige videreutdanningen, psykisk helsearbeid, som informantene mente visker ut egenarten i profesjonen sykepleie og en kommenterte:

Vi sliter med at rollen og profesjonen vår er litt dårlig definert. Det tror jeg er et problem som vi har. Jeg likte ikke helt når vi tok videreutdanning at vi skulle være psykisk helsearbeidere. Jeg vil være psykiatrisk sykepleier. Og det har noe med min identitet og hva jeg har som grunnutdanning. Ikke fordi jeg ikke respekterer de andre som jobber som psykisk helsearbeidere, men det er noe med å ivareta det jeg står for i min grunnutdannelse også som er en viktig bit av det jeg bærer med meg.

Hvilke signal sendes ut når man slår sammen alle treårig helsefaglige profesjonsutdanninger og sier at dere kan studere sammen, først og fremst fordi dere må lære å samarbeide på tvers av profesjonene. Slik jeg forstår det informantene sier i sitatet ovenfor, kan respekten for egenarten i den enkelte profesjon synes fraværende når man velger å organisere en utdanning på denne måten.

Sykepleieren ble omtalt av informantene som en ”potet” både på godt og vondt. Det oppstod en undring rundt hvorfor man ikke ser sine egne innspill som viktige nok til å tales høyt om på faglige møter.

Jeg tror din identitet som sykepleier har noe å si for skamfølelsen din. Altså..har du en god og klar identitet, at dette er min rolle, da vokser du og da er du mer trygg på deg selv. Om ikke du er trygg og har definert hva din rolle er så fører det til at det blir sånn ullent, mer usikkerhet og kanskje skamfølelse (...)

Det at sykepleier også stort sett har en lege i ryggen som kan ta avgjørelser og ansvar kan muligens bli en hvilepute. Sykepleier kan havne i en usunn komfortsone, der kun det nødvendigeste blir gjort, resten blir uansett tatt hånd om av annet helsepersonell. Tar man intet ansvar, kan man heller ikke gjøre feil. Følgende utsagn peker på dette:

Vi sier jo at det er sånn hierarkisk tenkning her..det er også, og nå snakker jeg for min egen del, å våge å stå frem som sykepleier og si hva er jeg god på. Vi er blitt litt sånn underdanig for vi vet at de andre har så mye lenger utdanning enn vi har selv. Og ja, det er ok nok det som jeg kommer med, men de kan jo så mye mer enn meg. Så stiller man seg litt..ja..litt bakpå og visker seg selv litt ut. For der er det trygt å være. Så det å våge å stå opp er nok litt av vårt ansvar. Å stå for det.

Sykepleieren tar i dette sitatet med seg en hel yrkesgruppe og kaller den underdanig. Det handler om utdanning og at sykepleier kan så mye mindre enn en lege (*de andre*). Det viser en slags misoppfatning av sykepleieryrket, i stedet for å fokusere på hva man er dyktig på i kraft av profesjonen, strekker man seg etter å nærme seg legeyrket og opplever naturligvis at man kommer til kort. Slik sett bekrefter denne sykepleieren en uklar sykepleieridentitet. Hun vil ikke kunne *stå frem som sykepleier* før hun har anerkjent sin egen profesjon og hva det vil si å være sykepleier.

Undringen kom til syne gjennom at sykepleier virker som å ikke vite om eller erkjenne egen yrkesverdi, betydning og rolle.

7. DRØFTING

Målet med denne oppgaven har vært å belyse problemstillingen ”Hvilke erfaringer har psykiatrisk sykepleier i relasjon til den psykiatriske pasienten som føler skam?” I dette kapittelet reflekterer jeg over studiens metode; dens styrker og svakheter i forhold til gjennomføring av flerstegs fokusgruppeintervju, i tillegg til aspekter av validitet, reliabilitet og forskningsetikk. Videre kommer jeg til å diskutere studiens resultat i relasjon til både tidligere forskning og fagområdet psykiatrisk sykepleie.

7.1 REFLEKSJON OVER METODE

Informantene syntes tillitsfulle og ærlige, og virket hele veien engasjert i tema. I siste intervju erfarte jeg at vi berørte noen tema på nytt. Dette vurderte jeg som et signal for metning i datamaterialet, men aner at vi allikevel kunne utforsket flere områder av temaet skam om jeg/intervjuguiden hadde åpnet for det. Etter å ha lyttet til samtalene hører jeg at jeg til tider lar meg engasjere på en måte som ikke tilfredsstillende en fenomenologisk holdning. Jeg ser at det er en fare for at jeg kan ha røpet min forforståelse gjennom noen få ledende spørsmål og intonasjon.

Fokusgruppe som metode har svakheter det er viktig å være oppmerksom på. I fokusgrupper kan det være vanskelig å fremskaffe data om den enkeltes erfaringer og livsverden fordi taletiden er fordelt og fordi samtalen lettere kan skifte retning. Dette kan gjøre det problematisk å få utdypende resonnement. Rollefordeling og sosial kontroll vil kunne ha innvirkning på hvorvidt man får frem atypiske meninger eller ulike erfaringer. Resultat kan også påvirkes om gruppen fremstår som konform, eller om den er preget av polarisering mellom medlemmene. En vanlig kritikk i all kvalitativ forskning er hvorvidt respondentene er sannhetsfortellende. Enhver ønsker gjerne å fremstå som reflektert og bevisst i både ord og handling. Informantene kan ha vanskeligheter med å erkjenne at man kan handle på følelser og intellektualiserer handlinger, eller finner på svar fordi man er for flau til å innrømme at det er noe man ikke har tenkt på. Dette er menneskelig og man skal være forsiktig med å stille spørsmål ved den andres oppriktighet, men man bør gjerne vite om denne svakheten. En siste kritikk jeg vil nevne ved fokusgruppe som metode er faren for å produsere trivielle resultater, spesielt om gruppen er for stor eller temaet svært komplisert. Nøye forarbeid og god møteledelse har dog bidratt til å redusere disse svakhetene.

For å teste ut intervjuguide og intervjuform, gjennomførte jeg pilotintervju i forkant av fokusgruppene. Jeg skrev et eget informasjonsbrev og samlet seks kollegaer til

halvannentimes intervju. Det kom frem mange gode refleksjoner og nyttige data i pilotintervjuet. Da jeg var ny som både forsker og gruppeleder, var det viktig for meg å gjennomføre pilotintervju. Der fikk jeg prøvet ut intervjuguide, båndopptager og rollen som moderator. Dette gav meg øket trygghet i forhold til å møte fokusgruppen. Etter pilotintervjuet fikk jeg konstruktive tilbakemeldinger og innspill fra co-moderator og deltagere. Jeg ble oppfordret til å lede tydeligere, få flere deltakere i tale og jobbe med spørsmålsformuleringen for mer utdypende svar. Disse momentene hadde jeg i bevisstheden til neste intervju og fikk erfare at det var nyttig.

7.1.1 RELIABILITET, VALIDITET OG ETISK FORSVARLIGHET

Denne studien kan i likhet med andre kvalitative undersøkelser ikke generaliseres. Den kan derimot beskrive en del av virkeligheten slik sykepleier beskriver den, der og da. Forsker skal i enhver undersøkelse gjøre rede for studiens holdbarhet. Holdbarheten i en kvalitativ undersøkelse hviler på studiens reliabilitet og validitet. Kvale & Brinkmann (2009) beskriver reliabilitet som pålitelighet i forhold til studiens funn. Reliabilitet knyttes i kvalitative studier til forskerens evne til å reflektere over seg selv som instrument i forskningsprosessen. Herunder kommer intersubjektivitet i intervjuene, overgang fra tale til tekst og analyse.

Intersubjektivitet foregikk gjennom hele forskningsprosessen. Samspillet mellom intervjupersonene og meg som forsker var preget av mine stadige oppfølgende spørsmål for å komme nærmest mulig en presis beskrivelse og felles forståelse av fenomenet skam. Samtidig ble det gjort oppsummeringer, både muntlig og skriftlig. Intervjuguide kan være et hjelpemiddel i intervjusituasjonen, men forsker bør være så kjent med spørsmålene at han ikke lar seg styre av den. Veien mot felles forståelse krever at det eksisterer et tillitsforhold mellom forsker og informant. Informanten skal kunne føle seg fri til å uttrykke sine egne tanker (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuguiden var kjent for meg og jeg opplevde at jeg i liten grad var opphengt i denne gjennom intervjuene. Samtalene utviklet seg naturlig.

Intervjusituasjonen kan ikke uten videre etterprøves av andre. Det styrker imidlertid påliteligheten at jeg i metodekapittelet eksplisitt har beskrevet opplevelsene fra intervjusituasjonen og overveielser som fant sted mellom sykepleierne og meg selv. Intervjuguiden har jeg lagt til som vedlegg. I overgangen fra tale til tekst er der noen problemer knyttet til reliabilitet som kommer frem under avsnitt 5.2. Det at jeg gjennomførte analyse og tolkning på egen hånd som ”fersk forsker” kan være en svakhet. I avsnitt 5 har jeg

imidlertid beskrevet detaljert den måten materialet er blitt bearbeidet på, noe jeg anser kan styrke studiens pålitelighet.

Validering av en studie foregår gjennom alle ledd i forskningsprosessen. Det er et spørsmål om sannhetsgehalten, om man måler det man sier man skal måle (Kvale & Brinkmann, 2009).

Alle informantene, både i pilotgruppen og fokusgruppen, fikk tilbud om å delta på rundbordskonferanse. Der presenterte jeg de resultatene jeg har kommet frem til og analysen som ledet til resultatene. På denne måten ble det rom for at de kunne validere mine tolkninger og funn. Informantene hadde tilsynelatende ingen innvendinger mot presenterte funn.

7.2 REFLEKSJON OVER RESULTAT

Gjennom intervjuene kommer det frem flere eksempler på at skamfølelsen ikke bare er aktuell i pasientenes liv, men også i sykepleiernes egne liv. I det følgende gjør jeg først noen generelle refleksjoner over resultatene innen fagområdet psykiatrisk sykepleie. Deretter drøftes studiens funn i lys av teori og forskning.

7.2.1 FENOMENET SKAM INNEN FAGOMRÅDET PSYKIATRISK SYKEPLEIE

Erkjennelse av skamfølelsens eksistens i det personlige livet var en utfordring. Ingen ønsker å ha noe man skammer seg over. Ordet skam i seg selv er negativt ladet og bærer i seg et nederlag. Det gjør den vanskelig å dele. Å se egen sårbarhet, tenke tilbake på erfaringer knyttet til skamopplevelser, og å kjenne på egen skamfølelse viste seg nyttig og fremmet forståelse. Sykepleierne frykter imidlertid egen sårbarhet når de vanskelige temaene bringes på banen. Profesjonalitet og fasade, samt ubehaget når der tales om skam kan være til hinder for å imøtekomme pasientens behov. Informantene var samtidig observant på pasientens sårbarhet, og føler systemet svikter da man ofte ikke får tid til å bygge nødvendig relasjon.

