

Hvordan opplever sykepleieren å møte aggressive pasienter?

En kvalitativ studie.

Pamila Sharma



Master i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Hedmark, avdeling for
helse – og idrettsfag

HØGSKOLEN I HEDMARK

August 2009

Innledning

Dette er en masteroppgave fra studiet master i psykisk helsearbeid ved høgskolen i Hedmark. Oppgaven inneholder en artikkel fra studien ”Hvordan opplever sykepleieren å møte aggressive pasienter” og en rammeberetning med refleksjon over – og begrunnelse for – forskningsopplegget. Artikkelen er skrevet i henhold til retningslinjene til Nordisk tidsskrift for helseforskning og manusveileder følger som vedlegg (se vedlegg 1).

Den metodiske refleksjonen har fulgt de formelle krav som Høgskolen i Hedmark stiller til masteroppgaver. Da det er fulgt ulike retningslinjer vil kildehenvisninger fremstiller ulikt i artikkelen og rammeberetningen. Tabellen over funn fra studien er integrert i løpende tekst. Det vil være en felles innholdsfortegnelse som ville vise til innholdet i både rammeberetningen og artikkelen. Vedleggene som følger oppgaven vil bli fremstilt etter artikkelen. Oppgaven blir presentert slik da dette er en masteroppgave, samtidig vil en slik struktur bidra til en bedre oversikt over oppgaven i sin helhet.

Pamila Sharma

Drammen, august 2009.

Innholdsfortegnelse

Rammeberetning	5
Innledning	6
Forforståelse	6
Vitenskapsfilosofisk posisjon	8
Det kvalitative forskningsintervju	10
Intervjuguide	11
Utvalg av deltagere og arena for studien	12
Gjennomføring av intervjuene	13
Transkripsjon	14
Analyse	15
Analyseprosessen	16
Studiens kvalitet	20
Etiske utfordringer	24
Litteraturliste	26
Antall ord 6966	
Artikkel	27
Innledning	28
Tidligere forskning	28
Teoretisk ramme	29
Problemstilling	30
Metode	30
Funn	31
Diskusjon	37
Konklusjon	41
Litteratur	42
Sammendrag	44
Abstract	44
Vedlegg nummer 1	46
Vedlegg nummer 2	51
Vedlegg nummer 3	53

Vedlegg nummer 4

54

Antall ord 6980

Rammeberetning

En refleksjon over – og begrunnelse for – forskningsopplegget.

Pamila Sharma



Tillegg til masteroppgave i master i psykisk helsearbeid.

HØGSKOLEN I HEDMARK

August 2009

Innledning

Kvale (2008) sier at i intervjusamtalen lytter intervjueren til hva mennesker selv beretter om sine erfaringer. Intervjueren lytter mens den intervjuede med egne ord forteller om sine meninger og oppfatninger, og lærer om deres tanker om arbeidssituasjon, familieliv og ikke minst deres drømmer og håp. Det kvalitative forskningsintervju har til hensikt å forstå verden fra den intervjuedes side, og få frem betydningen av individets erfaring og opplevelse av verden, fremfor en vitenskapelig forklaring. I forbindelse med den avsluttende oppgaven i master i psykisk helsearbeid ble følgende problemstilling valgt; ”Hvordan opplever sykepleieren å møte aggressive pasienter?”. På bakgrunn av denne problemstillingen ble det kvalitative forskningsintervju benyttet, fordi det gir anledning til å innhente informantens opplevde virkelighet. Hensikten med studien har vært å forstå hvordan det oppleves for sykepleieren å møte aggressive pasienter fremfor å forklare. På bakgrunn av det har det ikke vært aktuelt med kvantitativ metode. Den metoden kunne gitt meg interessante funn, men den ville ikke være like egnet til å få frem informantenes opplevelse og perspektiver på deres virkelighet (Fog 2004).

Gjennom denne oppgaven vil jeg redegjøre for hvordan jeg har benyttet den kvalitative forskningsmetode for å besvare problemstillingen. Jeg vil redegjøre for valgene som er tatt i forskningsprosessen, se disse med et kritisk blikk og vise til hvordan valgene har påvirket resultatene.

Forforståelse

At jeg gjennom mitt prosjekt har lyttet til hvordan sykepleiere opplever å møte aggressive pasienter innebærer en tro på at deres opplevelse representerer en virkelighet, en virkelighet ut fra deres forståelse. I den forbindelse er det viktig å trekke inn min funksjon som forsker. At jeg som forsker har anledning til å velge fokus, og min forståelse av situasjonen vil påvirke resultatene. Med andre ord er jeg som forsker også et subjekt slik som mine informanter, jeg innehar også evnen til å tenke og tolke. En naturlig konsekvens av dette vil være at jeg som forsker ikke vil være i stand til å intervju og/eller analysere intervjupersonenes utsagn på et totalt objektivt grunnlag. Jeg vil være preget av holdninger, intuisjoner og erfaringer, jeg har min forforståelse og denne er det helt nødvendig at jeg er bevisst (Malterud 2006).

Jeg har min kliniske erfaring fra sikkerhetspsykiatrien. Jeg har arbeidet direkte med pasienter med vold og aggresjonsproblematikk i ca fire år. På bakgrunn av det gikk jeg ikke forutsetningsløs inn i studien. Det har vært et mål for meg å erkjenne egen forforståelse og være den bevisst gjennom hele forskningsprosessen. Malterud (2006) sier at forforståelsen er ryggsekken vi tar med oss inn i et forskningsprosjekt. Denne innebærer erfaringer, hypoteser, teoretisk referanseramme og faglig perspektiv. Ryggsekken kan gi næring og styrke til et prosjekt og fungere som en motivasjonsfaktor. På den annen side kan forforståelsen føre til at jeg lar den styre funnene slik at jeg sitter igjen med funn som samsvarer med forforståelsen min. Dette kan svekke påliteligheten til prosjektet, i følge Malterud er det en av de vanligste fallgruvene ved bruk av denne metoden. Det er av betydning at jeg som forsker reflekterer over og klargjør forforståelsen samt mine antagelser slik at det kommer tydelig frem for leseren (Malterud 2006).

Et generelt inntrykk fra praksis er at vi i altfor liten grad snakker om våre erfaringer i møte med aggressive pasienter. Jeg er vant med at vi gjennomfører debriefing etter utageringsepisoder, men jeg har inntrykk av at det ikke er tilstrekkelig. Jeg har vært opptatt av at mine erfaringer påvirker meg i møte med pasienten og at det igjen påvirker relasjonen. Som nyutdannet opplevde jeg møter med aggressive pasienter som tidvis svært utfordrende og krevende. Jeg erfarte ikke alltid at jeg fikk "luftet" opplevelsene mine, og holdt de derfor i meg. Denne følelsen har etter hvert avtatt, men tvilen og usikkerheten kommer fremdeles ofte frem i møte med pasienten og jeg kjenner fortsatt på engstelsen i forhold til om jeg har tatt de riktige beslutningene eller ikke.

Gjennom videreutdanningen i psykisk helsearbeid fanget Monsens og Monsens (2001) begrep følelsesbevissthet min interesse. Jeg fikk plutselig en aha - opplevelse, det var ikke alltid like lett å være følelsesbevisst og differensiere mellom følelser og tanker. Dette ga meg et nytt perspektiv på den jobben jeg gjorde. I møte med aggressive pasienter forventer vi at de skal fortelle om sine følelser og sin opplevelse. Hvis ikke blir det ansett som manglende behandlingsallianse. Jeg har gjennom samtaler sett hvor utfordrende dette er for pasientene, og ved å gjennomføre øvelser knyttet til følelsesbevissthet fikk jeg selv erfare utfordringen. Derfor ble det viktig for meg å undersøke om det er slik at sykepleieren er bevisst egne følelser og opplevelser eller ikke. Jeg gikk også inn i forskningsprosjektet med forståelsen av at sykepleieren opplever møte med aggressive pasienter som svært krevende, mest sannsynlig fordi jeg selv har denne opplevelsen. Dette påvirket meg også i innhenting av tidligere forskningslitteratur. I ettertid ser jeg at jeg søkte etter artikler som anga erfaringer relatert til

følelser som redsel, sinne og usikkerhet, fremfor mestring, glede og anerkjennelse. Nettopp det tenker jeg er et resultat av at jeg, til tross for at jeg streber etter å parentessette egen forforståelse, blir påvirket av den. Men på den annen side har erkjennelsen av egen forforståelse ført meg dit at jeg nå, i større grad enn tidligere, evner å reflektere over den og at den har fungert som et godt utgangspunkt for studien.

Vitenskapsfilosofisk posisjon

Studien har hatt en hermeneutisk – fenomenologisk tilnærming. Hermeneutikken omhandler forståelse og fortolkning fremfor forklaring. Den klassiske hermeneutikken studerte tekster, disse tekstene er utvidet til å omfatte handlinger og samtaler og/eller såkalte meningsfulle fenomener. Hermeneutikk kan forstås som studiet av tekster, med det mål å fortolke dem, og gjennom tolkningen finne mening. Hovedfokuset i studien har vært sykepleierens erfaringer i møte med aggressive pasienter. I tråd med den hermeneutiske forståelsen gjøres opplevelsene til gjenstand for fortolkning og målet er å finne sykepleierens uttrykte mening (Kvale 2008).

Heidegger og Gadamer er anerkjente representanter for hermeneutikken. De uttrykker at individet er i verden som forstående og fortolkende vesener. Essensielle begreper innen denne retningen er forståelseshorisont, fordom og den hermeneutiske sirkel (Thornquist 2006). Forståelseshorisonten innbefatter erfaringer, oppfatninger og forventninger som vi har på et gitt tidspunkt, men som vi nødvendigvis ikke retter oppmerksomheten mot. Fordom omhandler bakgrunnsforståelsen, det vil si den forforståelsen jeg som forsker har om sykepleierens opplevelse i møte med aggressive pasienter. Thornquist (2006) påpeker viktigheten av å erkjenne at vi aldri er forutsetningsløse. Den hermeneutiske sirkel er et sentralt begrep innen den hermeneutiske tradisjon. Den viser til et fortolkningsmessig prinsipp som betyr at vi forstår ”delene ut fra helheten og helheten ut fra delene”. Sirkelen kan forstås som en dynamisk erkjennelsesprosess. Under denne studien har min forståelse utvidet seg ved at den har svingt mellom helhet og del i en stadig utvidende sirkelbevegelse. For hver gang jeg har sett nye deler, har det påvirket helhetsinntrykket. Det nye helhetsinntrykket har i neste omgang påvirket mitt syn på delene. Jeg har beveget meg mellom det materialet har fortalt meg gjennom min egen forforståelse og tolkning, som igjen har blitt relatert til teori.

Dette har så ført til ny forståelse av de fenomen som har fremkommet gjennom studien (Thornquist 2006). Gjennom denne redegjørelsen kommer det tydelig frem at forforståelsen har betydningen innen fortolkningen. På bakgrunn av det blir det naturlig å tenke seg at

dersom en annen person ville gjennomført den samme studien ville det gitt andre funn fordi han/hun ville hatt en annen forforståelse. Jeg mener ikke at det nødvendigvis ville vært en styrke, fordi man kan aldri, som Thornquist (2006) presiserer, gå forutsetningsløs inn i en slik studie.

Da studien min har hatt en hermeneutisk – fenomenologisk tilnærming ønsker jeg å presentere noen grunntanker innen fenomenologien.

Fenomenologi kan forklares som læren om det som kommer til syne og viser seg. Husserl, grunnleggeren av fenomenologien, introduserte begrepet livsverden. Livsverden kan forstås som den erfaringsbaserte virkelighet vi lever våre liv i som har en mening og betydning for oss (Thornquist 2006). Gjennom studien har jeg ønsket å få innblikk i informantens profesjonelle livsverden. På grunn av det har det derfor ikke vært mulig for meg å unnlate det fenomenologiske perspektivet, som nettopp angir livsverden som så sentralt. Innen fenomenologien blir det vektlagt at dersom man virkelig skal erfare et fenomen, må man sette all sin subjektive erfaring og oppfatning til side – altså parentessette egen forforståelse (Thornquist 2006).