Skammens plass i samfunn, skamløsheten, den sunne skammen, og konsekvensene ble gjennomgående reflektert over i fokusgruppesamtalene. Resultatene viser at sykepleierne viste innsikt i forhold til kompleksiteten, både i forhold til følelsen og fenomenet skam, og erkjente skammens eksistens. Men selv om sykepleierne kunne tenke at det var skam de så hos pasienten, valgte de å ikke spørre. Mangel på kunnskap er gjerne en av hovedårsakene til manglende bevissthet om følelsen skam i møte med pasientene. Skambegrepet ble oppfattet som gammeldags og vanskelig, men samtidig er det utfordrende å finne andre begrep som

dekker følelsen bak. Informantene var tydelige på at skamfølelsen ofte ikke er spesielt tatt hensyn til i behandling. Det synes som om sykepleierne utelater å ta tak i det eksistensielle.

Sykepleiers yrkesidentitet, stolthet og rolle i systemet ble et tema i fokusgruppen. Den opplevde yrkesverdien ble eksplisitt uttrykt i kun to sitater. Det handler om å være trygg i egen profesjon. Uttrykket profesjonsskam vokste frem som et eget sub-tema da mindreverdighetsfølelsen i forhold til egen profesjon og generell mangel på opplevelse av yrkesverdi utkrystalliserte seg. Det kan synes som om at ansvaret for denne følelsen delvis ligger på andre yrkesgruppers holdning til sykepleierfaget, samt sykepleiers evne til å se sitt yrke som likeverdig og selvstendig.

7.2.2 FENOMENET SKAM, MELLOM ERKJENNELSE OG UNDRING I RELASJONEN

Denne studiens mest sentrale funn er at sykepleierne ikke synes å møte pasientens skam. Erfaringene de har gjort seg speiler dermed hva de ser og gjør, og hva de ikke ser og gjør i relasjon til pasienten. Hovedtemaet ”å se uten å innse” og de to temaene ”erkjennelse” og ”undring” representerer et spenningsfelt og et dialektisk forhold mellom det å *se* og *erkjenne* og samtidig ikke klare å anvende det de ser, eller *innse* det, i relasjon til pasienten. Jeg vil nå, i den fortsatte drøftingen, forsøke å komme nærmere et svar på *hvilken* måte denne dialektikk påvirker sykepleier i forhold til å innse og å samtale om pasientens skam.

Å SE EGEN SÅRBARHET OG SKAM OG Å FRYKTE DENNE I RELASJON TIL PASIENTEN

Resultatene viser at det er en følsom balanse mellom sykepleier som privatperson og profesjonell i møte med sin egen og pasientens sårbarhet og skam. Den personlige eller private karakter som skam har, gjør sykepleierne usikre på egen rolle og eget ansvar i relasjon til pasienten. Ulike sider ved dette drøftes under overskriftene: ”Mellom person og profesjon” og ”På egen usikker grunn”.

MELLOM PERSON OG PROFESJON

Funnene viser at sykepleiers egen sårbarhet erkjennes, men i relasjon til pasienten synes de å frykte at egen sårbarhet og skam skal avsløres. Det er skamfullt å skamme seg. Ingen ønsker å ha noe å skamme seg over, men alle har det. I kristen teologi finner man allerede hos Adam og Eva ønsket om å skjule seg i det de var blitt avslørt som ulydige, de trengte noe å dekke seg til med og søkte å gjemme seg bak et fikenblad. Det står at de skammet seg (McFall & Johnson, 2006). Som resultatene viser beskriver sykepleierne dette godt. De ønsker ikke å miste fasaden i kontakt med pasientene.

Dekker sykepleier til sin menneskelighet bak en profesjonell maske? Ser hun og tar hun på alvor mennesket når hun ikke avslører noe av oss selv? Det er ikke alltid like lett å avgjøre hva det vil si å være profesjonell, og heller ikke hvor vidt det er et gode å bare være det (Skau, 2002). For noen vil det å være profesjonell innebære å være upersonlig, og det personlige noe som ikke hører hjemme i en yrkessituasjon. Egenskaper og kvaliteter ved personen faller utenfor yrkesrollen. Et slikt syn representerer viktige trekk ved omsorgsyrkenes utvikling i moderne tid, som for eksempel teknifisering og naturvitenskapeliggjøring (ibid). Lindstrøm (2003) synes å ha sterke motforestillinger mot en slik tankegang. Hun forventer at sykepleier skal bruke sine personlige egenskaper i relasjon til pasienten. Slik sett kan det noen ganger synes riktig å avdekke noe privat i møtet med pasienten. Lindstrøm argumenterer for at man fullt ut kan være til stede som person i forhold til den andre og samtidig bringe inn tema fra

sitt private liv uten å bryte med den profesjonelle rammen for samhandlingen. Det kan for eksempel være en livserfaring som gjør den andre i stand til å føle seg likeverdig. Slik informasjon kan i noen tilfeller være nødvendig for at pasienten skal forstå at sykepleier forstår. Få mennesker får tillit til en plettfri profesjonell maske, uansett hvor kunnskapsrik dens bærer er. Schibbye (2009) beskriver det å gå inn i den andres opplevelsesverden, og å noen ganger oppgi egne grenser, som viktige kvaliteter ved en anerkjennende relasjon. Samtidig er det klart at sykepleier, når hun avslører sin private livsverden, må være bevisst formålet med hva hun gjør. Her må sykepleier tydelig skille mellom pasientens og egne følelser (Tzeng et.al., 2010). Nettopp fordi en anerkjennende relasjon innebærer å komme nær sin egen opplevelsesverden, vil det kunne bety å bli minnet om fortvilelse, sorg, savn, skamfullhet eller ensomhet og fornedrelse. En innvending mot Schibbye sin fremstilling av anerkjennelsesprinsippet er hvor vanskelig dette kan være å praktisere. En betingelse for å kunne gi anerkjennelse er at man har en viss oversikt over sitt indre liv og et forhold til egne opplevelser. Men å være fullstendig sortert er umulig og alle vil ha områder der de er ubevisst og uavgrenset (Bae & Waastad, 1997). Av resultatene fremgår det at sykepleierne beskriver ubehag forbundet med å komme nær de sårbare sidene. Mange vil være redd for å åpne egne grenser og har velutviklede strategier for å bevare kontroll i en eller annen variant (ibid). Om det dessuten plutselig blir sykepleiers private problemer som står i fokus for samhandling, vil man kunne si at hun ikke lenger opptrer på en profesjonell måte (Skau, 2002). Det krever mot og forstand å ta av sin profesjonelle maske og erkjenne sin sårbarhet som sykepleier.

Videre viser resultatene at sykepleierne virker som om de både er bevisst egen sårbarhet og skam og erkjenner den, men undringen oppstår i det de kommer i kontakt med disse følelsene i relasjon til pasienten. Pasientens sårbarhet og skam vekker sykepleiers sårbarhet og skam, noe hun ikke er forberedt på, og skaper i forlengelsen en avstand. Sykepleier blir således bærer av pasientens smerte eller pasient blir bærer av sykepleiers lidelse. Sannsynligvis vil begge kunne føre til stagnasjon både hos pasient og sykepleier (ibid). Schibbye beskriver at evnen til å våge nærhet henger sammen med hjelpers kontakt med egen sårbarhet (2009). Grunnlaget for fellesskapet ligger i at man er i stand til å søke å være nær seg selv samtidig som man er nær den andre. Om ikke risikerer hjelper å reifisere (tingliggjøre) både forhold i eget liv og i pasientens liv.

Det å kunne være nær pasienten handler om å ta del i den andres virkelighet. Funnene viser at sykepleierne beskriver den indre opplevelsen som å *tåle det som kommer*. Det handler om å innta en bestemt holdning som profesjonell, at det pasienten har å si skal aksepteres, tolereres

og bekreftes (Schibbye, 2009). Her kan det være lett å henfalle til det Schibbye presenterer som en subjekt – objekt relasjon (ibid). Det å tåle kan oppleves som en utenfra og inn betraktning. Sykepleier (subjektet) vurderer og legitimerer pasientens (objektets) opplevelse og bekrefter denne. Som om hun vet best og vet hva pasienten trenger. Akseptasjonen ligger derimot i at sykepleier signaliserer at pasientens opplevelse er den viktige uten å bedømme hvor vidt den er riktig eller ikke (Schibbye, 2009). Her beskrives små nyanser som stiller store krav til sykepleier i møte med pasienten.

PÅ EGEN USIKKER GRUNN

Dette handler om følelsenes tilstedeværelse i møtet mellom sykepleier og pasient. Av resultatene fremgår det at sykepleier henviser til seg selv og egne følelser knyttet til skam i relasjon til pasienten. De berøres av sine egne vanskelige følelser og trekker seg dermed unna i situasjonen og kan lukke øynene for pasientens fordring. I studiens funn refererer sykepleierne til tanken om hvordan de ville oppleve den dype skammen ved selv å kjenne på den. Følelsene gjør sykepleieren våken for den andres smerte;

Jeg tror det er litt viktig å kjenne på skammen for å forstå litt bedre. Jeg kjenner hvor ubehagelig det er, liten selvfølelse, selvforakt..alt dette her bærer noen med seg hele tiden. Det må være forferdelig.

Schibbye (2009) legger vekt på sykepleiers erkjennelse av eget følelsesliv for å bli i stand til å gjennomskue pasienten. Hun må være fortrolig med tilsvarende følelser i seg selv for å evne å forstå. Det handler ikke om sykepleiers egen skam, men at hun har kjennskap til skammen eller lignende følelser i seg selv. Resultatene viser at sykepleierne også snakker om fordommer og gir det et negativt fortegn. Slik Gadamer forstår fordommer handler det heller om å eie en forståelseshorisont som gjør det mulig å inntone seg på pasienten og oppnå det han kaller en horisontsammensmeltning (1975, referert i Schibbye 2009). Sykepleier vil da kunne forstå kjernen i den andres budskap og benytte den forståelsen aktivt inn i relasjon til pasienten.

Samtidig viser funnene at sykepleierne blir affektivt berørt og beveger blikket bort fra pasientens skamuttrykk. De har vanskeligheter med å se den andre fordi egne følelser blir for overveldende. Sykepleierne er åpne for pasientinntrykket, men fagligheten klarer ikke, spesielt knyttet til skammen, å struktureres på en god måte. Dette peker tilbake på sykepleiers behov for selvrefleksjon og selvavgrensning i relasjon til pasienten. Hun skal klare å være sin

egen observatør, stille seg utenfor seg selv og se inn (Schibbye, 2009). Samtidig skal hun være i stand til å skille eget og andres i møte. Sykepleier skal kunne ha det ene øyet vendt innover og det andre utover.

Det dreier seg om vår evne til å ha tanker om våre tanker, være klar over våre følelser og forestillinger, altså at vi kan ha et forhold til eller tilgang til egne prosesser i vårt eget selv. Har vi ikke den tilgangen selvrefleksivitet gir, er prosesser i vårt indre skjult eller ubevisst. Vi styres derfor av krefter vi ikke overskuer. Nettopp i en slik situasjon kan vi begå relasjonelle overgrep. (Schibbye 2009:348).

Det relasjonelle overgrepet kan gjøre seg gjeldende ved at sykepleier ubevisst eller bevisst beskytter seg selv ved å påføre pasienten mer skam. Lindstrøm (2003) snakker om spenningsfeltet mellom redsel og tilblivelse. Feigheten tar plassen til det å se mulighetene. I redselen ligger mye forsvar. Faren er at sykepleier skjuler sin skam gjennom det Nathanson beskriver som ”Angrep på den andre” (Bond, 2007). Sårbarheten og skammen kontrolleres ved at man på ulike måter utøver makt i det kroppslige og emosjonelle språket. Den nådeløse skammen kalles også ”blikkets sykdom” (Okkenhaug, 2009). Baldwin Baldwin og Ewan (2006) refererer til ”the head-back-look” som gjenspeiles i et foraktende uttrykk. Det inkluderer himling med øynene, smilet som kjennes som en knyttneve og blikket som gjør at den andre krymper seg. Det emosjonelle uttrykket kommer til synet for eksempel ved avvisning, tilbaketrekning og taushet (Bond, 2007).

Resultatene viser at sykepleierne sjelden snakker om skam med pasientene. De beskriver at skammen er så privat, og ubehaget ved den følelsen så stor, at den hindrer dem i å samtale med pasienten om det. Spørsmålet er om ikke denne tausheten er med på å stenge for åpenheten i relasjonen, slik at sykepleier viser at hun ikke er mottagelig for pasientens skam. Pasienten vil i relasjonen fornemme sykepleiers usikkerhet på samme måte som sykepleier vil fornemme pasientens. Hun tør ikke å våge seg frem i fare for å avsløre egen usikkerhet, sårbarhet og skam. Sykepleier kan, med andre ord, oppleve seg selv truet fordi hun blir personlig berørt av skamfølelsen. Da må hun åpne for sin egen uavklarte verden. Tzeng et.al. (2010) beskriver hjelpeløshet hos sykepleierne som konsekvens av å ikke mestre møte med lidelsen. I hennes undersøkelse skildrer hun at de stengte den indre døren og dermed tilgjengeligheten til sine egne følelser i møte med den skamfulle, suicidale pasienten. Som det fremkommer av resultatene synes det som om denne studiens sykepleiere også kan velge

nettopp å stenge sin indre dør der pasienten ikke får komme inn og konsekvensen blir hjelpeløshet slik en av sykepleierne beskriver; *skammen hindrer deg i å ordne opp i ting.*

Anerkjennelsen innebærer en væremåte og en holdning og er bare mulig dersom sykepleier har tilgang til sin egen subjektivitet og egne følelser og dermed har mulighet for å forstå den andres subjektive verden (Schibbye, 2009). Resultatene viser at sykepleierne erkjenner egne følelser om skam og egen sårbarhet. De har også en vilje til å lære å bruke denne i relasjon til pasienten, men de undrer seg over hvordan.

Å SE ESSENSEN, MEN UTELATE DET EKSISTENSIELLE

Et ekte møte er av eksistensiell karakter. Det er kun som mennesker at vi kan få et ekte møte med hverandre, med hele personligheten og det det innebærer på godt og vondt. Sykepleierne i studien ser essensen, det som er synlig for øyet, men utelater ofte å ta tak i det underliggende, det eksistensielle. Hvorfor? Dette drøftes under overskriftene: ”Hvem skal ta initiativet”, ”Skammen i et samfunnsperspektiv” og ”Livet leves forlengs, men det må forstås baklengs” (Kirkegaard 1978, referert i Schibbye 2009).

HVEM SKAL TA INITIATIVET?

Et sentralt funn er at sykepleierne ikke vil være for direkte og stille for konkrete spørsmål i forhold til pasientens skam. De ønsker at pasienten selv skal ordlegge det fordi de er redd for å påføre skamfølelse og de ser tiden som et knapphetsgode som begrenser utvikling av den gode relasjonen. Samtidig ser de at pasienten behøver en samtalepartner og føler både ansvar og samvittighet for å hjelpe med det som er vanskelig. Er det sånn at systemet svikter så fundamentalt at man ikke får anledning til å gå inn i det eksistensielle, eller er sykepleiere ikke vant til å ta tak i det som berører bak diagnosen? Jeg spør meg selv: Hvor skal ansvaret plasseres – hos pasient eller hos sykepleier?

Lindstrøm (2003) setter krav til at sykepleier skal bruke sine personlige egenskaper på alle nivå av sykepleien. Hun hevder at sykepleier må løslate seg fra den dogmatikk som innskrenker handlingsfriheten. Faren er at sykepleier gjemmer seg bak teoretiske tankestrukturer som hindrer kunstnerisk utfoldelse (ibid). Teori kan representere et forsvar mot usikkerhet og utrygghet hos sykepleier. Resultatene viser at sykepleierne tenderer til å bruke velkjente sykepleiedogmer som forklaring på hvorfor man utelater det eksistensielle i relasjon til den andre. De har klare tanker om alt som bør være på plass før man nærmer seg pasientens eksistensielle behov. Sykepleierne sender imidlertid tidlig om der er noe underliggende, noe pasienten ikke sier. Får man tid, eller tar man seg tid til å finne ut *hva som er det egentlige problemet?* Schibbye (2009) påpeker betydningen av å lytte til pasienten. Å lytte er ikke det samme som å høre etter. Når man lytter hører man bak ordene. Det er en komplisert prosess som krever at ens eget legges til siden og at man er helt til stede for pasienten. Man skal la seg bevege, og samtidig skal man kunne kjenne etter hva pasientens opplevelser gjør med egen indre opplevelse. Sykepleier skal kunne lytte både innover og utover (ibid).

Som resultatene viser beskriver sykepleierne situasjoner der de oppfatter at uttrykket pasienten formidler, både fysisk og emosjonelt, kan handle om skam. Men, de vet ikke og de spør heller ikke pasienten. Kunnskap og evne til å gjenkjenne og identifisere skammens masker blir essensielt i møtet. Man må vite hvilke skjulesteder skamfølelsen kan ha. Forskning konkluderer imidlertid med at det å avdekke skamfølelsen medfører store utfordringer, nettopp fordi den bærer masker (Rahm, Benck & Ringsberg, 2006). Flere forskningsartikler henviser til Nathansons skamkompass for å forklare skammens mange asyler (sitert i Bond 2007, Rahm, Benck & Ringsberg 2006, Baldwin, Baldwin og Ewan 2006, Wikander, Samuelsson & Åsberg 2003, Fredriksson & Lindstrøm 2002, Skårderud 2001, Zupancic & Kreidler 1998). For å kunne ta tak i det eksistensielle som skammen representerer må sykepleier lære å se etter disse uttrykkene. Man kan regne med at fordi skam holdes så skjult vil pasienten selv neppe gi tydelig beskjed om at han/hun faktisk skammer seg. Helsepersonell lærer at man alltid skal spør etter suicidalitet, men uten å frykte at man da oppmuntrer pasienten til å faktisk begå selvmord. Fra dette perspektivet synes det paradoksalt at man ikke skal kunne spør etter skam.

Sykepleier står allerede i et maktforhold til pasienten og avstanden kan muligens øke i en relasjon der skammen har fått et ansikt. Funnene viser at sykepleierne fremtrer vare i forhold til maktbalansen:

Så er jeg veldig opptatt av dette med likeverd, at jeg klarer å formidle den følelsen. At de blir møtt som mennesker på lik linje som med sånn som jeg er som menneske... ja, pasienten er ikke likestilt, men likeverdig.

Som mennesker er sykepleier og pasient likeverdige, men sykepleier er terapeut og hjelper. Pasienten trenger hjelp og er på denne måten avhengig. Selv om det viser seg at sykepleier mangler kunnskap om fenomenet og følelsen skam, blir hun allikevel i besittelse av makt fordi hun har noe pasienten mangler i situasjonen. Spørsmålet er om makten brukes ansvarlig når sykepleier unnlater å ta initiativ, eller om hun da overser sitt ansvar? Lindstrøm (2003) vektlegger sykepleiers villighet til å ta sjanser og til å anstrenge seg for å imøtekomme pasientens behov, selv om hun finner det vanskelig. Dette avhenger av at sykepleier har en tydelig verdihorisont å forholde seg til. En modig sykepleier tillater ikke passiv taushet fordi det vil si å forråde pasienten. Det handler om autensiteten i møtet. Ved å imøtekomme pasientens eksistensielle situasjon kan det bli mulig å oppdage hva som kan endres og ikke i

en terapeutisk relasjon. Eksistensen virkeliggjøres når man har kontakt med seg selv og kan derfor gi viktig informasjon (Schibbye, 2009).

Lewis' (1971) anskueliggjør at skam er en høyst aktuell følelse hos pasienter og forskning viser at skammen ofte er representert i sammenheng med psykisk sykdom (Samuelsson et al. 2000, Wikander, Samuelsson & Åsberg 2003, Granerud & Severinsson 2006, Holm, Berg & Severinsson 2009). Spørsmålet om å konfrontere eller ikke konfrontere pasienten med sin skam burde derfor ofte vurderes. Det er allikevel ikke alltid sikkert forløsningen ligger i å åpne for pasientens skam. Fordi skammen er så livsinngripende at Kaufmann presenterer den som en sykdom på sjelen, utfordrer det alene til varsomhet (1996 referert i Mcfall & Johnson, 2006). Å balansere på den fine linjen, mellom hva man skal la ligge og hva man kan introdusere, er en kunstutøvelse. Man skal være fortrolig med hva pasienten tåler å bli konfrontert med. Sykepleiers makt og ansvar kan også benyttes til å ikke intonere en eventuell skam. Funnene viser at sykepleierne frykter å krenke pasienten ved å nærme seg deres eventuelle skamfølelse, samtidig er de sårbare overfor egen berørthet. Her kommer dialektikken i relasjonen frem. Sykepleier og pasient påvirker hverandre i en gjensidig relasjon (Schibbye, 2009). Den enes selvutlevering er den andres makt. I selvutleveringen viser man seg sårbar og knytter bånd av avhengighet til den andre. Båndet er skjørt fordi man risikerer å ikke bli møtt av den man er avhengig av (Henriksen & Vetlesen, 1997). Sykepleierne i denne studien vet ikke riktig hvordan de skal tilnærme seg skammen. Det handler om utfordringer både på det praktiske og det emosjonelle plan. De har vanskeligheter med å finne de riktige ordene. Å bruke floskler som *det er da ikke noe å skamme seg over* eller omgå det eksistensielle med lettsindighet vil kunne oppleves krenkende for pasienten.

Skamfølelsen kan potensere en eventuell eksisterende følelse av mindreverdighet. Å sette fokus på skam hos pasienten kan virke som et forstørrelsesglass på følelsen og forsterke symptomene. Pasienten kan kjenne på en skamfølelse ved å bli avslørt og så øker skamfølelsen i stedet for det motsatte. Det er heller ikke sikkert at man kommer videre i samtalen ved å peke på skammen, fordi den er språkløs og mange mangler erkjennelse av hva det egentlig er. Der ligger en mulighet til å bruke andre ord og nærme seg på en annen måte enn å konfrontere direkte. Noen ganger kan det kanskje være vel så viktig å bare høre det som blir fortalt og ikke lytte til det bakenforliggende man synes å ane bak ordene (Okkenhaug, 2009).

Mye kan tyde på at det er viktig at sykepleierne ikke ”buser ut” med spørsmål. Men, de bør ta initiativ til å undersøke det underliggende fordi man ikke kan forvente at pasienten skal gi uttrykk for sin skam med klare ord. *Det handler om å oppøve en forsiktighet og en ydmykhet overfor det man tror man ser, og til å respektere at det ikke er alt vi får eller skal vite* (Okkenhaug, 2009:138).