Fullstendig å parentessette egen forforståelse ser jeg som vanskelig, nærmest umulig. Jeg har gjennom hele studien vært preget av egen forståelse fordi jeg har brukt meg selv som redskap, og jeg er preget av tidligere erfaringer. Dette svekker troverdigheten til studien min. På den annen side mener jeg at totalt å utelate egen subjektiv mening kan tyde på at jeg søker ren objektivitet, og det samsvarer ikke med grunnprinsippene innen kvalitativ forskning. På bakgrunn av dette ser jeg at mitt prosjekt er i en mellomposisjon. En posisjon hvor jeg erkjenner og bevisstgjøres egen forforståelse, ser på meg selv som et historisk vesen, slik hermeneutikken angir som sentral. Samtidig etterstreber jeg en parentessetting av egne fordommer og meninger i den grad det er mulig.

I forskningsprosessen har dette tidvis vært meget utfordrende. Jeg har forsøkt å tilnærme meg informantens livsverden så åpent som mulig. Samtidig har min forforståelse vært til stede hele tiden som en grunnmur. Denne erfaringen ble også forsterket da jeg beveget meg i den hermeneutiske sirkel, jeg vekslet mellom å forstå fenomener på ulikt vis når jeg så delene med et åpent sinn (så mye som mulig) og det igjen påvirket min helhetsforståelse. Slik fortsatte det gjennom hele studien, og det var først da jeg forstod hva Malterud (2006) mener med at forforståelsen kan være en styrke. På den annen side er jeg en novice innen dette feltet, og det

kan ha hatt betydning i forhold til om jeg har mestret å bevege meg i den hermeneutiske sirkel eller ikke. På nåværende tidspunkt er det vanskelig for meg å vurdere dette fullverdig. Slik jeg ser det nå har jeg derimot erfart en utvikling i meg selv, jeg er mer bevisst egen forståelse nå enn før, og nettopp det tenker jeg er en styrke.

Det kvalitative forskningsintervju

For å besvare problemstillingen er det sykepleierens subjektive opplevelse og hans/hennes livsverden som har vært fokus. Som metodisk tilnærming er kvalitative intervjuer valgt da jeg anser dette som et godt redskap til å innhente kvalitativ kunnskap med et vanlig språk. Samtidig har intervjuene bidratt til å gi meg innsikt og innsyn i informantenes livsverden og hvordan deres forhold er til denne (Kvale 2008).

Det ble valgt en semi - strukturert intervjuform hvor intervjuet var fokusert mot bestemte temaer (Dalen 2004). Jeg hadde en plan for hvilke tema jeg ville belyse gjennom samtalen, samtidig fulgte jeg opp de temaene som kom frem gjennom samtalen. Denne formen ga også informantene anledning til å styre samtalen slik at deres fortellinger kom frem i størst mulig grad. Det ble derfor utarbeidet en guide med spørsmål som omhandlet mitt tema. Jeg hadde ikke som mål å følge den systematisk, men forsøke å belyse noen av de sentrale temaene. Med tanke på valg av intervjuform hadde jeg flere alternativer, jeg kunne blant annet valgt et åpent intervju. Denne formen kan være meget krevende og den ville gjort meg fullstendig avhengig av at informanten var villig til å meddele seg (Dalen 2004). Samtidig ville et åpent intervju gitt større anledning til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, i større grad enn ved bruk av intervjuguiden. På den annen side ville en slik form utfordret meg meget med tanke på å balansere mellom å være tilstrekkelig åpen og samtidig fokusert. Sjansen for å "havne på et sidespor" ville vært stor, men samtidig kunne disse avsporingene føre til nye og spennende aspekter ved temaet.

Om hvorvidt valget av intervjuform var hensiktsmessig eller ikke, ser jeg både positive og negative sider ved begge formene. Den semi – strukturerte formen ga meg anledning til å styre intervjuet til en viss grad, samtidig som jeg ga informanten anledning til styre. Denne formen kan ha satt en stopper for "sidespor" som ville gitt interessante vendinger, men samtidig unngikk jeg faren for at jeg og informanten skulle snakke totalt forbi hverandre. Uavhengig av form møtte jeg utfordringen med å kunne balansere mellom fleksibilitet og

styring da det overordnede målet var å få kunnskap som var forankret i informantens livsverden (Malterud 2006).

Jeg ønsker i denne forbindelse å nevne at gruppeintervju ble vurdert som datainnsamlingsform da den blir ansett som hensiktsmessig når man ønsker å undersøke erfaringer, holdninger eller synspunkter. Ut ifra dette ville gruppeintervju vært en velegnet form, men samtidig stiller denne metoden krav til erfaring i håndtering av gruppeprosesser (Malterud 2005). Faren med denne formen er at jeg som forsker kunne bli ”spilt ut på sidelinjen” og mistet kontrollen over intervjusituasjonen. Sjansen for å ende opp med relativt kaotisk materiale ville vært til stede og det ville bydd på en rekke utfordringer i analysen. Jeg føler ikke at jeg på nåværende tidspunkt er erfaren nok som forsker til å være komfortabel med en slik metode (Kvale 2008). Samtidig er temaet av en slik art at det kunne blitt opplevd som utfordrende for informantene å dele hendelser knyttet til dette i en gruppe. Denne forståelsen er basert på min oppfatning av at dersom man skal fortelle om personlige erfaringer vil disse gjerne være ledsaget av følelser. Jeg som forsker kan ikke forvente at mine informanter like åpent vil fortelle om disse foran kolleger de kanskje ikke har en god relasjon til. På den annen side ville et gruppeintervju også kunne bidratt til en positiv opplevelse for informanten i form av at de intervjuede kunne dele sine erfaringer som andre kunne ta lærdom av. En annen positiv konsekvens kunne vært at gruppeintervju kunne ført til større åpenhet rundt tema.

Intervjuguide

Guiden ble utarbeidet med tanke på at sykepleieren i størst mulig grad skulle fortelle åpent om sine erfaringer i møte med aggressive pasienter. Jeg gjennomførte to prøveintervjuer, disse var veiledende for den endelige guiden. Malterud (2006) sier at for å få den rikeste kunnskapen er det hensiktsmessig å invitere deltakerne til å fortelle om egne erfaringer gjennom konkrete hendelser, gjerne ved at det leder til en historie som har hatt en spesiell betydning. På bakgrunn av dette valgte jeg under prøveintervjuene å utfordre informantene til å fortelle om et møte med en aggressiv pasient som hadde gjort inntrykk på dem. Jeg la ingen begrensninger i forhold til om disse hendelsene skulle være preget av en god eller vond opplevelse.

Jeg oppdaget raskt at dette var en god måte å starte intervjuet på, da informantene som en form for oppvarming kunne komme med en ren situasjonsbeskrivelse. En annen erfaring som

kom frem, som også informantene bekreftet, var at de med fordel kunne få tid til å forberede seg. Enkelte av hendelsene lå ofte langt tilbake i tid, og det var ikke lett å huske detaljer, detaljer som var viktige ut ifra deres forståelse. Gjennom å fortelle om tidligere hendelser kunne informantene styre store deler av samtalen. Et annet aspekt var å snakke om følelser. Det var ikke like lett å snakke om de følelsene som lå langt tilbake i tid, informantene møtte noen utfordringer da de skulle beskrive disse. Det forstår jeg som at informantene har distansert seg fra følelsene og at det da er helt naturlig å møte vansker med å huske disse. Informantene til prøveintervjuene var to kolleger fra enheten jeg arbeider ved. I perioden hvor samtalene ble gjennomført var avdelingen preget av ro, med lav forekomst av aggresjon og lite arbeidspress. Dette mener jeg også har hatt betydning for at det var utfordrende å snakke om følelsene, fordi informantene ikke stod midt i det på daværende tidspunkt. Denne antagelsen ble også bekreftet av mine kolleger.

Jeg så det derfor som avgjørende at informantene allerede i informasjonsskrivet skulle bli introdusert for det innledende spørsmålet. Videre i intervjuguiden hadde jeg ulike oppfølgingsspørsmål, som for eksempel: ”Hvordan kan det være seg?”, ”Hva følte/tenkte du da?”, ”Hvordan opplevde du det?” og ”Nå i ettertid, når du tenker tilbake?”. Hensikten var å få frem sykepleierens erfaringer og refleksjoner knyttet til disse, og det var utfordrende å stille spørsmål som åpnet for dette og som ikke la begrensninger og var ledende.

Utvalg av deltagere og arena for studien

Det ble planlagt et utvalg på om lag 4-6 sykepleiere. Innen kvalitativ forskning er det viktigere å skaffe et adekvat utvalg enn å avgjøre omfanget til et bestemt antall (Malterud 2006). Derfor ble antallet valgt ut fra oppgavens omfang og tidsbegrensning. Det ble gjennomført fire intervjuer som i aller høyeste grad representerte et rikt datamateriale, slik at det i samråd med veileder ble besluttet at det ikke var nødvendig med flere. Inklusjonskriteriene for deltakelse var sykepleiere med minimum to års erfaring fra arbeid med mennesker med vold og aggresjonsproblematikk. Eksklusjonskriteriet var sykepleiere som tidligere hadde arbeidet med denne gruppen, men som på daværende tidspunkt (under intervjuene) ikke jobbet med denne pasientgruppen lenger. Bakgrunn for eksklusjonskriteriet var mitt ønske om beskrivelser som skulle være så praksisnære som mulig. Dersom informanten for eksempel ikke hadde jobbet med denne gruppen på 5 år er jeg usikker på om jeg ville fått gode beskrivelser som er forenlig med empirien slik den er i dag.

Det ble sendt søknad om tilgang til innehentning av data til et sykehus. Gjennom denne søknaden ble det redegjort for studiens hensikt, utvalg, etiske overveielser og den praktiske gjennomføring. Informantene ble valgt via tredjepart og jeg tok kontakt med informantene både via e-post og telefon. Informantene valgte sted og tidspunkt. Samtlige intervjuer ble gjennomført ved deres arbeidsplass. Hvert intervju varte i ca en time.

Gjennomføring av intervjuene

Gjennomføringen var både utfordrende og lærerik da jeg ikke har erfaring fra forskningsintervju. Men gjennom min arbeidshverdag som psykiatrisk sykepleier har jeg lang erfaring med pasientsamtaler. Jeg valgte derfor å støtte meg til denne erfaringen. Samtalene ble innledet ved at jeg fortalte om studiet og min egen bakgrunn og forsøkte slik å gjøre samtalen minst mulig formell. Deretter ble studiens hensikt repetert, og jeg forsikret meg om at alt som stod i informasjonsskrivet var forståelig og at informantene var komfortable med lydbånd. Informantene ble ønsket velkommen til å stille spørsmål i forhold til momenter som virket uklare, men ingen av de fire var i behov av det. Informantene ble informert om intervjuguiden og hensikten med denne. Jeg fortalte at jeg tidvis ville notere stikkord dersom de fortalte noe jeg ønsket å ta opp senere i samtalen slik at jeg unngikk å avbryte.