Av resultatene fremgår det at sykepleierne er preget av en dobbelthet i forhold til at de på den ene siden ikke tør å ta initiativ i frykt for å krenke, samtidig som de har dårlig samvittighet for at de ikke involverer seg sterkere i pasientens eksistensielle behov og derav skammen.

SKAMMEN I ET SAMFUNNSPERSPEKTIV

Innledningsvis spør jeg om man ikke lenger benytter begrepet skam i vårt samfunn. Har begrepet fått ny mening? Skåderud taler om en transportert skam, fra en kollektiv norm til en individuell norm (2001). Det kan altså synes som om innholdet i begrepet er substansielt endret. Ifølge Kaufmann (1996, sitert i Mcfall & Johnson 2006) har man ikke utviklet et granskende språk om den indre erfaring og det indre selvet. Man har manglet et språk om skam. Resultatene i denne studien bekrefter dette ettersom sykepleierne finner begrepet skam *gammeldags* og søker etter andre ord som kan erstatte det.

Gjennom funnene beskriver sykepleierne hvordan for eksempel skilsmisse, homoseksualitet og barn utenfor ekteskapet mer før enn nå var forbundet med skam. Videre formulerer de hvordan man i dag kanskje finner den moderne skammen i manglende mestring, fedme, hjelpsløshet, sårbarhet og ensomhet. Med andre ord, det er ikke først og fremst frykten for straff man lider under, men frykten for å bli forlatt, ikke bli sett eller ikke strekke til (Aalen Leenderts, 2005). Kulturen vår formidler dessuten historier om at vi kan bli hva som helst og gjøre hva som helst bare viljen er til stede. I en slik virkelighet vil mange mennesker oppleve å ikke strekke til. Hva gjør denne kunnskapen med sykepleierne i relasjon til pasienten? Hva skal sykepleier gjøre når hun blir konfrontert med den overvektige, den ensomme og hjelpeløse pasienten? Sett i lys av funnene under 7.3.1 vet vi at sykepleierne erkjenner egen skamfølelse, men har vanskeligheter for å snakke om det i møte med den andre, ofte fordi de frykter å avsløre egen skam og sårbarhet. Studiens resultat viser også at sykepleierne trenger å mestre, de ønsker å hjelpe slik denne informantene bekrefter:

Jeg tror det å være profesjonell i jobben sin det har noe å si altså, det viser at her kommer en pasient som ber om hjelp og du signaliserer at ja, du har et problem og vi er her for å hjelpe deg til å gjøre noe med det.

Sykepleierne stiller høye krav til seg selv. De forholder seg undrende til hvordan hjelpen kan gis på best mulig måte. Samtidig ligger også en del av deres egen skam i å ikke mestre. Så lenge de ikke mestrer å samtale om skammen, vil de kanskje også utelate det. Resultatene viser at sykepleierne trenger fagkunnskap om skam, noe de også erkjenner selv. Tzeng et al. (2010) bekrefter i sin artikkel at sykepleiere trenger å motiveres både til økt selvrefleksjon og selvbevissthet, samt å bli klar over normene, kulturen og tradisjonens betydning for relasjonen til pasienten. Det kan synes som om det tradisjonelle skambegrepet appellerte mer til dialog mellom mennesker enn det nye, som er mer individualisert og følgelig bærer preg av indre dialog (Skårderud 2001, Kaufmann 1996). Kanskje kan klinisk tilstedeværelse av andre sykepleiere i terapisisituasjon og rollespill som utfordrer nettopp relasjonen til den skamfulle pasienten, bidra til å gjøre det lettere å ta tak i det eksistensielle som skammen representerer (Tzeng et al. 2010).

Mestring handler om selvrealisering, selvstendighet og kontroll. Selvkontroll kan gjenspeiles i kroppsidealet. Det å ha en stram, slank kropp forbindes gjerne med selvkontroll mens den overvektige kroppen risikerer skammen (Skårderud, 2001). Når sykepleierne i studien refererer til for eks overvekt som skamfullt får jeg inntrykk av at det ikke bare er et generelt synspunkt i samfunnet de presenterer, men også deres egne holdninger.

Jeg blir påvirket selv om jeg ikke ønsker det eller tror det selv. Man tar holdningene samfunnet har til alle mennesker inn og det skjer kanskje umerkelig. Bevisst eller ubevisst.

Holdningene gjør det kanskje også vanskeligere å ha barmhjertighet med pasientens skam, fordi sykepleier faktisk mener pasienten har noe å skamme seg over. Konsekvensen kan bli en form for brutal ærlighet i møte med pasienten eller total unngåelse av tema. Faren er at man utvikler en subjekt – objekt relasjon om man ikke er bevisst sitt egentlige syn (Schibbye, 2009). Sykepleier forsøker å disiplinere pasienten inn i sosialt akseptable normer og legger ytre forventninger til grunn for utvikling. Hjelperen blir den som vet best og identifiserer problemet, og pasienten en passiv mottager. Et subjektsyn vil derimot lede til forståelse av opplevelsen ikke til definisjonen av problemet (ibid). Ved deling av følelser i situasjonen blir smerten også lettere å bære og kan siden føre til innsikt (Schibbye, 2009).

Lindstrøm (2003) hevder at fagkunnskap alene ikke er nok til å gi hjelp på forsvarlig måte. Holdninger, verdier og etiske overveielser bidrar i stor grad inn i relasjonen og til å avgjøre behandlingsforløpet. Sykepleiers kjerne må ifølge Lindstrøm (2003) representere det

ontologiske kunnskapsnivået. Kjærlighet, ansvar og barmhjertighet skal gjennomsyre sykepleiers yrkesvirksomhet.

I spenningsfeltet mellom individualitet og fellesskap, grenser og grenseløshet, kommer sunn skam inn som etisk beredskap i forhold til den utfordring det er å høre til et samfunn. Den gir oss mulighet til å reagere på, kritisere og vurdere normer og regler. Normer og regler gir grenser og rammer, og brudd på disse kan føre til skamfølelse. Samtidig er disse pålagt oss og kan sette urimelige grenser rundt våre liv, noe som gjør at man føler seg tvunget til å trosse skamfølelsen. Kaufmann vektlegger skammens viktighet først og fremst fordi den knyttes til vår samvittighet (1996, sitert i Mcfall & Johnson, 2006). Han sier videre at samvittigheten vil feile grunnet for mye eller for lite skamfølelse (ibid). Informantene i studien henviser til en opplevelse av at man nærmer seg et grenseløst samfunn. Ønsker man noe av den "kollektive" skammen tilbake fordi den også kan være til beskyttelse for mennesket? Av resultatene fremgår det at sykepleierne tilkjenner at de tror mange pasienter er avhengige av tydelige grenser og rammer som kan hjelpe til økt opplevelse av forutsigbarhet og rettlede i forhold til spørsmål om rett og galt. Skammen kan beskytte private grenser og sosiale bånd og opplevelsen av egenverd og selvfølelse (ibid). Samtidig opplever sykepleierne at tradisjonelle normer og regler fortsatt styrer i stor grad. Man ønsker og tror at synet på psykiatriske pasienter ikke lenger representerer en skam, men får stadig motbevist dette i relasjon til pasientene. Skilsmisse og homofili er ikke en skam i teorien, men kan fortsatt oppleves som det i praksis. Alenemødre erfarer ofte skammen i å ikke strekke til, uansett hvor mye fellesskapet bifaller situasjonen. Samfunnet forsøker å beskytte sine borgere ved å akseptere, tolerere og bekrefte, men kan kanskje ikke redde mennesker fra sin egen subjektive opplevelse av skam og samvittighet.

Samfunnet representerer det essensielle og objektive ved skammen, mens det eksistensielle kommer til uttrykk gjennom både sykepleier og pasients subjektive holdninger og erfaringer. Sykepleieren kommer på den måten fort i en konflikt om ikke hun hele tiden er bevisst egne verdier og holdninger i relasjonen, og lar pasientens opplevelser bli talende i stedet for samfunnets. Med andre ord: sykepleier må ha det ene øyet vendt innover, det andre utover for å både se det essensielle og samtidig ikke utelate det eksistensielle.

Kirkegaard beskriver det godt når han sier at livet leves forlengs, men må forstås baklengs (1978, referert i Schibbye 2009). For å forstå hvorfor sykepleier kan finne det problematisk å ta tak i det eksistensielle kan det også være interessant å se på hvilken diskurs som tradisjonelt har rådet innen helsefag. Jeg vil spesielt trekke frem to forhold, nemlig det naturvitenskapelige versus det humanistiske synet. Et humanistisk-eksistensielt menneskesyn samt et holistisk perspektiv, er i tråd med sykepleieres verdigrunnlag (Lindstrøm, 2003). Dette perspektivet innebærer at pasienten blir møtt og sett som likeverdige mennesker med de muligheter og begrensninger som måtte være til stede. En psykiatrisk avdeling som forfekter det holistiske perspektiv ville mest sannsynlig og i større grad tatt tak i eksistensielle følelser.

Basert på resultatene er sykepleiernes erfaringer at de fleste avdelinger er påvirket av et medisinsk menneskesyn som har sin vitenskapsteoretiske base i positivismen. Den psykiske lidelsen vil her måles, registreres og vurderes ut fra personens uttrykte symptom. Atferd som vurderes som avvikende vil fremstå som symptom på sykdom (Lindstrøm, 2003). Empiriske studier viser imidlertid at skam kan fremkalle symptom lignende de man finner i borderline personlighetsforstyrrelse, tvang, angst, paranoia og depresjon (Crowe 2004, Tangney & Dearing 2002). Åpenhet for valg av perspektiv vil kunne ha store implikasjoner på det kliniske arbeidet.

Sykepleierne i denne studien erfarer en dualitet i sin profesjon, mellom ideal og virkelighet. Funnene viser at de av ulike grunner opplever seg selv begrenset i møte med pasientens skam. Virkeligheten påvirker sykepleierens evne til å se, forstå og handle; *medikamentene blir ofte en symptomlindring på noe som har ligget der i 20 år..og da legger vi jo enda mer lokk på det.* Avdelingens kultur og underliggende verdier kan ha betydning for om sykepleier føler seg fri til å imøtekomme eksistensielle behov. Det er gjerne lettere å utelate det eksistensielle på en avdeling der fokus er rettet mot sykdommen, ikke på mennesket bak. For å hjelpe til endring på dette området synes det riktig å støtte Tzeng et.al. (2010) som foreslår at sykepleiere bør forstå hvordan norm, kultur og tradisjon påvirker verdier og holdninger i møte med pasienten. Samt Crowe (2004) som påpeker betydningen av å kunne plassere skam i en sosiokulturell sammenheng.

OPPLEVD YRKESVERDI, MEN PROFESJONSSKAM

For å utøve god sykepleie og finne mot til å gripe fatt i det som er vanskelig, kreves også at relasjonene mellom sykepleierne og de ulike yrkesgruppene bærer preg av anerkjennelse og kjærlighet. Det kan virke som om informantene i denne studien står i en profesjonskamp i møte med andre yrkesgrupper, og i en kollisjon mellom hvem de ønsker å være og hvem de blir i møte med avdelingskulturen. Dette diskuteres under overskriften ”Enten står du oppreist av egen kraft, eller så lar du deg holde oppe”.

ENTEN STÅR DU OPPREIST AV EGEN KRAFT, ELLER SÅ LAR DU DEG HOLDE OPPE

Innenfor rammene av psykisk helsearbeid viser resultatene at det er vanskelig for flere sykepleiere i denne studien å finne sin plass. Der er mange behandlergrupper og heller et hierarkisk system enn en flat struktur. Andre profesjoner, spesielt legeyrket, har stor makt og som påpekt i forrige avsnitt står den medisinske tradisjonen sterkt i mange avdelinger. Studiens funn viser at det å våge å komme med innspill og meninger om behandling kan være en utfordring, og sykepleierne forteller om en følelse av mindreverdighet i kraft av sykepleieryrket. Oppstår denne følelsen i samspill med andre yrkesgrupper når man begynner sitt arbeid på en psykiatrisk avdeling? I så fall hvorfor? Og hvordan kan det hindre sykepleier i å ta opp eksistensielle tema som skam?

Bare et par sitater i studien sier noe om stoltheten, ansvaret og tryggheten sykepleiere har i kraft av sin profesjon. Resultatene generelt viser at sykepleierne har negative opplevelser og følelsen av å være *annenrangs* i forhold til andre yrkesgrupper, som formidler en ikke-*anerkjennende holdning til sykepleierne; kan du det, du som bare er sykepleier. Eller; så flott at du gjør en så flott jobb, enda du bare er sykepleier.* En slik holdning bærer i seg en implisitt krenkelse. Felles for disse uttalelsene er at de risikerer å medvirke til å ødelegge samhandlingen. De bidrar til at man blir stående utenfor gode dialoger og kan påføre eller bli en bekreftelse av profesjonsskam. Fordi naturvitenskapen ofte velger bort å se på symptomer som annet enn sykdom, og fordi denne fagtradisjonen står så sterkt, kan det være utfordrende for sykepleier å assosiere symptomer med andre naturlige eller eksistensielle følelser. Skam er en forstyrrende følelse i forhold til selvet. Fordi skamfølelse står så sentralt når det kommer til identitet, samvittighet og uverdighet, er denne følelsen en kilde til lav selvtillit, usikkerhet og selvutslettelse (Kaufmann 1996 referert i Mcfall & Johnson, 2006). Skammen er en skam over seg selv overfor den andre, de to strukturene er uatskillelige (Skårderud, 2001). Skammens vesen er knyttet til selviakttakelsen, å se seg selv med andres blikk. Av frykt for å bli underkjent eller hånliggjort, kan det kanskje virke som et tryggere valg å unnlate å ta opp

synspunkter som ikke fremmer det naturvitenskapelige. Schibbye (2009) presenterer helst sin teori med tanke på relasjonen mellom hjelper og pasient. Jeg velger imidlertid å tro at hennes formuleringer om hva som er viktig i en relasjon også like gjerne kan gjelde for eksempel forhold mellom kollegaer. Kjærlighet er et lite anvendt begrep i de fleste forhold utenfor nære familiære relasjoner. Innenfor profesjonelle forhold kan den kjærlige holdning medvirke til selvstendighet og frihet (Schibbye, 2009). Ved anerkjennende tilbakemelding og en ikke-dømmende, ikke-formanende holdning kan man bygge den andre opp i terapeutiske som kollegiale forbindelser (ibid).

Det er en sykepleiers ansvar å si noe om egne vurderinger i forhold til pasientene. Dette påpeker flere av informantene i studien. Dersom man unnlater å presentere og begrunne egne synspunkter er man med på å undergrave seg selv. Den skamfulle nøler gjerne. Han eller hun har ikke tillit til sine egne ord. Det stotres. Ordene presenteres med forbehold og reservasjoner (Skårderud, 2001). En sykepleier oppfattes som modig når hun våger å gripe inn og uttale seg i ulike sammenhenger for å påvirke beslutninger som er gunstig for pasienten. Hun har et internalisert verdigrunnlag som ikke tillater passiv taushet fordi det ville si å forråde seg selv, egen vitenskap og pasienten (Lindstrøm, 2003). Om man avstår fra å uttale seg eller handle i samsvar med eget verdigrunnlag tar man et skritt bort fra seg selv. Her tales det om en autentisk eller ikke – autentisk tilværelse som sykepleier (ibid). Skammen kan komme til uttrykk gjennom handlingslammelsen. Sykepleieren våger ikke, eller tenker at det er likevel ingen vits. Hun blir passiv: *man blir handlingslammet av å ha skam. Og det har jeg tenkt for lite på før(...). Ja..hmm...hvordan det kan sette folk ut av spill rett og slett.* Schibbye (2009) skriver om den uopprinnelige handling som en handling som utgår fra slik man konvensjonelt eller ytre sett burde handle, ikke slik man fra sitt innerste mener er riktig. Det å overlate ansvaret til andre yrkesgrupper kan bli en hvilepute og en unnskyldning for å havne i en slags komfortsone: *Så stiller man seg litt..ja..litt bakpå og visker seg selv litt ut. For der er det trygt å være(...).* Slik det fremkommer av resultatene ønsker sykepleierne å handle og ta ansvar for sine vurderinger og meninger om behandling. De undrer seg over sin egen følelse av underdanighet. Egne vanskelige følelser og opplevelsen av andre yrkesgruppers underkjenning gjør imidlertid til at det blir vanskelig å ta mot til seg på for eksempel faglige møter.

Resultatene viser at flere sykepleiere er usikre på egen rolle. De omtaler seg selv som en *potet*, en altnuligmann som skal kunne gjøre alt fra vasking til samtalebehandling. Lindstrøm

(2003) påpeker også at psykiatrisk sykepleiers rolle kunne blitt gjort tydeligere. Rammene rundt profesjonen synes uklare. Dette antydes også i forhold til den nye tverrfaglige utdanningen i ”psykisk helsearbeid” som inkluderer flere profesjoner og dermed blir en studie i ”litt om alt” innen psykiatri. En av sykepleierne, den eldste i fokusgruppen, uttrykker imidlertid at hun ikke kjenner seg igjen i forhold til noen av overnevnte punkt. Hun fikk en god start på sitt yrkesliv med rammer, ansvar og stolthet som stemte overens med hennes opplevelse av profesjonsverdighet. Resultatene viser at sykepleierne, bortsett fra denne ene, ikke alltid anerkjenner egen rolle i relasjon til andre yrkesgrupper. Kanskje spesielt de som jobber på døgnavdeling, der pasientens ansikt blir nært hele tiden. Disse sykepleierne har ikke eget kontor til å lukke døren og finne ro og refleksjonstid alene. De jobber på alle døgnets tider og ukens dager og har oppgaver fra sengetøyskift og oppvask til samtaler og medisiner. Det hjelper heller ikke på den eventuelle profesjonsskammen at helsepersonell, når de er innlagt, ikke tar på alvor sykepleiernes kompetanse og kaller en sykepleiersamtale for *snakk*, mens den egentlige behandlingen foregår hos lege eller psykolog.

Mot er å våge å dele. Da er det av betydning å ha en forståelse av at mot ikke er en gitt størrelse, men nettopp noe som blir utviklet i det dialektiske samværet. Om man blir tryggere på hverandre, kan man bli mer modig (Schibbye, 2009). Det synes som om man mellom de ulike yrkesgruppene har behov for å utvikle den profesjonelle relasjonen som en arena for å skape mer mot til å vise frem mer av seg selv. For sykepleieren handler det kanskje om å erkjenne sin egen yrkesverdi og dermed finne motet til å holde seg oppe av egen kraft og å være trygg i egen profesjon, uten å være avhengig av andre yrkesgruppers bekreftelse.

8 KLINISK RELEVANS OG AVSLUTNING

I forkant av undersøkelsen var jeg usikker på hvordan psykiatriske sykepleiere erfarer møtet med pasienter som føler skam, og om denne følelsen i det hele tatt blir tatt hensyn til i behandling av pasientene. Resultatene gjenspeiler hvor utfordrende det er å stå i relasjon til pasienter der skam er en aktuell følelse, og har hjulpet meg til økt forståelse for hvorfor sykepleiere ofte unnlater å åpne for skamfølelsen. Sykepleierens sårbarhet, manglende bevissthet og kunnskap samt profesjonsskam peker seg ut som hovedgrunner til unngåelse av temaet. Dette er viktig informasjon fordi sykepleierens praktiske erfaringer kan bidra til å gi innhold og retning i forhold til å bygge opp kunnskap på dette området. Erfaringene formidler dessuten innsikt i hvordan man på en bedre måte kan motivere til økt selvbevissthet og gi konkrete råd til sykepleiere i klinikken om skam, og hvordan man kan tilnærme seg skamfølelse i relasjon til pasienter.

Samtidig som studien har gitt fornyet innsikt i sykepleierens virkelighet, har den også skapt rom for nye undringer. Jeg skulle spesielt ønske det ble forsket videre på hvordan pasienter opplever at de blir møtt på skam og eksistensiell smerte, og hva det har å si for deres lidelse om denne delen ved å være menneske blir forsømt eller utelatt i den terapeutiske relasjonen.

Enhver relasjon er unik og bærer uendelige muligheter i seg. Våre verdier, holdninger og fagkunnskaper som helsearbeidere vil nødvendigvis påvirke denne. Selvrefleksjon og erkjennelse, både om egen sårbarhet, det som berører det eksistensielle og vårt yrke er utfordrende, men påkrevet også fordi vi bekjenner oss til et fenomenologisk-hermeneutisk ståsted. Skammen er ensomhet, men alltid og uunngåelig et forhold. Man kan si at skamfølelsen ofte ligger i dvale, men våkner i relasjonen. Nettopp derfor er det av betydning for helsepersonell å ha kunnskap om skamfølelsen, være bevisst dens eksistens og uttrykk og ha mot og forstand til å nærme seg temaet i relasjon til pasienter.

Vi streber etter det autentiske møtet, å klare å se hele mennesket, og derav skammen. Merleau Ponty, har sagt det godt ”ha det ene øyet vendt innover, det andre utover”, og jeg vil tilføye ” i enhver relasjon”.

REFERANSELISTE

Aalen Leenderts, T. (2005). *Når glassflatene brister. Om brytningen mellom livet og troen.* Oslo: Verbum forlag.

Bae, B. & Waastad, J.E. (1997). *Erkjennelse og anerkjennelse – en introduksjon.* I: Bae, B. & Waastad, J.E. (red.) *Erkjennelse og anerkjennelse – perspektiv på relasjoner.* (3. opplag) Oslo: Universitetsforlaget.

Baldwin, K.M., Baldwin J.R. & Ewald, T. (2006). The Relationship among Shame, Guilt, and Self-Efficacy. *American Journal of Psychotherapy.* Vol. 60, Iss. 1, pp. 1-21.

Bond, M. E. (2007). Exposing Shame and Its Effect on Clinical Nursing Education. *Journal of Nursing Education* Vol. 48, No. 3, 132-140.

Crowe, M. (2004). Never good enough – part 1: shame or borderline personality
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 327–334.

Crowe, M. (2004). Never good enough – part 2: clinical implications.
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 335–340.

Egidius, H. (1994). *Psykologilexikon.* Stockholm: Natur och Kultur.

Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society.* New York: Norton

Fog, J. (1994). *Med samtalen som utgangspunkt.* København: Akademisk forlag.

Fredriksson, L. & Lindstrøm, U. Å. (2002). Caring conversations – psychiatric patients' narratives about suffering, I *Journal of Advanced Nursing,* 40, 396-404.