Under intervjuene deltok jeg, ikke bare som forsker, men også som menneske. Jeg var ikke en observatør, men en interessert og lyttende samtalepartner. I samtalene var jeg bevisst at min tilstedeværelse ville påvirke resultatene og at samspeillet mellom meg og informanten ville få betydning for de meningene som fremkom. Min kjennskap til feltet innebar i tillegg en risiko for at jeg ikke ville stille tilstrekkelige spørsmål ved at jeg tok det informantene fortalte for gitt. Dette så jeg ikke nødvendigvis på som en svakhet, men det at jeg aktivt bevisstgjorde meg dette anser jeg heller som en styrke. Et annet viktig aspekt ved min kjennskap til feltet var å være bevisst på ikke å stille ledende spørsmål som ville bekrefte mine antagelser. Akkurat det skapte en viss usikkerhet i meg da jeg var redd for å gjøre nettopp dette. Samtidig fikk jeg inntrykk av at det at jeg og informanten begge hadde erfaring fra feltet, skapte en større fortrolighet oss imellom. Ut fra min forståelse følte informantene at det som ble fortalt ble forstått av meg som forsker og det gjorde at samtalen ”gled lett”. I tillegg bidro min erfaring fra feltet til at jeg mestret å stille relevante spørsmål (Malterud 2006).

Jeg hadde gode erfaringer med guiden. Jeg var forberedt på å stille oppfølgingsspørsmål i større grad, men det var ikke nødvendig. Informantene fortalte åpent om tidligere hendelser

og erfaringer og det var sjeldent pauser. I følge Kvale skal intervjuet innhente beskrivelser av informantens livsverden, og det ble forsøkt å innfri de fenomenologiske idealer om å utforske sykepleierens perspektiver på egen livsverden (Kvale 2008). Det ble derfor tilstrebet å åpne opp for at sykepleierens fortellinger skulle tre frem. Gjennom alle intervjuene gjorde jeg stadig en oppsummering av det informantene fortalte, for å sikre at jeg hadde oppfattet dem rett og at de var komfortable med den versjonen som ble gjengitt. Denne ”på stedet - kontrollen” fungerte som en god validering av hva informantene fortalte (Kvale 2008).

I forkant av intervjuene hadde jeg lest Kvaless (2008) råd i forhold til spørsmålsstilling. Jeg forsøkte å stille hvordan - og hva -spørsmål istedenfor hvorfor. Jeg oppdaget raskt at det var en utfordring. Samtalen ble tidvis så engasjerende, at jeg ved enkelte anledninger stilte disse hvorfor -spørsmålene. Akkurat det kan ha hatt en konsekvens for materialet, jeg kan ved denne spørsmålsstillingen ha gått glipp av gode beskrivelser jeg kanskje ville fått med et hvordan – spørsmål.

En annen utfordring jeg møtte var ”presset” jeg ga meg selv i forhold til hele tiden å bevege meg i den hermeneutiske sirkel og tolke fortløpende, det i kombinasjon med at jeg skulle stille meg forholdsvis naiv og parentessette for forståelsen. Dette var en meget nyttig læringsprosess for meg. Jeg opplevde at jeg hadde en utvikling fra intervju en til intervju fire. Ved gjennomhøring av lydbåndene ser jeg blant annet at jeg i mye mindre grad stilte hvorfor - spørsmål i de siste intervjuene (Kvale 2008).

Det var lagt godt til rette for de fysiske omstendighetene under intervjuene. Det var kun under et intervju at vi var plaget av støy, og det var samlet sett god kvalitet på lydbåndene. I etterkant av intervjuene samtale jeg med sykepleierne om hvordan dette hadde vært for dem. Jeg fikk tilbakemeldinger på at det vært en positiv opplevelse og at de så temaet som nyttig og hensiktsmessig.

Transkripsjon

Alle intervjuene ble tatt opp med lydbånd. Det ble under intervjuene gjort stikkord, blant annet når informantene fortalte noe jeg ønsket å følge opp senere. Transkripsjonen ble foretatt av undertegnede, rett etter hvert intervju. Transkripsjonen var en tidkrevende og utfordrende prosess, men det var mange fordeler ved at jeg selv gjennomførte denne. Blant annet fikk jeg gjenoppleve samtalen, noe som førte til at jeg påbegynte arbeidet med å bli fortrolig til

teksten. Transkripsjonen ble ikke ansett som en teknisk og passiv handling, men den inngikk i den analytiske prosessen (Malterud 2006).

Under transkripsjonen møtte jeg flere utfordringer, blant annet i forhold til hvordan jeg skulle oversette det muntlige språket til skriftlig form (Kvale 2008). Det dreide seg blant annet om når en setning skulle avsluttes og om jeg skulle bruke ord som ”liksom”, ”du skjønner” og lignende. Under selve transkriberingen valgte jeg å skrive ned alt, ordrett og uten punktum og komma.

For å sikre informantens konfidensialitet ble intervjuene nummerert kronologisk. Alle navn på steder ble erstattet med fiktive. I presentasjon av funn ble ”fyllordene”, som jeg i første omgang valgte å beholde, fjernet. Bakgrunn for det valget handler om mitt ansvar for ikke å nedverdige informanten (Malterud 2006). En setning som muntlig sett var godt forståelig, så jeg raskt gjennom transkripsjonen at ikke var det samme. Dersom dette hadde blitt gitt tilbake til informanten, kunne det ha gitt han/hun opplevelsen av manglende uttrykksevner, noe som ikke er ønskelig. (Malterud 2006).

Analyse

Gjennom analysen har jeg hatt en systematisk tilnærming til materialet som kom frem i intervjuene. Jeg har gjennomlest tekstene flere ganger for å skape fortrolighet til materialet. Gjennom lesingen så jeg at det stadig kom frem nye aspekter som jeg ikke så ved første øyekast. Analysearbeidet har blitt gjort strukturert, bakgrunn for det er min manglende erfaring med analyse. Ved å strukturere mistet jeg noe av fleksibiliteten og bevegeligheten jeg kunne ha fått dersom jeg hadde valgt motsatt. Samtidig har denne måten sikret systematikk knyttet til håndtering av rådata (Malterud 2006).

For å analysere har jeg valgt en systematisk tekstkondensering slik den er beskrevet i Malterud (2006). Denne metoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse. Metoden er velegnet for nybegynnere samtidig som den egner seg for tverrgående analyser av data fra flere informanter. Jeg valgte en datastyrt analyse hvor det ble identifisert ulike enheter i teksten som dannet grunnlag for utviklingen av databaserte kategorier. Disse ble igjen anvendt for å reorganisere materialet slik at meningsinnholdet kom tydelig frem. Jeg kunne på den annen side valgt en teoristyrte analyse hvor jeg sorterte teksten i forhold til forhåndsbestemte kategorier hentet fra teori. Risikoen med denne metoden kunne vært at jeg ville ha sittet igjen med en reproduksjon av tidligere kjent kunnskap. På bakgrunn av det ble

datastyrt analyse valgt. Dette er i tillegg velegnet når en ønsker å utvikle nye begreper (Malterud 2006).

Analyseprosessen

Jeg vil redegjøre trinnvis for hvordan jeg analyserte basert på beskrivelsen til Malterud (2006).

Trinn 1:

På dette trinnet gjennomført jeg en grundig gjennomlesing av de fire intervjuene. Det teoretiske rammeverket og forforståelsen ble lagt til side og jeg forsøkte å se helheten fremfor detaljene. Jeg tilstrebet å stille meg åpen for materialet og det som trådte frem. Temaer som kom tydelig frem for meg var følelsesoppmerksomhet, kollegastøtte, erfaring og kompetanse. På dette tidspunktet var det utfordrende å få et fullstendig helhetsinntrykk da jeg hadde så mye materiale, men disse fire temaene kom frem i samtlige intervjuer.

Trinn 2:

I denne fasen arbeidet jeg med å skille relevant tekst fra irrelevant tekst, jeg søkte etter delene av teksten som kunne belyse problemstillingen. Jeg hadde temaene fra første trinn med meg, og jeg gikk systematisk inn i teksten på let etter meningsbærende enheter. På dette trinnet opplevde jeg stor frustrasjon da jeg ble sittende med store mengder meningsbærende enheter som passet inn i flere av de ulike temaene. På det tidspunktet var jeg i behov av, og fikk, grundig veiledning, både alene og i gruppe. Det var i tillegg hensiktsmessig for meg å trekke inn teoretiske perspektiver og forforståelsen igjen, for å kunne se hva som passet sammen og om temaene fra fase en var gode nok. Jeg benyttet utskrifter fra hvert enkelt intervju og markerte fortløpende de ulike elementene som passet sammen med fargekoder. Jeg sorterte deretter de ulike elementene i egne dokumenter. Prosessen ble gjennomført i dataprogrammet Word ved hjelp av ”klipp og lim” -funksjonen. Dette var en krevende prosess, det var ikke alltid like lett å se hva som passet sammen og jeg måtte stadig gå tilbake til teksten for å se på sammenhengen de ulike elementene var hentet fra. Denne dekontekstualiseringen ga meg anledning til å se elementene i en ny sammenheng med beslektede tekstelementer (Malterud 2006).

Trinn 3:

I denne fasen var målet å abstrahere kunnskap fra hver kategori som kom frem på det forrige trinnet. På dette tidspunktet hadde jeg fire kategorier med ulike elementer som jeg så som aktuelle. Jeg konsentrerte meg om en kategori av gangen, gjennomgikk denne og så etter nyanser og sammenhenger. Jeg forsøkte å se etter variasjoner eller trekk som jeg skulle fremanalysere. Denne fasen var utfordrende for meg da jeg opplevde at jeg hadde ”sett meg blind” på analysen. På bakgrunn av det gikk jeg og veileder grundig gjennom hele prosessen og så på kategoriene jeg hadde kommet frem til. Sammen så vi etter likheter og trekk, og på den måten kom vi frem til subgrupper innen kategoriene. Jeg benyttet deretter subgruppen som arbeidsredskap. Heretter ble innholdet i hver subgruppe kondensert og det ble utviklet kunstige sitater. De kunstige sitatene var forankret i data fra transkripsjonen og innbefattet innholdet fra de meningsbærende enhetene. Gjennom disse sitatene forsøkte jeg å gjenfortelle det informantene hadde fortalt, primært ved bruk av deres ord og begreper (Malterud 2006).

Samarbeidet med veileder i denne prosessen var fruktbart for analysen, og den styrket valideringen i form av at veileder blant annet hadde lest transkripsjonene. Samtidig fikk vi frem flere nyanser da vi drøftet fortløpende og kunne stille hverandre spørsmål i forhold til ”hva er det dette handler om?”.

Trinn 4:

I dette trinnet ble materialet satt sammen igjen, det ble gjennomført en rekontekstualisering. Målet i denne fasen var å beskrive hva materialet inneholdt og lage en presentasjon av det. Hver subgruppe ble bearbeidet, og ved hjelp av de kunstige sitatene gjennomførte jeg en overgang fra rådata til nye beskrivelser. På dette tidspunktet ble de kunstige sitatene bytte ut med reelle sitater, altså meningsbærende enheter, dette materialet utgjorde da funnene i studien. Deretter ble transkripsjonene hentet tilbake og gjennomlest opp mot funnene for å sikre at funnene var forankret i informantenes fortellinger. Dette var et trinn innen validering av funnene. Ved at jeg gjennomførte dette systematisk ga det meg som forsker mer tillit og jeg var lojal mot informantens stemme.