Friis, S., & P. Vaglum (1999). *Fra idè til prosjekt – en innføring i klinisk forskning.* 2. utgave. Oslo: Tano Achehoug A/S.

Gadamer, H.G. (1975). *Truth and method.* London: Sheed & Ward.

Gilbert, Paul & Miles, Jeremy (red.) (2002). *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment*. East Sussex: Brunner-Routledge.

Granerud A. & Severinsson E. (2005). The struggle for social integration in the community – the experiences of people with mental health problems. I *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 288-293.

Henriksen, J.O. & Vetlesen, A.J. (1997). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S

Holm A.-L., Berg A. & Severinsson E. (2009). Longing for reconciliation: A Challenge for Women with Borderline Personality Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 560-568.

Hummelvoll J. K. (2008). The multistage focus group interview. A relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10: 1, 3-14.

Hummelvoll J. K. og Barbosa Da Silva (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleierens profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden* Vol.16 No. 2, 25-32.

Kaufman, G. (1996). *The Psychology of Shame. Theory and Treatment of Shame-Based Syndromes* (2.utgave) New York: Springer.

Kirkegaard, S. (1978). *Kjerlighedens gjerninger*. Samlede Verker. Bind 12. København: Gyldendal.

Krueger, A. & Casey, M.A. (2009). *Focus groups. A practical guide for applied research*. 4.utgave. SAGE Publications, Inc.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. Utgave). Gyldendal norsk forlag AS, Oslo.

Lewis, H. B. (1971). *Shame and Guilt in Neurosis*. New York: International Universities Press.

Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: Free press.

- Lindstrøm, U. Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie. Teorier, verdier og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malterud, Kristi (2003). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienten ser det. *Vård i Norden* 1(26), s. 15-19.
- Mcfall, L. & Johnson V.A. (2006). Shame: Concept analysis. *The Journal of Theory Construction & Testing*. Volume 13, Number 2.
- Nathanson, D.L. (1992). *Shame and pride. Affect, Sex and the Birth of the Self*. New York.
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (2010). *Om personvern*. Lokalisert 18. oktober 2010 på <http://www.nsd.uib.no/nsd/omnsd.html>
- Okkenhaug, B. (2009). *Når jeg skjuler mitt ansikt – perspektiver på skam*. Oslo: Verbum Forlag.
- Rahm, G.B., Benck, B. & Ringsberg, K.C. (2006). “Disgust, disgust beyond description” – shame cues to detect shame in disguise, in interviews with women who were sexually abused during childhood, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, pp. 100-109.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Samuelsson, M., Wikander, M., Åsberg, M., & Saveman, B.-I. (2000). Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient, I *Journal of Advanced Nursing* 32(3), 635-643.
- Sandemose, A. (1946). *Det svundne er en drøm*. Oslo: Aschehoug.
- Sartre, J.-P.(1957). *Being and nothingness*. London: Methuen
- Scheff, T.J. (2001). Shame and community: Social Components in Depression, *Psychiatry* 64 (3), s 212-224.
- Skau, G.M. (2002). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse som utfordring*. (2. utgave). Oslo: Cappelen forlag A/S.
- Schibbye, A.L. Løvlie (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skårderud, F. (2001). Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet, *Tidsskrift for norsk lægeforening* 13, 121.

Skårderud, F. (2001). *Tapte ansikter. Introduksjon til skampsykologi I. Beskrivelser*. I: T Wyller (red). Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne. Bergen: Fagbokforlaget.

Skårderud, F. (2001). *Det tragiske mennesket. Introduksjon til skampsykologi II. Teori*. I: T Wyller (red). Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne. Bergen: Fagbokforlaget.

Stone, A. M. (1992). The role of shame in post – traumatic stress disorder. *American Journal of Orthopsychiat* 62, 131-136

Tangney, J.P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. I J.P Tangney & K.W. Fisher (red.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt embarrassment, and pride*. New York: Guilford.

Tangney, J. & Dearing R. (2002). *Shame and Guilt*. Guilford Press, New York, NY.

Thornquist, E. (2008). *Vitenskapsteori og vitenskapsfilosofi for helsefag* (3. utgave). Fagbokforlaget Vigemostad & Bjørke AS, Bergen.

Tzeng, W-C., Yang, C-I., Tzeng, N-S., Ma, H-S., Chen, L. (2010). The inner door: toward an understanding of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1396-1404.

Wikander, M., Samuelsson, M. & Åsberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt, *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci* 17, 293-300.

Zupancic, M. K. & Kreidler, M.C. (1998). Shame and the Fear of Feeling. *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol. 34, No 3.

Illustrasjon: s. 1: Bjørg Torhallsdottir



Forespørsel til psykiatriske sykepleiere/sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid om deltakelse i Fokusgruppeintervju i forbindelse med masteroppgave

Bakgrunn

Jeg er masterstudent i psykisk helse v/høgskolen i Vestfold og Hedemark og er i gang med avsluttende masteroppgave. Oppgavens tema handler om pasientenes skamfølelse og hvordan vi som psykiatriske sykepleiere gjenkjenner skam hos mennesker med psykiske lidelser.

Hensikten med prosjektet er å komme nærmere et svar på hvordan man som psykiatriske sykepleiere setter ord på eller forstår og gjenkjenner skam når skamfølelse er en viktig side ved pasientens følelsesliv.

Intervju

Jeg planlegger å gjennomføre tre fokusgruppeintervju med åtte psykiatriske sykepleiere/sykepleiere med videreutd. i psykisk helsearbeid. Om mulig fire sykepleiere fra din avdeling og fire sykepleiere fra et annet DPS. Hvert intervju vil ta ca. en - halvannen time og vil være i form av samtaler. Jeg ønsker å høre om dine erfaringer og dine refleksjoner rundt temaet. Det vil gå rundt 14 dager mellom hver intervjurunde. Sted; Solli DPS. Tid for samtalene bestemmer vi sammen.

Dersom du samtykker til det, vil intervjuet bli tatt opp på lydbånd. Intervjuene vil bli foretatt av meg, masterstudent Marte Bygstad-Landro og en forskningsassistent som er knyttet til prosjektet.

Du bestemmer selv

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du velger å ikke delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Du kan når som helst avbryte deltakelsen i undersøkelsen og forlange at dataene som eventuelt allerede er innhentet blir slettet. Dette vil selvfølgelig ikke få noen konsekvenser for deg. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke.

Økonomisk vederlag

Min arbeidsgiver, Solli DPS, vil gi timebetaling for den tiden du bruker sammen med meg.

Slik ivaretas ditt personvern

Det vil bli sikret full konfidensialitet for de som deltar i prosjektet. Det vil, i den ferdige oppgaven og annen formidling fra studien, ikke bli referert navn eller andre data som kan bli gjenkjent av andre. De innsamlede dataene og lydbåndopptakene vil bli oppbevart nedlåst i arkivskap på Soli DPS. Lydbåndopptakene brennes på en CD som lagres nedlåst slik at det bare er forskere tilknyttet prosjektet som har tilgang til dem. Lydbånd blir slettet og intervjuutskrifter anonymisert senest når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2010. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er lagret om deg og til å få eventuelle feil rettet opp. Hvis du senere trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet alle opplysninger som kan føres tilbake til deg.

Formidling

De innsamlede dataene vil danne grunnlaget for en masteravhandling og muligvis faglig/vitenskapelige artikler. Resultatet fra studien vil også kunne danne grunnlag for ulike undervisningsopplegg. Innsamlede opplysninger vil kun bli brukt til formålet som er beskrevet i dette informasjonskrivet. All skriftlig og muntlig formidling vil skje anonymisert.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Mer informasjon

Ønsker du ytterligere informasjon om deltakelse i prosjektet kan du kontakte meg på tlf. 90511029, eller per mail: marte_bygstad@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder, førsteamanuensis Erna Lassenius på tlf: 33037516 eller mail: erna.lassenius@hive.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Vennlig hilsen

Marte Bygstad-Landro

Fosswinchelsgate 55,

5008 Bergen

SAMTYKKE TIL DELTAGELSE I FOKUSGRUPPEINTERVJU

Jeg, _____ (navn med blokkbokstaver), bekrefter at jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien, og er villig til å delta i fokusgruppe intervju.

Signatur _____ Dato _____

(sign. sykepleier)

(datert av sykepleier)

Intervjuguideguide ved fokusgruppeintervju

Forskningsspørsmål:

Hvilke erfaringer har psykiatriske sykepleiere i relasjon til pasienter som føler skam?

4 grunnleggende spørsmål:

- 1) Hva forstår dere med skam? Kan dere gi eksempel?
- 2) Hvordan ser du skamfølelse kan komme til uttrykk (hos pasienten/generelt-kan det være forskjell på skamfølelsens uttrykk hos pasienter og andre)?
- 3) Hvordan kan man tilnærme seg (terapeutisk) pasienter med skamfølelse?
- 4) Er skamfølelse hos pasienter noe man snakker om/har terapeutisk fokus på i tverrfaglige eller sykepleiefaglige møter?

Oppfølgingsspørsmål:

I kontakt med pasient

- Om du skulle si noe om hvordan du ønsker din kontakt med pasienten skulle være, hva hadde du sagt da?
- Føler du deg utrustet til å ta imot/håndtere skamfølelse hos pasienter?(Hvorfor/hvorfor ikke?)
- Hvordan opplever du som profesjonell, for egen del, møtet med en pasient der skamfølelser er fremtredende?
- Hvordan opplever du å ta opp temaet skam med pasienten?

Behandlingsopplegg og samarbeid i posten

- Hvordan tror du skamfølelse hos pasienten kan påvirke pasientens sykdomsforløp?
- Føler du at du har mulighet til å påvirke behandlingsforløpet på posten?

- Synes du det tverrfaglige samarbeidet på posten fungerer godt?
- Føler du at du får benyttet din faglige kompetanse som psyk.spl på din avdeling?

Hva kan evt. bli bedre når det gjelder behandlingsopplegget i posten?

- Om du skulle bestemt hva slags behandling og oppfølging pasienten skulle få av deg som sykepleier, hva ville det være?

Åpent siste spørsmål

- Er det noe du synes vi har glemt å spørre om som du ønsker å si?

Siste informasjon

- Vi vil gjerne at du tar kontakt med Marte dersom du opplever at du trenger å snakke med noen etter dette intervjuet. Det kan være om det som har skjedd under intervjuet, eller at det har gjort at du har fått tanker om noe annet du vil snakke om.
- Kan vi ta kontakt med deg igjen dersom vi opplever at noe er uklart eller at det er noe vi ikke kan forstå når vi setter oss ned med dette?

Vedlegg 4, Svarbrev fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Erna Lassenius
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Vestfold
Postboks 2243
3103 TØNSBERG

Vår dato: 10.02.2010

Vår ref: 23552 / 2 / GRH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.01.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

23552	<i>Psykiatriske sykepleiers forståelse av skamfølelse hos mennesker med psykiske lidelser</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Vestfold, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Erna Lassenius</i>
Student	<i>Marte Bygstad-Landro</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.


Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Grethe Halvorsen

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Marte Bygstad-Landro, Fosswinchelsgate 55, 5008 BERGEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



Utvalget består av rundt 8 Psykiatriske sykepleiere fra DPS/Poliklinikker. Utvalget informeres skriftlig om studien og bes om skriftlig samtykke til deltakelse, jf. informasjonsskriv mottatt 25.01.2010.