Videre følger tabellen med funnene fra studien som ble utarbeidet gjennom analysen:

Tema	Meningsinnhold	Sitat
Følelsesoppmerksomhet	Å registrere egne følelser	”og da blir det så mange andre følelser som kommer opp i meg”.
	Å få en kroppslig fornemmelse	”Jeg var redd, jeg kjente det i magen så går det opp mot brystet på et vis”.
	Å ha et kroppslig beredskap	”...at en er litt sånn på hugget kjenner at adrenalinnet kommer”
	Å ha et mentalt beredskap	”Jeg gikk inn i en slags beredskapsmodus”

Tema	Meningsinnhold	Sitat
Selvbekreftelse	Å bevare selvfølelsen når pasienten devaluerer	”Jeg kan tåle å bli skjelt ut hvis jeg ser at dette er en dårlig fungerende”
	Å anerkjenne egen kompetanse og erfaring	”Det at man har erfaring og mye kunnskap er med på å

		gjøre meg tryggere”
--	--	---------------------

Tema	Meningsinnhold	Sitat
Doble/tvetydige holdninger til pasienten	Å forstå pasientens lidelsesuttrykk	”..han går med så mye aggresjon inne i seg og det er bra om han kan få det ut”.
	Å se menneske bak handlingene	” ..å se gutten som forsvant, menneske som egentlig er bak situasjonen”
	Å anerkjenne pasientens opplevelse	”..det er viktig å anerkjenne opplevelsen til pasienten”

Tema	Meningsinnhold	sitat
Den trygge kollegastøtten	Å få aksept for å snakke om egne opplevelser	”..at du har noen bak deg i selve situasjonen og at du kan snakke med noen etterpå”
	Å få bekreftelse og anerkjennelse på at en gjør en god jobb	”Det var viktig for meg at jeg ble hørt og sett og at jeg fikk

		støtte på at den jobben jeg gjorde var bra”
	Å stole på kolleger	”Jeg er helt avhengig av å ha trygge mennesker rundt meg om jeg kan stole på til enhver tid”.

Undertema	Meningsinnhold	Sitat
Tillit/støtte	Å få støtte av kolleger	”det står to utenfor i gangen , jeg har to med meg på rommet alarmen fungerer hvis han skulle angripe”
	Å samarbeide med kolleger	”...at vi kan lese situasjonen sammen, ja, at du vet når det smeller”

Under gjennomlesing i siste trinn oppdaget jeg nye vendinger og interessante aspekter i intervjuene. Det var en utfordring for meg å ikke gå inn i disse, da de funnene jeg hadde fått kunne belyse problemstillingen min.

Studiens kvalitet

Gjennom studien er det produsert kunnskap på bakgrunn av samtaler med sykepleiere. Det er et overordnet kvalitetsmål at denne kunnskapen er pålitelig og gyldig og at etiske hensyn er

ivaretatt i forskningsprosessen. Gjennom denne oppgaven er det gjort rede for valg av metode, vitenskapelig posisjon, utvalg, datainnsamling og analyseprosessen. Målet har vært å gi leseren innsyn i forskningsprosessens alle ledd. Denne oppgaven avsluttes med en vurdering og refleksjon knyttet til studiens validitet, reliabilitet og etiske betraktninger.

Begrepene validitet og reliabilitet har sin opprinnelse innen kvantitativ forskning og det er stor uenighet om disse begrepene kan anvendes innen kvalitativ forskning. Innen denne formen ligger ikke kravet til objektivitet til grunn og det er derfor utviklet andre kriterier til hva som er god forskning. Begrepene har derfor blitt erstattet eller fått nytt innhold. Malterud (2006) har blant annet erstattet reliabilitet med relevans.

Jeg har valgt å benytte de allerede etablerte begrepene, og Kvaales (2008) forståelse av disse ligger til grunn. Refleksivitet er også anvendt da refleksivitet representerer en grunnleggende verdi i kvalitativ forskning (Malterud 2006).

Validitet

Validitet omhandler funnenes gyldighet. I forskning handler validitet om sannhet og viten, og det avgjørende er hvilke kriterier til sannhet en legger til grunn. I studien er det lagt til grunn en tro på menneskets subjektivitet og informantens livsverden. Samtidig er det drøftet hvorfor jeg som forsker ikke vil være i stand til å intervju og analysere på et objektivt grunnlag.

For å styrke intervjuenes validitet ble det gjennomført to prøveintervjuer. Jeg fikk gjennom disse testet ut meg selv som intervjuer og den foreløpige intervjuguiden. Jeg gjorde flere erfaringer med prøveintervjuene og ut videreutviklet intervjuguiden på bakgrunn av disse. Samtidig fikk jeg fjernet/lagt til spørsmål som var irrelevante/relevante for å belyse problemstillingen.

Under intervjuene foretok jeg en stadig oppsummering av det informantene fortalte, ved å blant annet si ”har jeg forstått deg slik at..”. Dette ble gjort for å sikre størst mulig grad av felles forståelse mellom meg og informanten. Samtidig bidro en slik dialogisk validering til å styrke intersubjektiviteten mellom informant og forsker ved at jeg forsikret meg om at jeg oppfattet riktig (Malterud 2006).

Min forforståelse og kjennskap til feltet skapte en fortrolighet under intervjuene. Informantene opplevde at jeg forstod hva de snakket om, da vi ”snakket samme språk”, på grunn av felles bakgrunn. Dette kan styrke funnenes troverdighet. Fortroligheten kan ha gjort

det lettere for informanten i forhold til å åpne seg med tanke på å snakke om vonde hendelser og følelser. Det er usikkert om informantene ville vært like åpne dersom jeg ikke hadde hatt den samme bakgrunnen.

Under dekontekstualiseringen i analysen var faren for å svekke validiteten stor, men ved å tilbakeføre funnene til den sammenhengen de var hentet fra fikk jeg vurdert gyldigheten. At veileder deltok i deler av denne prosessen og var kjent med transkripsjonene styrker validiteten og sikrer at funnene er forankret i data fra intervjusamtalene (Malterud 2006).

I forkant av studien hadde jeg ingen klare formeninge om sammensetningen av utvalget, annet at det skulle være sykepleiere med minimum to års erfaring fra det aktuelle fagfelt. Kjønnsperspektivet ble vurdert problematisert, men ble utelatt på grunn av oppgavens omfang. Via tredjepart ble jeg tildelt fire informanter, det var informanter av begge kjønn, med lenger enn fem års erfaring. Gjennom intervjuene kom det frem en erfaringskunnskap og trygghet som mine informanter representerte. Ut ifra min forståelse kan dette handle om deres lange erfaring. Det at alle informantene hadde lang erfaring er sannsynligvis en svakhet ved min oppgave. Dersom jeg hadde hatt større variasjon i gruppen ville jeg fått andre resultater. Jeg mener ikke at de nødvendigvis ville vært bedre og mer spennende, men en blandet gruppe ville gitt større variasjon i funnene (Malterud 2006).

Ved kun å intervju gode erfarne sykepleiere kan jeg ha mistet nyanser som jeg mener er av betydning for studien. All den tid dette er en kvalitativ studie, og at jeg på bakgrunn av fire informanter ikke skal/kan generalisere, mener jeg at dette er et meget viktig aspekt å ta med til ettertanke. Spesielt i forhold til vurdering av funnenens troverdighet. Malterud (2006) sier at det ikke er et mål å eliminere utvalgsbias fullstendig, men å redusere de faktorene som bidrar til en snever kunnskapsutvikling. Jeg mener på ingen måte at mitt utvalg bidrar til en snever kunnskapsutvikling, heller det motsatte. Med et variert utvalg ville jeg muligens fått et større helhetsinntrykk som igjen ville styrket studien min. Et utvalg på fire er relativt lavt og det er derfor viktig å behandle funnene med forsiktighet.

Reliabilitet

Reliabilitet har med funnenes konsistens å gjøre. Det er ønskelig med høy grad av reliabilitet for å motvirke tilfeldig subjektivitet, samtidig kan en for sterk fokusering på reliabilitet svekke kreativ tenkning og variasjon (Kvale 2008).

I studien kan det være vanskelig å etterprøve resultatene da jeg som forsker har vært måleinstrumentet. Jeg har vært preget av min forforståelse, og den har påvirket intervjuguiden. På bakgrunn av det ville en annen forsker sannsynligvis fått andre funn da han/hun ikke ville hatt det samme utgangspunktet. Å stille spørsmål underveis i intervjusituasjonen når noe har vært uklart, antar jeg har bidratt til å øke reliabiliteten. Det at transkripsjonen ble utført av undertegnede, ordrett og ved bruk av lydbånd, har bidratt til det samme.

Utover dette er leserens tilgang til forskningsprosessen en styrke ved reliabiliteten. Det er tilstrebet å oppnå åpenhet i forhold til forskningsprosessen og hvordan kunnskapen har blitt utviklet og hvordan svakhetene har påvirket funnene. Det har blitt redegjort for analysens alle ledd for å gi innsikt i hvordan funnene har fremkommet.

På bakgrunn av det lave antall informanter kan ikke funnene overføres direkte til praksis. Men funnene i seg selv kan bidra til å skape økt innsikt og forståelse av hvordan det oppleves for sykepleieren å møte aggressive pasienter.

Refleksivitet

Et krav innen kvalitativ forskning er refleksivitet og omhandler hvordan forskningsprosessen har påvirket funn og konklusjoner (Malterud 2006). Bevissthet i forhold til egen forforståelse og refleksjon rundt denne er et vesentlig kriterium og har derfor vært viktig for undertegnede gjennom hele prosessen.

Det har blitt foretatt en fortløpende vurdering av om forskningsspørsmålene har vært gode nok til å besvare problemstillingen. Denne vurderingen har blitt gjort ved at undertegnede gjennom hele forskningsprosessen har hatt forskningsspørsmålene i fokus, og til stadighet reflektert over om hvorvidt de blir besvart eller ikke. Etter denne vurderingen anser jeg forskningsspørsmålene som tilstrekkelig gode til å få et bilde på det jeg ønsket å undersøke. Jeg har tilstrebet å være åpen i forhold til forforståelsen og min rolle som forsker, som er viktig for å styrke validitet og reliabilitet. Analysen er utført på bakgrunn av en hermeneutisk tolkning, så funnene har sitt utgangspunkt i en tolkning av informantenes ord. Funnene som har blitt presentert i studien har sin forankring i et samarbeid mellom meg og informantene. Det er derfor nærliggende å si at en annen forsker ville fått andre funn. Det er tilstrebet å følge kvalitetskriteriene for god forskning, og vurdering av studiens troverdighet overlates derfor til leser.

Etiske utfordringer

Prosjektet har fulgt retningslinjene til Helsinki-deklarasjonen (2008). De etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker har vært styrende gjennom hele forskningsprosessen.

Det ble sendt formell søknad til det aktuelle sykehus med alle nødvendige dokumenter og opplysninger. Informanter ble valgt via tredjepart, og forsker hadde ingen påvirkning på valg av informanter bortsett fra inklusjons – og eksklusjonskriteriene. Autonomiprinsippet ble ivaretatt ved å sende ut informert samtykke i forkant av intervjuet. Informanten hadde selvbestemmelsesrett. Han/hun kunne, uansett tidspunkt, trekke seg fra studien uten å oppgi grunn. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble formidlet til informantene via tredjepart.

Undertegnede er spesialsykepleier og har erfaring fra arbeid med alvorlig psykisk syke og sårbare mennesker. Denne kompetansen er av betydning med tanke på å ivareta respekten for informantenes personlige integritet. Enhver form for datainnsamling representerer en risiko for en prosess hos informanten som kan aktivere psykisk uro (Malterud, 2006). Informantene er fagpersoner og intervjues i kraft av å være det, og anses derfor ikke å være en sårbar gruppe. Til tross for det er temaet i studien av en slik art at det kan medføre ubehag hos informanten, å fortelle om følelser kan oppleves som utfordrende. Dessuten kan et intervju rettet mot en fagperson virke i ytterste konsekvens bidra til å krenke deres faglige integritet. Det ble derfor gjennomført en samtale i etterkant av hvert intervju hvor opplevelsen av intervjusituasjonen var i fokus. Samtlige informanter ga uttrykk for at dette var en positiv opplevelse. Informantene ble ønsket velkommen til å kontakte meg i etterkant, og jeg hadde i forkant av intervjuene drøftet eventuelt oppfølgingsbehov med enhetsleder. På den måten ble oppfølgingen ivaretatt i flere ledd.

Konfidensialiteten til informanten har blitt opprettholdt gjennom hele forskningsprosessen, og etter endt prosjekt. Funnene gir ingen indikasjoner på hvem som har hatt de ulike utsagnene. Opptaksbåndene samt materialet fra analysen vil bli destruert etter Høgskolens retningslinjer.

Ikke skade -prinsippet innbefatter min plikt til å ikke forvolde informantene skade. Skaden kan komme til uttrykk ved at informanten forteller ting de i etterkant ville angre på. Jeg brukte derfor tid på å snakke med informantene om at de skulle tenke gjennom hva de ville fortelle meg.

Velgjørenhetsprinsippet innbefatter min plikt til å fremme det gode. Det ble forsøkt møtt ved å tilstrebe at intervjuet skulle bli en positiv opplevelse for informanten. Formålet med studien har vært å innhente kunnskap om praksis på bakgrunn av informantens fortellinger. Dette kan på sikt føre til en kvalitetsutvikling av praksis. At informantene fikk fortelle og reflektere over sin livsverden kan ha bidratt til økt forståelse og innsikt hos dem, noe som kan oppleves som positivt. Jeg har tidligere argumentert for at sykepleierens følelser ikke alltid blir satt på dagsorden. Min studie kan ha bidratt til at informantene har opplevd seg selv som hørt og sett som individer, og ut fra min forståelse bidrar det til velgjørenhet (Da Silva 2002).

Litteraturliste

Da Silva, A B. (2002) *Etikk i helsetjenesten* (3. utgave). Stavanger: Misjonshøgskolens forlag

Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt* (2. utgave). Danmark: Nørhaven Book

Helsinki-deklarasjonen (2008) Lastet ned 02.04.09 fra

<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>

Kvaale, S. (2008). *Det kvalitative forskningsintervju* (11 utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk

Malterud, K. (2006). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3 utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2005). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og utfordringer. *Ugeskrift for læger*, 167(22), 2377-2380

Monsen, J.T., & Monsen, K. (2001) Affekter og affektbevissthet: Et bidrag til integrerende psykoterapimodell: I Holte, A., Nielsen, G.H., & Rønnestad, M.H. (Red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*. (s 71-90). Oslo: Gyldendal Akademisk

Thornquist, E. (2006). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (2 utgave). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Hvordan opplever sykepleieren å møte aggressive pasienter?

En kvalitativ studie.

Pamila Sharma

Pamila Sharma, spesialsykepleier, mastergradskandidat i psykisk helsearbeid MMCH, Høgskolen i Hedmark, institutt for helse- og idrettsfag.

Sammendrag

Bakgrunn: De utfordringene sykepleierne står ovenfor når de skal yte omsorg i møte med pasienter med aggresjonsproblematikk. **Hensikt:** Å få innsikt i sykepleierens opplevde forhold til seg selv og sine omgivelser i dette møtet. **Metode:** Kvalitativt forskningsintervju er benyttet som datainnsamlingsmetode. Det ble gjennomført individuelle intervjuer med fire sykepleiere. **Funn:** Informantene utviste høy grad av følelsesoppmerksomhet i pasientmøter, økt erfaring og kompetanse bidro til opplevelsen av trygghet i disse møtene. Å møte pasienter med aggresjonsproblematikk vekker tidvis uakseptable, men fortsatt menneskelig reaksjoner i sykepleieren og det oppleves utfordrende å opprettholde "gode holdninger". Kollegastøtte angis som sentral og trygghets skapende i pasientmøter. **Konklusjon:** Et systematisk utarbeidet veiledningssystem kan sikre at sykepleieren opprettholder selvrefleksivitet i utfordrende møter, slik at pasienten ikke utsettes for relasjonelle overgrep. Sykepleieren bør, til tross for høy kompetanse søke å trekke inn tvilsaspektet i refleksjon over egne handlinger, slik at han/hun sikrer en moralsk, sensitiv praksis.

Nøkkelord:

Kvalitativt forskningsintervju, sykepleiere, aggresjon, selvrefleksivitet.

Innledning

Denne artikkelen baserer seg på en studie rettet mot å skape en dypere forståelse av hvordan det oppleves for sykepleieren å møte aggressive pasienter. Hensikten er å få innsikt i sykepleierens opplevde forhold til seg selv og sine omgivelser i dette møtet.

St.meld nr 25 (1996-1997) påpeker at bare en liten gruppe alvorlig sinnslidende kan oppfattes som særlig vanskelige og/eller farlige. En oppsummering av internasjonal forskning gjort av Helsetilsynet viser at voldshandlinger utført av alvorlig sinnslidende er økende. Det presiseres at de sammensatte problemene med psykose som hovedlidelse og tilleggsvansker som eksempelvis rusmisbruk, atferdsproblemer, kriminalitet samt personlighetsforstyrrelser fører til at denne gruppen representerer en utfordring i forhold til diagnostikk, behandling og omsorg.

Arbeidsmiljølovens § 4-3 stiller krav til det psykososiale arbeidsmiljø. I loven heter det at arbeidstakers integritet og verdighet skal ivaretas. Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold og trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre (Lovdata 2005). På den annen side sier de yrkesetiske retningslinjer at *”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, her- under retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket”* (2007:7). Arbeidsmiljølovens krav om å beskytte den ansatte, i denne sammenheng sykepleieren, sier at sykepleieren skal beskyttes mot vold og aggresjon på sin arbeidsplass. Men sykepleierens virke styres også av de yrkesetiske retningslinjer som pålegger sykepleieren å yte omsorg og bevare pasientens integritet, uansett lidelse. Dette kan bidra til å gi en indikasjon på kompleksiteten og utfordringen som ligger i å møte aggressive pasienter.

Tidligere forskning

Gjennomgang av tidligere forskning viser at forekomsten av vold og aggresjon innen det psykiske helsevern, primært innen spesialisthelsetjenesten, er til stede (Omèrov, Edman og Wistedt 2003). Serper, Goldberg, Herman, Richarme, Chou, Dill og Cancro (2005) setter fokus på det samme og hevder at aggressive handlinger utført av pasienter med psykiske lidelser representerer store utfordringer i det psykiske helsevern. Kompetanseheving og økt faglig forståelse av vold og aggresjon kan imidlertid bidra til å redusere forekomsten av dette (Deans 2003).

Flere studier fokuserer på sykepleierens opplevelse i møte med aggressive pasienter. I studien til Omèrov, Edman og Wistedt (2001) fremkom det signifikante forskjeller på hvordan kvinner og menn opplever å bli utsatt for aggressive handlinger. Kvinner reagerte i større grad med å bli overrasket, mens menn viste økt grad av frykt. Begge gruppene rapporterte stor grad av ubehag etter aggressive episoder. Enkelte meldte vansker med nattesøvn og mareritt, en liten del av gruppen tvilte på om de mestret å returnere til de samme arbeidsoppgavene. Flere studier angir opplevelsen av stress i møte med aggressive pasienter som sentral, og at stress har negativ innvirkning på sykepleierens helse (Currid 2008 og Duncan et al (2001). Jenkins og Elliot (2004) undersøkte forekomsten av stress og graden av utbrenthet hos sykepleiere innen akuttpsykiatrien. Denne gruppen møtte aggressive pasienter i sin kliniske hverdag. Ca halvparten viste høy grad av tegn på utbrenthet i form av emosjonell utmattelse. Funnene indikerte en klar sammenheng mellom god kollegastøtte og redusert forekomst av emosjonell utmattelse.

Henderson (2003) fant at forekomsten av episoder med vold og trusler var hyppig. 49 sykepleiere fra fire ulike områder innen helsesektoren deltok. Vold og trusler hadde en signifikant betydning i forhold til sykepleierens evne til å gi god behandling. Studien konkluderer med at aggresjon rettet mot sykepleiere ikke bare påvirker sykepleierens sikkerhet og helse, men at det også kan ha uheldige konsekvenser for rekruttering av sykepleiere og for å beholde de som allerede er ansatt. Mitchell (2001) gjennomførte en kvalitativ studie med sykepleiere som arbeidet i et miljø hvor de ofte måtte håndtere aggresjon. Informantene identifiserte kollegastøtte, klinisk veiledning og debrifing som gode metoder for å håndtere møte med aggresjon.

Å bli utsatt for aggressive pasienter kan ha negativ innvirkning på sykepleierens syn på pasienten. (Lewis og Dehn 1999). Målet med studien var å kartlegge hyppigheten av angrep rettet mot sykepleieren og hvilke konsekvenser det fikk for han/henne. Lewis og Dehn (1999) konkluderer med at sykepleiere som arbeider utenfor institusjon og som blir utsatt for vold og trusler utvikler en høyere grad av sårbarhet. Hegny et al (2006) gjennomførte en studie som involverte 3000 sykepleiere fra ulike instanser innen helsesektoren. Det ble her konkludert med at et miljø preget av utrygghet og aggresjon har en negativ innvirkning på de ansatte.

Teoretisk ramme

Aggresjon

”Aggresjon er et samlebegrep for atferd som et individ med hensikt utfører eller gir eksplisitt verbalt og fysisk uttrykk for å ville utføre, for et annet individ skal påføres fysisk skade, fysisk smerte eller kroppslig krenkelse” (Bjørkly 2001:28).

Aggresjon kommer til uttrykk på ulike måter. Hummelvoll (2004) sier at en kan tenke seg et aggresjonskontinuum. Det innebærer at på den ene siden av skalaen foreligger ytterste form for aggresjon rettet mot en selv, selvmord. På den andre siden av skalaen ligger raseri. Raseriet kan være så altoppslukende at individet ikke mestrer å få kontroll og det kan gi seg utslag i alvorlige voldshandlinger (Hummelvoll 2004). Det foreligger også positive aspekter ved aggresjon. Aggresjon kan virke som en positiv drivkraft i individet. Fenomenet kan forstås som hensiktsmessig når det er problemløsende og/eller benyttes til forsvar mot et reelt angrep (Hummelvoll 2004).

Selvhevdelse kan forklares som en positiv måte å bruke aggresjon på, som ved å verne om egne rettigheter. Aggresjon kan være hensiktsmessig i enkelte situasjoner, som blant annet nevnt over. Aggresjon blir patologisk når den styres av overreaksjon og selvødeleggelse samt når den tillater den emosjonelle konflikt å bli stående uløst (Hummelvoll 2004).

Dialektisk relasjonsforståelse

Forståelsen har sitt utspring i eksistensialismen som omhandler menneskets væren i tilværelsen. Schibbye (2002) er opptatt av individets evne til å være i utvikling. Menneskets evne til refleksjon og fokus på egne erfaringer samt ytre stimuli er sentralt. Det personen opplever i sin virkelighet anses som utgangspunktet for handling og refleksjon. Dialektisk relasjonsforståelse retter søkelyset mot subjekter og prosesser, fremfor objekter og handlinger. I kommunikasjon er deltakerne i et subjekt – subjekt forhold til hverandre, og er likeverdige. Mennesket ansees å ha sin egen indre livsverden med følelser, tanker og meninger, og individet kan ikke forstås uten å forstå relasjonen det står i til andre.

Fundamentale begreper i denne forståelsen er anerkjennelse og erkjennelse. Anerkjennelse handler om å bekrefte den andres rett til egen opplevelse. Et individ blir selvstendig og bevisst ved å bli anerkjent av andre. Scibbye påpeker at anerkjennelse ikke er noe man har, men noe man er. Erkjennelse innebærer at en ser alle sider ved seg selv, også de negative. Både anerkjennelse og erkjennelse må utvikles i hvert menneske, i samspill med andre.

Begreper som lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse er sentrale i anerkjennelsen. Disse er dialektiske i kraft av at de henger sammen. Begrepene forutsetter hverandre. Med det menes at for å forstå må man lytte, for å bekrefte må man forstå (Schibbye 2002).