Vi forutsetter at informasjonsskrivet til utvalget endres på følgende punkt:

- Setningen "Alle data blir slettet når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2010" endres til "Lydbånd blir slettet og intervjuutskrifter anonymisert senest når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2010" (siden anonyme intervjuutskrifter oppbevares videre etter prosjektslutt, og ikke slettes, jf. meldeskjema pkt. 13).
- Setningen "Det vil ikke bli referert navn eller andre data som kan bli gjenkjent av andre" endres til "Det vil, i den ferdige oppgaven og annen formidling fra studien, ikke bli referert navn eller andre data som kan bli gjenkjent av andre".

Vi forutsetter at samtykkeerklæringen endres på følgende punkt:

- Følgende slettes "har fått anledning til å innhente den informasjon jeg har hatt behov for".

Opplysningene samles inn gjennom tre gruppeintervju.

Lyddopptak/lydfiler og samtykkeerklæringer slettes og eventuelle indirekte personidentifiserbare intervjudata anonymiseres ved prosjektslutt, 31. desember 2010.

Kategori: ”..hva er det egentlig med det ordet..skam”

- hva er skam?

Meningsbærende utsagn	Kondensering	Tolking av meningsbærende utsagn
Tenker det i hvert fall er noe som ligger veldig langt inne i folk..altså noe som ligger så dypt i en som ikke er så lett å se med første øyekast eller det første møtet.	Noe som ligger dypt og ikke er lett å se med første øyekast	Skamfølelse er en følelse man har lyst til å gjemme for andre. Vanskelig å se.
Altså..det er jo et nederlag i skam, føler jeg. Ja det er en..jeg tror en har en følelse i seg at det her, at det er et nederlag, at det er noe negativt..eh..ja.	Skamfølelsen er negativ og er et nederlag	Skamfølelse bærer med seg en indre kritisk røst som dømmer et menneskes handlinger som gale, mindreverdige eller verdiløse.
Skamfølelsen er vanskelig å definere og befinner seg på mange nivåer.		Man har dyp, mindre dyp og sunn skam.
..hva er det med det ordet egentlig..skam		Skam er vanskelig å definere.

Kategori: ”..ehmm..bevissthet rundt personens følelser har man jo hatt.”

- Snakker vi om skam med pasientene våre?

Meningsbærende utsagn	Kondensering	Tolking av underliggende mening
..skam, bruker det lite og hører det lite på arbeidsplassen min.	Man snakker lite om skam både selv og på arbeidsplassen.	Skam blir lite nevnt i samtale mellom sykepleier og pasienter og mellom kollegaer.
det er jo ikke sånn at skam aldri blir nevnt..men jeg kan være enig i det at det blir for lite fokusert på det..men hvorfor..??	Skam blir nevnt, men det er lite fokus på det. Hvorfor?	Skamfølelse blir sjelden tatt opp og jobbet med i behandlingssituasjon.
ehmm..bevissthet rundt personens følelser har man jo hatt. Men å tenkt direkte skam og den biten det er ikke alltid like høyt oppe i dagen. Men det blir jo blandet i sammen, men kanskje trukket det enda mer ut som	Har vært bevisst personens følelser, men har ikke direkte tenkt på skam eller hatt den følelsen høyt oppe i dagen. Har mer bevissthet om det nå.	Man har ikke tenkt spesielt på skamfølelse som en følelse å behandle.

en egen bevissthet. Det har jeg nok nå..		
Har ikke tatt så alvorlig på det før. Sant, det har liksom vært sånn flaut og skammelig å være..bli innlagt og det har vært det. Pytt pytt det er det jo ikke.	Har ikke tatt så alvorlig på skamfølelsen ved å være innlagt.	Skamfølelsen har ikke blitt tatt på alvor hos sykepleiere.
..men etter forrige fokusgruppe så har vi enda mer..altså jeg har jo vært opptatt av..mindre før,..men er blitt mer opptatt av det nå..	Etter forrige fokusgruppe har jeg blitt mer opptatt av skam enn jeg var før.	Man har gjerne vært bevisst skamfølelsen uten aktivt å bruke den i behandlingssituasjon.

Kategori: ”..det er et sånt sårbart tema altså..”

– hvorfor er det vanskelig å snakke om skam med pasientene våre?

Subkategori I: Indre faktorer GRØNN, Subkategori II: ytre faktorer BLÅ

Meningsbærende utsagn	Kondensering	Tolking av meningsbærende utsagn
Kanskje har ikke vi tenkt nok gjennom det, jeg vet ikke..	Har vi tenkt nok gjennom det?	kanskje er vi ikke bevisst skamfølelsen verken hos oss selv eller andre.
har vi lært nok om skam?? Kan ikke huske vi har hatt om det på skolen eller noe sånn..	Kan ikke huske vi har hatt om det på skolen	Undervisningen tar ikke for seg skamfølelse i videreutdanningen av psyk sykepleiere. Man ruster ikke til å snakke om det. Mangel på kunnskap
..det er noe med at de selv må ordlegge det for er redd for å påføre dem den følelsen.	De må selv si det. Er redd for å påføre dem skamfølelse.	Det er vanskelig å ta opp skamfølelse fordi man er redd for å påføre pasienter skam ved å ta det opp.
Kanskje er vi for redde??		Egen frykt og frykt for den andres reaksjon kan gjøre det vanskelig å snakke om skamfølelse.
Det er klart at om pasienten har det som tema så vil jo vi også bli aktivert ift vårt eget og at det er ubehagelig..	Om pt har det som tema aktiveres vårt eget. Det er ubehagelig.	Unnlater å snakke om det fordi man da tvinges til å kjenne på sin egen skam. Det er ubehagelig.
Ja..altså..jeg tror at vi er redd for å få reaksjoner når vi pirker i ting som...eh..kan være litt ukontrollerbare..	Redd for reaksjoner når pirker i ting som kan være ukontrollerbare.	Fordi skamfølelsen virker sterkt inn på menneskers liv kan det gjøre oss redd for å snakke om det i frykt for å gjøre det verre.

Kategori: ”Skammer vi oss mindre nå enn før skal tro.. eller er det andre ting?”

- Hva skammer man seg over?

Subkategorier: Primærvurdering BLÅ, sekundærvurdering RØD, skammer vi oss over andre ting nå enn tidligere? GUL

Meningsbærende utsagn	Kondensering	Tolking av underliggende mening
Skam kan oppleves veldig ulikt, altså uansett hvilket samfunn en har vokst opp i sant at..skam er knyttet til de forventninger i samfunnet vi lever i ..	Hva man skammer seg over er ulikt og knyttet til de forventninger som samfunnet legger opp til.	Samfunnet kan bestemme skamfølelse hos mennesker med de holdninger det representerer.
Mange skammer seg over manglende mestring og tro på egne ferdigheter... og at man ikke klarer å leve opp til de forventningene man engang hadde for seg selv.	Man skammer seg over manglende mestring.	Meange måler sin verdi i kraft av hva de gjør, ikke hvem de er.
Er mer uklart nå, før var det mer rett og galt.		Manglende grenser/rammer gjør gjerne vanskelig å vite rett og galt/skammelig eller ikke. Ønsker vi rammer og grenser tydeligere slik det var før?
ja for det gjelder jo også det fysiske, altså det hadde jeg også tenkt å si i dag sant at det gjelder også det fysiske ikke bare psykisk syksom. Det er noe med som du sier, man får litt skyld og skam i det.	Gjelder også fysisk sykdom, ikke bare psykisk sykdom. Man kan føle skyld og skam i det.	Det med livsstilssykdommer skaper rom for en ny skam.
Jeg tenker skammen kommer på en måte av din egen..eh..grunnholdning	Skammen kommer an på egen grunnholdning	Skamfølelse er individuell og det er ulikt hva som skaper skamfølelse hos mennesker. Det kommer an på de holdninger og verdier man har.
I dag ligger skammen i å ikke realisere seg selv. I dag er det mindre skam ift homofili. Ulikhetene mer akseptable.	Skambegrepet har endret seg. Homofili er ikke lenger så skambelagt. Skammen ligger heller i å ikke kunne realisere seg selv.	Skammen har forflyttet seg fra kollektiv norm til en mer individualisert norm.

Kategori: ”hadde det vært et hull i gulvet hadde de gått gjennom”

- Uttrykk for skam

Subkategori I: Kroppslige uttrykk ORANGE, Subkategori II: Andre uttrykk SVART

Meningsbærende utsagn	Kondensering	Tolking av meningsbærende utsagn
Ja, men du kan se det med aggresjon, du kan se det med måten pasientene er overfor oss på eh..hvordan de møter oss.	Kan se det med aggresjon og måten pasientene er overfor oss.	Aggresjon kan være et uttrykk for skam.
Fortielse..er et uttrykk for skam		Taushet i behandlingsrommet kan være et uttrykk for skam
Adferd må tolkes som skam. De som unnviker øyekontakt, ser ned og vil være usynlige.		Skamfølelse kommer gjerne til syne lettest gjennom kroppslige uttrykk.
Tenker det er mange som prater mye, men de prater om alt mulig annet enn det de egentlig sitter inne med..altså de ønsker å snakke om. Mye intellektualiserende prat.	Det å snakke mye uten at man kommer til det som er det egentlige problemet. Intellektualiserer.	Man skammer seg gjerne over sine egentlige problemer og klarer ikke å snakke om det. Man skammer seg over skammen. Grandiositetens maske.
..han vasket seg nærmest ikke..		Å ikke bry seg om egen hygiene kan være et uttrykk for skam.
..de som begår suicid, den skammen da..		Selv mord er det sterkeste uttrykk for skam
Jeg tenker på depresjon..		Depresjon kan være et uttrykk for skam.

Kategori: ”..den bremser jo på alt den følelsen der..skam”

- om hvilke konsekvenser skamfølelse kan få for mennesker

Meningsbærende utsagn	Kondensering	Tolking av meningsbærende utsagn
Det blir en helt sånn invalidiserende følelse.	Ivalidiserende følelse	Skammen er en sykdom for sjelen

..tenker skammen fører til stillstand at man ikke utvikler seg.	Fører til stillstand	Skammen kan hindre bedring eller gjøre sykdom verre.
man blir handlingslammet av å ha skam. Og det har jeg tenkt for lite på før tenker jeg og..og..det er lurt å tenke på. Ja, sant at..eh..kordan det kan sette folk ut av spill rett og slett.	Skam fører til handlingslammelse. Tenkt på for lite. Hvordan det kan sette folk ut av spill.	Man trenger gjerne hjelp for å komme ut av skammen og videre i livet.

Kategori: ”skam kan være hensiktsmessig, et kompass”

- finnes det sunn skam?

Meningsbærende utsagn	Kondensering	Tolking av meningsbærende utsagn
skam og samvittighet er nære begreper i den sammenheng er skam ikke irrasjonelt, men en rasjonell aspekt.		Man trenger den sunne skammen for å ha gjort noe galt.
poenget er at da bruker du ordet til å begrense ting eller folk fra å gjøre ting eller..eller..det er sånn sant..altså det er. Vi gjør jo det..altså ”eier du ikke grenser” for å si det på en annen måte sant.	Bruker skam for å begrense eller for å hindre mennesker i å gjøre ting. Vi gjør det. ”eier du ikke grenser” for eksempel.	Sunn skam kan ha en oppdragende rolle.
kanskje vil vi ha skammen tilbake?		Er vi skamløse? Vi trenger den sunne skammen.
farlig å trekke den veien ift de som er offer, de har ingen sunn skam. En subjektiv opplevelse. Noen har mer samvittighet og er strengere med seg selv. Personlighet.	Offer har ingen sunn skam. Opplevelsen av hva som er skam er personlig og subjektiv.	Man skal være oppmerksom på skille mellom sunn og usunn skam. På grunn av personlighet kan man gjerne mer enn andre.
et uttrykk jeg husker fra før er ”du eier ikke skammavett”..tenker på det at det er jo noe sånn som vi bruker. Eller som vi brukte mye mer før kanskje at (...) i det ligger det at de er noe du bruker for å hindre folk i å gjøre ting de..tøyer grenser sant..	Kjent uttrykk er ”eier du ikke skammavett” brukte det før. Forsøker å hindre mennesker i å tøyne grenser.	Sunn skam hindrer mennesker personlige, moralske grenser.

Kategori: ” jo mer skyld du føler, jo mer skam føler du” – om

forskjell på skyld og skam

Meningsbærende utsagn	Kondensering	Tolking av meningsbærende utsagn
-----------------------	--------------	----------------------------------

tja..jeg vet ikke om det går an å skille skyld og skam, det henger vel sammen det der.		Ser ikke stor forskjell på skyld og skam
jo mer skyld du føler, jo mer skam føler du.		Det henger sammen..
skyld tolker jeg mer som en egen følelse, mens skam kan ligge mer pålagt fra andre. Altså det er ikke alltid like selvpålagt. Altså..	Skyld er mer en egen følelse, skam ligger mer pålagt fra andre.	To ulike følelser..skammen blir pålagt av andre (skammen er relasjonell)
..men ift det å ha en psykisk lidelse som blir skambelagt så trenger ikke det nødvendigvis være en skyldfølelse i det mer enn skam..altså det er mer samfunnet som gir deg den..altså det ligger der ..eh..	Å ha en psykisk lidelse trenger ikke innebære skyldfølelse mer enn skamfølelse. Det er mer samfunnet som gir deg det.	Hva gir skyld og hva gir skam..hva er forskjellen..forstår man forskjellen??

Kategori: ”kan du det, du som bare er sykepleier”- om sykepleiers identitet og skamfølelse Subkategorier: egen yrkesopplevelse BLÅ, andres opplevelse av sykepleieryrket GRØNN

Meningsbærende utsagn	Kondensering	Tolking av meningsbærende utsagn
Vi sliter med at profesjonen vår er litt dårlig definert. Det tror jeg er et problem som vi har.		Sykepleiere har en uklar rolle som kanskje undergraver profesjonen.
jeg likte ikke helt når vi tok videreutdanning at vi skulle være..eh..psykisk helsearbeidere. Jeg vil være psykiatrisk spl. Og det har noe med min identitet og hva jeg har som	Likte ikke når vi skulle være psykisk helsearbeidere. Jeg vil være psykiatrisk sykepleier. Det har med min identitet og grunnutdanning å gjøre. Jeg respekterer de som jobber	Den nye videreutdanningen er med på å undergrave de ulike profesjonene og yrkes stoltheten og gjøre rollene mer uklare.

<p>grunnutdanning. Eh.. og ikke fordi jeg ikke respekterer de andre som jobber som psykisk helsearbeidere , men det er noe med å ivareta det jeg står for i min grunnutdannelse også som er en viktig bit av det jeg bærer med meg.</p>	<p>som psykisk helsearbeidere, men vil ivareta min grunnutdanning som er en viktig bit av det jeg bærer med meg.</p>	
<p>..med forundring tenker jeg. Altså sykepleiere blir ofte mottatt med forundring hvis de gjør noe bra. Sånn tenker jeg på det ift det miljøet som vi går i her. ”så flott at du gjør en så flott jobb enda du bare er sykepleier”.</p>	<p>Sykepleiere blir ofte mottatt med forundring om de gjør noe bra. I vårt miljø: ”så flott at du gjør en sånn flott jobb, du som bare er sykepleier.</p>	<p>Statusen som sykepleiere har blir tydelig gjennom andre profesjoners utsagn. Dette utsagnet sier mye om hvordan man blir ansett i yrket som sykepleier.</p>
<p>nei vi skal verken undervurdere eller overvurdere oss selv sant, og vi har vel heller en tendens til å undervurdere oss.</p>		<p>Vi undervurderer oss selv. Og blir redd for å ta ansvar.</p>
<p>jeg tror din identitet som sykepleier har noe å si for skamfølelsen din. Altså..har du en god og klar identitet at det er min rolle i dette her da vokser du og da er du mer tryggere på deg selv. Om ikke du er det og har definert hva din rolle er så fører det til at det blir sånn ullent, mer usikkerhet og kanskje skamfølelse. Derfor tror jeg det er veldig viktig å vite hva er min rolle i systemet.</p>	<p>Klar identitet er viktig for skamfølelsen. Da vokser du og er tryggere på deg selv. Uten klar identitet blir det mer usikkerhet og kanskje skamfølelse. Viktig å vite hva som er min rolle i systemet.</p>	<p>Stolthet og identitet som sykepleier er viktig ift profesjonsskam. Det er viktig å ha en tydelig rolle som man kan føle seg trygg i.</p>

Kategori: ”Sånn har i alle fall jeg det med min skam..”

- om sykepleiernes personlige opplevelse med skam

Meningsbærende utsagn	Kondensering	Tolking av meningsbærende utsagn
<p>Jeg kan kjenne på at når jeg skal tenke på egen skam synes jeg det er vanskelig å for det første, på en måte hente ting frem også er det noe du ikke altså egentlig har så lyst til å hente så frem altså du..du har lyst å bare la det ligge der. Fordi at hver gang du henter det sånn frem så gjør det litt sånn vondt. Så vil du bare legge det tilbake igjen i esken og legge lokket på. Ja.. så det er vanskelig..</p>	<p>Når jeg skal tenke på egen skam er det vanskelig å hente frem fordi jeg ikke har lyst å hente det frem. Når det hentes frem gjør det litt vondt. Vil bare legge lokket på.</p>	<p>Det er ubehagelig å kjenne på egen skam. Det er ikke noe man har lyst å kjenne på og blir vanskelig å snakke om.</p>

når skamfølelsen kommer inn i meg har jeg en tendens til å fortrenge den vekk..eh..ja..noe ubehagelig..ubehagelig som vi kanskje ikke vil tenke på..	Når kjenner på skamfølelse har jeg lyst å fortrenge den vekk. Det er noe ubehagelig som vi kanskje ikke vil tenke på.	Man har vanskelig for å snakke om skam selv. Følelsen skaper ubehag, man har ikke lyst å kjenne på det.
Skambegrepet vekker ubehagelige følelser i meg selv faktisk..situasjoner jeg har opplevd som jeg opplever som skamfulle, er egentlig det jeg knytter ordet til..mine egne..min egen følelse.	Skambegrepet vekker følelser i meg selv og situasjoner jeg har opplevd som skamfulle.	Egne vanskelige følelser ift skam kan gjøre det vanskelig å møte andre med skamfølelse.
..er jeg lei meg eller noe kan man lettere snakke om det men skam er noe som er litt sånn uggent for en. Det er noe jeg ikke vil snakke om det er noe som jeg er flau over..	Det er lettere å si jeg er lei meg enn at jeg skammer meg. Det er noe man ikke vil snakke om.	Man kan lettere snakke om andre følelser enn skam. Det ligger et lokk av ubehag over denne følelsen. Kan gjøre det vanskelig å snakke om.

Kategori: ”..de fikk lov å være den de var..”

- å tilnærme seg pasienter med skamfølelse

Subkategorier: hvordan ønsker vi å tilnærme oss SVART, hva må vi jobbe med personlig for å tilnærme oss LILLA, å tilnærme seg pt med kriminell bakgrunn som føler skam RØD

Meningsbærende utsagn	Kondensering	Tolking av meningsbærende utsagn
Vi skal også tåle å ta imot..		Vi skal være klar over at det kan være vanskelig å høre det som måtte komme fra pasientene.
Vente med å ta opp skam til en har en relasjon og kan da invitere til å åpne opp. Må ha relasjon med gjensidig tillit	Vente med å ta opp skam til man har oppnådd relasjon og tillit.	Det er viktig å ha en god relasjon og tillit i bunn når man skal snakke med pasientene om så vanskelige ting som

		skam.
Kan det være noe skam man skal la være i fred? Altså en stor skam.		Noe er kanskje ikke riktig å berøre..
Man må jobbe med seg selv..å være ærlig med seg selv. Mange ting ugjort, men sånn er det. Vær ærlig å ta med erfaringene. Ikke dytte ting under teppe, men erkjenne det.	Være ærlig overfor seg selv. Ta med erfaringene og erkjenne disse.	Å være bevisst sin egen skam er viktig i møte med den andres skam.
ikke protestere på det de føler på sant altså.."dette er ikke noe å skamme seg over". Eller altså..det må de etter hvert komme til selv. Sant..		Anerkjenne skamfølelsen.
Pasienten er ikke likestilt, men likeverdilig...		Bevissthet om det eksisterende maktforholdet mellom pt og behandler. Bekrefte likeverdet.

Meningsbærende utsagn	Kondensering	Tolking av meningsbærende utsagn
..derfor tror jeg det er litt viktig å kjenne på den skammen og for å forstå de litt bedre. Jeg kjenner hvor ubehagelig det er..en liten selvfølelse, selvforakt alt dette her..bærer det med seg hele tiden. Det må være forferdelig..	Viktig å ha kjent på skamfølelsen for å forstå og kjenne hvor ubehagelig det er.	Det er nyttig og viktig å ha kjent på skamfølelsen for å kunne utvise ekthet og empati i møte med den skamfulle.
det jeg lurer på er hvis du snakker, hvis du forteller om skammen du har reduserer det skammen? Tenkte på det..liksom trollet kommer ut av esken..	Om du snakker om skammen, reduserer det skamfølelsen?	En skam som er satt i tale og delt, kan bli lettere å bære.
..det var vi jo litt inne på første timen ift at skam, ordet skam brukes ikke så mye det brukes heller andre ord. Sant.		Skammen trenger et språk. Bruk av synonymer kan være en måte å nærme seg den skamfulle.
For meg hører skam og skyld veldig sammen altså. Eh..jeg tenker at skylden..om du greier å begrense skylden så vil du også minske skammen.		En vei ut av skammen kan være gjennom skylden. Fra å være feil til å ha gjort feil.

Tenker det er bra vi har en prest. Da vil jeg over på tilgivelse. Det blir så stort og vanskelig at man rett og slett må be om tilgivelse for å komme videre. Jeg har vært glad at presten kunne hjelpe i mange sammenhenger. Bare tenk på overgriperen.

Godt å ha prest tilgjengelig. Han kan hjelpe til tilgivelse.

Tilgivelse kan virke helende på skamopplevelsen. Å hjelpe mennesker til barmhjertighet med seg selv. Tilgivelse kan også virke til forverring dersom man søker tilgivelse for noe som ikke man kan pålegges skyld for.