Innen den dialektiske relasjonsforståelsen er selvrefleksivitet fremtredende. Selvrefleksjon handler om den menneskelige evnen til å kunne forholde seg til seg selv, å være sitt eget objekt, altså å stille seg utenfor seg selv og se seg selv. Dialektisk sett innebærer refleksiviteten selvavgrensning. Å ha perspektiv på opplevelser av selvet knyttes sammen med evnen til å avgrense disse opplevelsene fra andres. Selvavgrensning er menneskets evne til å skille og sortere mellom egen og andres opplevelse og oppfatninger. En forutsetning innen selvrefleksiviteten er selvavgrensning. På lik linje med å ha oversikt over ens selv, handler selvrefleksivitet om å se den andres perspektiv på sine opplevelser. I tillegg innebærer det å ha et perspektiv på andres syn på ens eget selv (Schibbye 2002). Selvrefleksiviteten gir individet muligheten til å se og analysere egen opplevelse, få innsikt i at denne tilhører en selv, ikke andre og sette ord på opplevelsen.

Problemstilling

Utgangspunktet for studien baseres på forståelsen av at sykepleieren opplever det utfordrende å møte aggressive pasienter. Belastningen sykepleieren kan oppleve i møte med aggressive pasienter kan utfordre sykepleierens holdning til pasienten og hans/hennes evne til å yte omsorg overfor pasienten.

På bakgrunn av dette er følgende problemstilling utarbeidet:

Hvordan opplever sykepleieren å møte aggressive pasienter?

Følgende forskningsspørsmål søkes besvart:

- 1: Hvordan forholder sykepleieren seg til seg selv i møte med aggressive pasienter?
2. Hvilke holdninger opplever sykepleieren at de har i dette møtet?
3. Hvordan opplever sykepleieren relasjonen til sine kolleger?

Metode

For å besvare forskningsspørsmålene ble det kvalitative forskningsintervju benyttet, da hensikten har vært å innhente åpne og nyanserte beskrivelser av intervjupersonenes livsverden (Kvale 2008). Problemstillingen er kompleks og hensikten har vært å skape forståelse fremfor forklaring. Det ble benyttet et semistrukturert intervju (Malterud 2006). Hummelvoll og da Silva (1996) sier at for å forstå den profesjonelles livsverden er det hensiktsmessig med en hermeneutisk tolkning og en fenomenologisk beskrivelse. Intervjuguiden (Se vedlegg nr 4) ble utarbeidet på bakgrunn av forskers forforståelse. Det ble gjennomført to prøveintervjuer som var veiledende i utarbeidelsen av guiden. Under intervjuene inntok forsker en

fenomenologisk posisjon og det ble tilstrebet å parentessette egen forforståelse. Under transkripsjon og analyseprosessen beveget forsker seg i den hermeneutiske sirkel og tolket på bakgrunn av den. Metoden er derfor forankret i en hermeneutisk – fenomenologisk tilnærming. I intervjusituasjonen ble informantene utfordret til å beskrive et møte med en aggressiv pasient og å dele erfaringer for å gi innblikk i deres profesjonelle livsverden (Kvale 2008)

Inklusjonskriteriet var sykepleiere med minimum to års erfaring fra arbeid med mennesker med aggresjonsproblematikk. Fire sykepleiere ble rekruttert via tredjepart fra en psykiatrisk avdeling med aggresjonsproblematikk som kjerneområde. Det ble sendt ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring i forkant (Se vedlegg nr 2 og nr 3). Alle informantene hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid og over fem års erfaring. Dette var ingen forutsetning for deltakelse, men heller en tilfeldighet. Utvalget representerte deltagere av begge kjønn.

Hvert intervju varte ca en time og ble dokumentert med lydbånd, deretter transkribert ordrett av undertegnede. Analysen ble gjennomført ved en systematisk tekstkondensering som beskrevet i Malterud (2006). Materialet ble gjennomlest flere ganger for å skape fortrolighet til teksten. Deretter ble teksten delt inn i ulike meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene ble omskrevet og delt inn i grupper i forhold til felles fenomen. Det ble deretter søkt etter ulikheter og nyanser i de ulike fortellingene (Se vedlegg 1).

De etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker har vært styrende gjennom hele forskningsprosessen (Helsinki-deklarasjonen 2008). Intervju rettet mot en fagpersons arbeid kan i ytterste konsekvens bidra til å krenke deres faglige integritet. Et formål med intervjuet var at det skulle være en positiv opplevelse for informanten (Kvale 2008). Fokus på ikke å krenke informantens integritet ble derfor viktig. Dette poenget inngikk også i den etiske overveielser hvor ikke skade- prinsippet står sentralt.

Autonomiprinsippet ble ivaretatt ved at det ble innhentet informert samtykke i forkant av intervjuet. Informantene kunne når som helst i løpet av studien trekke seg og/eller kreve samtalen slettet, uten å oppgi grunn. I etterkant av hvert intervju samtale vi om hvordan intervjuet hadde vært for informanten. De ble ønsket velkommen til å ta kontakt med forsker i etterkant.

Funn

Analysen av data resulterte i fire hovedtemaer. 1: Følelsesoppmerksomhet. 2: Selvbekreftelse. 3: Doble og tvetydige holdninger til pasienten. 4: Den trygge kollegastøtten. Disse funnene og nyansene utdypes i det følgende:

Tabell over funn:

Tema	Meningsinnhold	Sitat
Følelsesoppmerksomhet	Å registrere egne følelser	”og da blir det så mange andre følelser som kommer opp i meg”.
	Å få en kroppslig fornemmelse	”Jeg var redd, jeg kjente det i magen så
	Å få en kroppslig fornemmelse	”Jeg var redd, jeg kjente det i magen så går det opp mot brystet på et vis”.

	Å ha et kroppslig beredskap	”...at en er litt sånn på hugget kjenner at adrenalinet kommer”
	Å ha et mentalt beredskap	”Jeg gikk inn i en slags beredskapsmodus”

Tema	Meningsinnhold	Sitat
Selvbekreftelse	Å bevare selvfølelsen når pasienten devaluerer	”Jeg kan tåle å bli skjelt ut hvis jeg ser at dette er en dårlig fungerende”
	Å anerkjenne egen kompetanse og erfaring	”Det at man har erfaring og mye kunnskap er med på å gjøre meg tryggere”

Tema	Meningsinnhold	Sitat
Doble/tvetydige holdninger til pasienten	Å forstå pasientens lidelsesuttrykk	”..han går med så mye aggresjon inne i seg og det er bra om han kan få det ut”.
	Å se menneske bak handlingene	” ..å se gutten som forsvant, menneske som egentlig er bak situasjonen”
	Å anerkjenne pasientens opplevelse	”..det er viktig å anerkjenne opplevelsen til pasienten”

Tema	Meningsinnhold	sitat
Den trygge kollegastøtten	Å få aksept for å snakke om egne opplevelser	”..at du har noen bak deg i selve situasjonen og at du kan snakke med noen etterpå”
	Å få bekreftelse og anerkjennelse på at en gjør en god jobb	”Det var viktig for meg at jeg ble hørt og sett og at jeg fikk støtte på at den jobben jeg gjorde var bra”
	Å stole på kolleger	”Jeg er helt avhengig av å ha trygge mennesker rundt meg om jeg kan stole på til enhver tid”.

Undertema	Meningsinnhold	Sitat
Tillit/støtte	Å få støtte av kolleger	”det står to utenfor i gangen , jeg har to med meg på rommet alarmer fungerer hvis han skulle angripe”
	Å samarbeide med kolleger	”...at vi kan lese situasjonen sammen, ja, at du vet når det smeller”

Følelsesoppmerksomhet

Samtlige informanter hadde rike beskrivelser av følelsene som oppstod i møte med aggressive pasienter. Informantene viste gjennom eksempler hvordan de registrerte disse følelsene. Informantene viste til ulike følelser, som for eksempel sinne, glede, forbannelse og redsel. Sykepleierne satte ord på hvilke sammenhenger følelsene oppstod i. Ut fra eksemplene fremkom det at følelser som usikkerhet og redsel gjerne oppstod i møter hvor informanten ikke følte seg trygg. En av informantene sa det slik:

”Det som er litt interessant er at jeg var redd henne lenge etterpå, og da er det så mange andre følelser som kommer opp i meg når jeg i omgang med sånne pasienter, personer med aggresjons- problemer, du får avsky for dem”.

Utsagnet er hentet fra en beskrivelse av et møte hvor sykepleieren følte seg truet av en pasient.

Å få en kroppslig fornemmelse snakket mange av informantene om. En informant fortalte at:

”Jeg var redd, jeg kjente det i magen, så går det opp mot brystet på et vis, så var det også at jeg bare ventet på at noe ville skje. Du vet bare at noe skjer, bare ikke når, eller hvordan. Vissheten om at du da er alene gir en veldig dårlig følelse”.

Sykepleieren beskriver her hvordan hun konkret registrerte følelsen av redsel. Flere informanter fortalte at det var viktig med den kroppslige fornemmelsen da de i større grad evnet å differensiere mellom de ulike følelsene på den måten. Informantene fortalte at de ofte var i beredskap, både kroppslig og mentalt. Det kroppslige beredskapet handlet om at sykepleieren fornemmet endring i den fysiske statusen, hun kjente at pulsen og adrenalinet økte.

”Da vet jeg at nå kan det skje, er det nå han skal slå meg, da kjenner jeg at pulsen banker, så kommer den usikkerheten, ikke akkurat angst, men at en er litt sånn på hugget, kjenner at adrenalinet kommer”.

En informant fortalte at det var ”guffent” å stå i den kroppslige beredskapen. Det var ubehagelig å vente på at noe skulle skje.

Den mentale beredskapen handlet om at informantene i lengre tid mentalt forberedte seg på utfordrende møter. Informantene eksemplifiserte dette og viste til perioder hvor de hadde pasienter med spesielt utfordrende atferd. En informant snakket om at det var energikrevende å arbeide i slike perioder, og at behovet for pause var stort etter slike perioder.

”Jeg bruker mye energi. Jeg var letta da han reiste, fordi jeg brukte så mye energi underveis på en sånn pasient”.

Informantene så ikke på den mentale beredskapen som utelukkende negativt, de konstaterte heller at fenomenet var til stede og satte ord på det. Enkelte av informantene viste til det som et aspekt ved relasjonsarbeid, og benyttet det for å gi et bilde på at det ”koster” å bruke seg selv i møte med pasienten.

Selvbekreftelse

Informantene så det som viktig å bevare seg selv i møte med aggressive pasienter. Selvbekreftelse og anerkjennelse av seg selv var gjentakende temaer. Informanten var opptatt av å bevare selvfølelsen, blant annet når pasienten devaluerte dem.

En informant viste til eksempler fra møter hvor en psykotisk pasient devaluerte henne. Informanten var opptatt av at det ikke var noe han/hun lot seg affisere av, dette handlet om pasienten. På den annen side ble det vist til at daglig devaluering av han/henne over tid kunne være tøft, og at det da var lett å føle seg mislykket. I pasientmøter preget av devaluering fortalte informantene at de brukte mye energi på å tenke at de ikke var slik pasienten beskrev. Dette var en form for mestringsstrategi for å bevare selvfølelsen i møter som ble beskrevet som spesielt utfordrende.

”..hadde det vært hver dag, sånn som pasienten min, hvis han hver dag skulle sagt: fy, du er stygg, jeg orker ikke se deg, jeg blir kvalm av deg. Det ville blitt slitsomt. Da ville jeg følt meg veldig stygg og veldig bedrøvelig”.

Samtlige informanter fortalte om betydningen av å anerkjenne egen kompetanse og erfaring.

”Det at man har erfaring og mye kunnskap er med på å gjøre meg tryggere, det at jeg kan mer om ulike deeskaleringsteknikker gjør at jeg møter pasienten på en OK måte”.

Dette sitatet representerer det flere av informantene fortalte.

Informantene viste til eksempler fra tiden hvor de var nyutdannet og/eller nyansatt, hvor de følte seg utrygge og ikke alltid stolte på seg selv og sine vurderinger. Enkelte informanter fortalte at behovet for å snakke om vanskelige hendelser avtok etter hvert som de fikk økt erfaring og faglig forståelse. Som nye satte de egne handlinger under stadig granskning og reflekterte mye over hvordan de selv hadde vært i møte med pasienten. De trengte å snakke om de ulike hendelsene over lang tid. Den stadige granskningen av eget bidrag førte i enkelte tilfeller til at sykepleierne mestret å anerkjenne seg selv, mens de andre ganger følte seg mislykket da de opplevde at de ikke hadde gjort en god jobb. Disse erfaringene påvirket informantenes selvfølelse.

Denne kritiske granskningen avtok etter hvert som kompetansen og erfaringen økte. Da mestret informantene i større grad å anerkjenne egen kompetanse og erfaring. De var opptatt av at anerkjennelsen av seg selv gjorde dem trygge i møte med aggressive pasienter og at de derfor mestret å møte den syke på en god måte.

”Som ny var en mer hudløs, man trengte bekreftelse på at man var en ålreit sykepleier, og da var det mye av den bekreftelsen man vokste på”.

De fortalte hvordan økt forståelse av fenomenet aggresjon og erfaringen med ulike deeskaleringsteknikker gjorde dem tryggere. De opplevde at de mestret de vanskelige møtene, og dét ga en anerkjennelse i seg selv. At informantene ikke lenger hadde det samme behovet for å bearbeide hendelser over tid knyttet de direkte til den økte kompetansen.

Doble og tvetydige holdninger til pasienten

Hva holdninger til pasienten angår var samtlige informanter opptatt av å se pasientens lidelsesuttrykk og dermed lete etter forståelse og forklaringsmuligheter. Sykepleierne uttrykte at de anså aggresjonen som tegn på pasientens manglende kommunikasjonsrepertoar. De viste til møter hvor de følte seg truet, men at de i etterkant forstod aggresjonen som pasientens mestringsstrategi. Informantene mente det var viktig at pasientene fikk utløp for sin aggresjon.

”Han går med så mye aggresjon i seg, det er bra om han kan få det ut, dette handler om projisering, dette er jo syke mennesker”.

Dette utsagnet beskriver sykepleierens syn på pasientens aggresjon. Han/hun ser det som en del av deres sykdomsbilde og ønsker å hjelpe den syke. Det var dog noen variasjoner i funnene, en informant fortalte at det var utfordrende å ha ”gode holdninger” overfor de pasientene som hadde utsatt informanten for aggressive handlinger. Sykepleieren fortalte hvor vanskelig det var å forstå pasientens lidelsesuttrykk når pasientene var truende og utsatte

pleieren for fare. Enkelte informanter fortalte om utfordringen som lå i å utvikle empati og å yte omsorg i disse møtene, og mente det fordret stor grad av refleksjon.

”Mye av sympatien og empatien den blir, i hvert fall tidvis, borte, selv om man vet at de er syke og vet årsaken til at de er sånn. Vi er jo bare mennesker med følelser som blir berørt av å stå i situasjoner hvor vi kan bli skadet for livet”.

Flere informanter tydeliggjorde betydningen av å se mennesket bak handlingene, og beskrev møter hvor de var blitt utfordret på nettopp det. De hadde møtt mennesker som hadde utført bestialske handlinger, men de valgte å se forbi dette i møte med pasienten. En av informantene fortalte at han/hun ofte tenkte på hva pasienten hadde tapt i livet, og at det styrket hans/hennes omsorgsevne ved å være bevisst det.

”Jeg har et behov for å se, jeg bruker en metafor..å se gutten som forsvant, mennesket som egentlig er bak situasjonen. Den gutten tenker jeg ofte på”.

På lik linje med å anerkjenne seg selv mente informantene at det var viktig å anerkjenne pasientens opplevelse. Det var essensielt for informantene å møte pasienten der han/hun var, og ikke avvise til tross for den aggressive atferden. De snakket om hvilken betydning anerkjennelsen hadde for relasjonen, og at den måtte være til stede i relasjonsutviklingen. Likevel var det nyanser i dette. Enkelte informanter fortalte om utfordringene de møtte når de skulle anerkjenne opplevelsen til pasienter de hadde et anstrengt forhold til. Sykepleierne var opptatt av at pasienten skulle behandles i et miljø med minst mulig krenkelse, men det var ikke alltid like lett.

”..alt dette forsvinner som dugg for solen når du sitter med en pasient som du bare oppfatter som en psykopat. Da er det veldig vanskelig å være sykepleier”.

Det som er skrevet her kan forstås som at det er utfordrende å skulle opprettholde *gode holdninger* når en selv føler seg truet og kjenner på følelser og reaksjoner som oppfattes som moralsk uakseptable, men som samtidig er menneskelige reaksjoner.

Den trygge kollegastøtten

Informantene tydeliggjorde gjennom eksempler viktigheten av støtte fra kolleger. Kollegastøtten artet seg på ulike måter, blant annet ved å snakke med kolleger i etterkant av vanskelig hendelser.

”At du har noen bak deg i selve situasjonen og at du kan snakke med noen etterpå. Den umiddelbare kollegastøtten er fin”.

Informantene fortalte om gode erfaringer med kollegastøtten. De så det som avgjørende å snakke om de utfordrende opplevelsene for å komme over dem. De påpekte også viktigheten av aksept fra kolleger knyttet til å snakke om vanskelige hendelser så lenge behovet var der. Det var variasjoner i forhold til hva informantene hadde opplevd av tidligere kollegastøtte. En av informantene viste til en hendelse hvor han/hun ikke følte seg ivaretatt av kolleger. Informanten fikk ikke opplevelsen av å bli sett og hørt. Sykepleieren fortalte at det tok lang tid å bearbeide de vonde følelsene som oppstod i dette møtet.

”Han var ikke interessert i å høre om meg..han ville vite konkret hva som skjedde, rent teknisk. Det var ikke komponenten av min opplevelse i det”.

En annen side ved kollegastøtten var informantenes behov for å få bekreftelse og anerkjennelse av kollegaene på at de gjorde en god jobb.

”Det var viktig for meg at jeg ble hørt og sett og at jeg fikk støtte på at den jobben jeg gjorde var bra nok”.

Informanten påpekte viktigheten av å få skryt fra kolleger og at det gjorde det lettere å stå i vanskelige møter. Flere informanter fortalte at de aktivt roste kolleger for å styrke selvfølelsen deres. Enkelte informanter viste til hendelser hvor de var blitt devaluert av kolleger på bakgrunn av eget faglige ståsted. Devalueringen ble beskrevet som belastende og enkelte følte seg mindreverdige

Sykepleierne fortalte om betydningen av å stole på kolleger og viktigheten av godt samarbeid. En informant fortalte at det var viktig for henne å ”lese” situasjonene sammen med kolleger, da følte hun seg trygg. Dette handlet om at kollegene utarbeidet en felles forståelse, det dreide seg ikke nødvendigvis om at de alltid var enige, men at de tenkte tilnærmet likt. Dette ble eksemplifisert med en hendelse hvor personalet måtte få fysisk kontroll over pasienten.

”Hvis jeg skal være sammen med disse pasientene, så er jeg avhengig av å ha folk rundt jeg kan stole på. At vi kan lese situasjonen sammen..ja, at du vet når det smeller”.

Diskusjon

Utvalget representerer en svakhet ved studien, da funnene baseres på utsagnene til fire informanter. Det ville vært ønskelig med flere informanter, men på grunn av tidsbegrensninger var ikke dette gjennomførbart. På bakgrunn av lavt antall informanter kan ikke funnene overføres direkte til praksis, og det stilles høye krav til at funnene behandles med forsiktighet. Kjennskapen til fagfeltet er en styrke ved prosjektet. Under intervjuene opplevde informantene at forsker forstod hva de snakket om, det ble snakket samme språk, noe som skapte fortrolighet. Fortroligheten har bidratt til rike beskrivelser av informantens livsverden, og det ville kanskje ikke skjedd dersom forsker ikke arbeidet innen samme fagfelt. Under intervjuene ble det foretatt en fortløpende oppsummering av det informantene fortalte. Oppsummeringen bidro til en systematisk validering av funnene.

I denne delen vil funnene bli diskutert og sett i lys av forskningslitteraturen, aggresjonsforståelsen og Schibbyes (2002) dialektiske relasjonsforståelse.

Funnene i studien viser ulike aspekter ved hvordan sykepleieren opplever å møte aggressive pasienter. Pasientmøter påvirker sykepleierens følelser, opplevelse av seg selv og holdningen til pasientene. Samtidig fremkommer betydningen av kollegastøtte som helt avgjørende for hvordan sykepleieren opplever og bearbeider møtet. Hovedinntrykket etter gjennomarbeiding av materialet er at dette handler om sykepleierens evne til selvrefleksjon.

Informantene viste gjennom eksempler hvordan møtet med aggressive pasienter påvirket dem og hvordan de lot seg følelsmessig berøre. Dette kan sees i sammenheng med sykepleierens evne til å kjenne seg selv og kan knyttes opp til Schibbyes (2002) forståelse av selvrefleksjon. Schibbye (2001) sier at i samspill med pasienten må en innta selvrefleksivitet i forhold til prosessene som foregår i selvet. En hovedhypotese er at for å se, forstå og hjelpe et annet menneske, må en ha selvinnsett. Med andre ord, en må være reflektert for å kjenne den andre, og først må en forstå seg selv.

Ut ifra funnene ser det ut til at sykepleierne evnet å reflektere over egne erfaringer, de var opptatt av å forstå seg selv og ha en oversikt over seg selv slik Schibbye beskriver. Å ha tilgang til opplevelser og prosesser i selvet angir Schibbye som helt sentralt innen selvrefleksiviteten. Slik forsker ser det er følelsesoppmerksomhet helt avgjørende når sykepleieren skal innta en selvrefleksiv posisjon. Begrepet følelsesoppmerksomhet har blitt utviklet gjennom analysen, det ses i nær relasjon til Monsens og Monsens (2001) begrep affektbevissthet. Affektbevissthet handler om det gjensidige forholdet mellom aktivering av grunnleggende affekter og menneskets evne til bevisst å oppfatte, reflektere over og uttrykke disse affektene.

Det kan se ut til at sykepleierne opplever følelser som kan være utfordrende å hankses med i møte med aggressive pasienter, som for eksempel redsel. Samtidig viser funnene at det kan være energitappende. Dette kan ligne funnene i studien til Deans et al (2001) som sier at det kan være stressfremkallende å arbeide med aggressive pasienter. Funnene sammenfaller med forskningen til Omèrov et al (2001), som angir opplevelse av redsel hos sykepleiere i møte med aggressive pasienter som et av sine funn. Å oppleve redsel og å sette ord på det, kan omhandle evnen til å ha tanker om sine tanker, være klar over følelser og forestillinger, altså det å ha et forhold til eller tilgang til prosesser i selvet (Schibbye 2002).

Det kan se ut til at sykepleieren er nødt til å erkjenne egen opplevelse og reflektere over denne for å kunne oppnå selvrefleksjon. Det blir derfor naturlig å tenke at høy grad av følelsesoppmerksomhet er en forutsetning for selvrefleksivitet. Selvrefleksiviteten gir sykepleieren anledning til selvavgrensning, som innebærer å skille sitt eget fra den andres. Hvis avgrensningen mangler kan sykepleieren blande egne følelser med pasientens (Schibbye 2002).

Ut ifra dette mener forsker at sykepleierens evne til følelsesoppmerksomhet også forutsetter evnen til selvavgrensning. Gjennom funnene fremkommer ikke selvavgrensningen tydelig. Den blir heller ikke problematisert i de andre studiene som omhandler sykepleierens følelser i møte med aggressive pasienter. På bakgrunn av det kan man stille seg undrende til hva denne følelsesoppmerksomheten innebærer. Handler den om at sykepleieren kun registrerer følelsene sine og forteller om disse, eller har sykepleieren et bevisst forhold til at følelsene er avgrenset til dem? Ut ifra forskers forståelse blir det viktig at sykepleieren er bevisst avgrensningen og reflekterer over hva som er deres følelser, og hva som er pasientens. Samtidig sier Schibbye (2002) at denne avgrensningen ikke er en tilstand, men en prosess, og at emosjonelt påtrykk, både fra selvet og omgivelsene kan bidra til å svekke selvavgrensningen og refleksiv tilgang. Dette viser hvor kompleks avgrensningen kan være. Informantene fortalte om møter som opplevdes som utfordrende og som vekket vonde følelser. Disse kan forstås som møter med emosjonell påtrykk. Mestrer sykepleieren alltid i det emosjonelle påtrykket å avgrense egne følelser? Dersom ikke, hvordan skal denne utfordringen møtes i praksis?

Schibbye (2001) sier at dersom en ikke har evnen til selvrefleksjon kan vi bli styrt av krefter vi ikke er bevisst, og faren for å begå relasjonelle overgrep er stor. Følgene av denne tankerekken viser at behovet for veiledning er stort i faser hvor sykepleieren utsettes for emosjonell påtrykk. Det for å sikre at sykepleieren får hjelp til å oppnå selvavgrensning slik at pasienten ikke utsettes for relasjonelle overgrep. Dette kan få støtte av studien til Mitchell (2001), hvor informantene i studien angir veiledning som viktig i møte med aggressive pasienter.

Det ser ut til at sykepleieren ser det som avgjørende å bevare seg selv i møte med aggressive pasienter. Selvbevaring forutsetter en oppmerksomhet rettet mot egne følelser, noe sykepleierne evnet og som var viktig for dem. Ut ifra min forståelse ”forplikter” det også sykepleieren til å respektere pasientens behov for selvbevaring. Det vil si å forstå aggresjon som et ledd innen selvbevaring og se at dette er nødvendig for begge partene i relasjonen. Det var gjentakende at informantene var opptatt av å anerkjenne seg selv i møter hvor de ble devaluert av pasientene. I enkelte tilfeller mestret sykepleieren å distansere seg. De så på devalueringen som tegn på pasientens lidelse. Dette kan forstås som sykepleierens evne til selvavgrensning. Her greier sykepleieren å avgrense sine følelser fra pasientens ved at de distanserer seg fra devalueringen. Det kan bidra til at sykepleieren ikke lar seg berøre av det emosjonelle påtrykket og at selvrefleksiviteten opprettholdes. På den måten blir pasienten ikke utsatt for et relasjonelt overgrep. På den annen side viste noen informanter til at de ikke alltid mestret denne distanseringen og følte seg mislykket. Denne opplevelsen ser ut til å ligne på funnene fra studien til Curid (2008). Her ble det hevdet at informantene ofte følte seg mislykket i møte med aggressive pasienter.

Deans (2003) påpeker at kompetanseheving og erfaring bidrar til å redusere forekomsten av vold og aggresjon. Dette støttes gjennom funnene til Hegny et al (2006) som viser til at det er en forbindelse mellom forekomsten av voldsepisoder og sykepleierens erfaring. Disse funnene er i tråd med hva mine informanter opplevde. Økt faglig forståelse og kompetanse bidro til at de følte seg tryggere, noe som førte til at de mestret å møte pasienten på en god måte og samtidig unngå/forbygge uro. Informantens behov for stadig selvgranskning avtok i tråd med økt erfaring. De hadde ikke lenger behov for å bearbeide hendelser over tid. I en forlengelse av det blir det naturlig å stille spørsmålstegn ved hvilken konsekvens dette kan ha for selvrefleksiviteten.

Kan det være slik at kompetansehevingen reduserer sykepleiernes evne til å være selvkritiske og stille seg undrende til om de håndterte møtet riktig eller ikke? Forsvinner tvilsaspektet? Antagelig er det slik at tvilen er viktig for å kunne utføre en moralsk, sensitiv praksis. Er det slik at sykepleieren utvikler sett med teknikker for å møte pasienten og at graden av hvordan pleieren mestrer teknikkene er styrende for om møtet blir vellykket? Er det ikke slik at de lenger reflekterer over eget bidrag? Eller handler dette om at sykepleieren på bakgrunn av sin kompetanse og erfaring rent intuitivt reflekterer over eget bidrag og seg selv som menneske i relasjon til pasienten? For å kunne besvare dette vises det til at informantene beskrev hvordan de stadig reflekterte over seg selv og deres måte å være på, uavhengig av erfaringen. De hadde tanker om tankene sine og de opplevde i stor grad at de var bevisst egne følelsesmessige prosesser. Forskjellen var at informantene på grunn av erfaring i større grad evnet å benytte refleksjonen til noe positivt, den ble ikke lenger benyttet til å granske seg selv kritisk. Informantene viste til hendelser hvor de fortsatt følte seg utrygge, men at opplevelsene nå var enklere å håndtere. Dette kan forstås som en form for taus kunnskap, en kunnskap som utvikler seg over tid og som gjør sykepleieren tryggere. Det kan se ut til at behovet for å ikke snakke om hendelser ikke handler om at sykepleieren mister tvilsaspektet og evnen til refleksjon, men heller at sykepleieren ikke lenger er i stadig leting etter bekreftelse på at de gjør en god jobb. Til tross for dette er det av stor betydning at sykepleieren bevarer tvilsaspektet. Tvilen er en viktig bestanddel i den moralske, sensitive praksisen. Dersom man blir for sikker på sin kompetanse og handler på bakgrunn av prosedyrer og tillært kunnskap er faren for å ”leve i det teknologiske” høy, og man kan risikere at man handler automatisk. Det kan derfor se ut som om tvilsaspektet er nødvendig for å sikre en moralsk, sensitiv praksis og at det ikke bør overstyres av økt kompetanse og erfaring.

Betydningen av å se pasientens lidelsesuttrykk var gjentagende hos informantene. De var opptatt av å se mennesket bak handlingene, og aggresjon ble forstått som tegn på pasientens manglende kommunikasjonsrepertoar. Dette kan forstås som at sykepleierne gir uttrykk for gode holdninger. De ønsker å forstå pasienten. Men for å kunne forstå den syke må de først forstå seg selv. Ved det vil man forstå den andre bedre og derav utvikle ”gode holdninger”. Dette samsvarer med Schibbyes (2002) mening om selvrefleksivitet.

Aggresjon kan forstås som individets forsøk på å hevde seg som person, et forsøk på å finne egen identitet. Fenomenet kan derfor forstås som et forsøk på selvhevdelse. Selvhevdelse kan være en positiv måte å bruke aggresjon på, ved at den benyttes til å uttrykke og verne om sine rettigheter (Hummelvoll 2004). Dette samsvarer med funnene ved at informantene stadig fortalte hvor viktig det var med en positiv forståelse av aggresjon. Det kan se ut til at denne forståelsen ikke er noe sykepleieren bare kan lese seg til, men noe han/hun må utvikle over tid. Denne forståelsen styrker betydningen av en økt faglig kompetanse og erfaring. Det kan være at mine informanter var opptatt av dette nettopp fordi de hadde lang erfaring. Det blir derfor naturlig å tenke at denne forståelsen er meget essensiell i møte med pasienten fordi den bidrar til å møte mennesket, ikke bare pasienten som har utført voldshandlinger. Det ser ut til at økt fokus på forståelsen av fenomenet aggresjon kan ha betydning for hvordan sykepleieren møter den aggressive pasienten og at den bidrar til en bedre og tryggere relasjon mellom pasient og sykepleier.

Derimot er det ikke tilstrekkelig med bare denne forståelsen for å kunne møte pasienten på en god måte. Sykepleieren må samtidig inneha evnen til å avgrense egne følelser fra pasientens. Det fremkommer av funnene at sykepleieren tidvis så det som utfordrende å møte mennesker som representerte en fare for liv og helse. I disse møtene mestret ikke alltid sykepleieren og møte pasientens lidelsesuttrykk. Dette førte til at sykepleieren hadde vansker med å utvikle empati og omsorg. Dette kan ligne på funnene i studien til Henderson (2003) hvor det ble konkludert med at forekomsten av aggresjon kunne ha en signifikant betydning for sykepleierens evne til å gi god behandling. Det samme blir påpekt av Lewis og Dehn (1999) som mener at det å bli utsatt for aggressive episoder kan ha negativ innvirkning på sykepleierens syn på pasienten. Dette gir et inntrykk av at det er utfordrende for sykepleieren å leve med de uakseptable, men fortsatt menneskelige reaksjonene som oppstår i møte med aggressive pasienter. Det ser ut til at sykepleieren havner i et spenningsfelt hvor idealene ikke samsvarer med realiteten. Ut ifra min forståelse er dette et aspekt sykepleieren må bli bevisst og erkjenne for å kunne møte pasienten på en god måte. På bakgrunn av dette tydeliggjøres behovet for en stadig selvrefleksjon og selvavgrensning. Dette støttes av Schibbye (2002) som hevder at selvrefleksjonen er en forutsetning for å utvikle empati, omsorg og innlevelse. Schibbye (2002) sier at i selvrefleksiviteten ligger evnen til å se hvordan en selv blir oppfattet av andre. Dette kan forstås som individets evne til å ta den andres perspektiv på deres opplevelser og erfaringer. Samtidig handler det om å sette seg inn i den andres syn på en selv. Denne egenskapen gir anledning til å innta fleksibilitet i forhold til ulike posisjoner. Dette er meget sentralt i forhold til forståelsen av kollegastøtte. Det kan se ut som om kollegastøtten aktivt ble benyttet av sykepleieren til å reflektere over egne valg og beslutninger i møte med pasienten. Informantene henviste stadig til betydningen av samtalen med kolleger. Dette er i tråd med funnene til Mitchell (2001) der kollegastøtte og debriefing ble ansett som viktige faktorer i møte aggressive pasienter. Det synes som at samtaler med kolleger er en arena hvor sykepleieren inntar, eller får anledning til å innta de ulike posisjonene som Schibbye (2002) beskriver. Det blir derfor nærliggende å tenke at denne kollegastøtten er så viktig at arbeidsplassen aktivt bør legge til rette for at den eksisterer og blir opprettholdt.

Informantene påpekte viktigheten av å snakke om vanskelige hendelser så lenge behovet var der. Det kan forstås som sykepleierens behov for å bli anerkjent for sin opplevelse, som igjen sees i lys av Schibbyes (2002) forståelse av anerkjennelse. Hun hevder at lytting, aksept og bekreftelse er nødvendig for å kunne anerkjenne. Derfor blir relasjonen mellom kolleger og betydningen av at kolleger anerkjenner hverandre som mennesker og fagpersoner svært viktig.

Det ble ved flere anledninger referert til viktigheten av å rose kolleger. Informantene mente at det motsatte krenket selvfølelsen. Dette kan ha sammenheng med selvaktelsen som handler om individets oppfatning av egenverd. Selvaktelsen minsker når individet opplever mangel på respekt fra andre. Det er det samme som skjer når sykepleieren blir devaluert, de føler seg ikke respektert for sine beslutninger. Schibbye (2002) mener at selvaktelsen handler om individets opplevelse av å ha en verdi i seg selv. På bakgrunn av dette blir det naturlig å stille seg undrende til hvilken konsekvens dette kan få for selvrefleksiviteten. Som sagt er selvavgrensningen avgjørende for å kunne oppnå selvrefleksivitet. Ut ifra forskers forståelse kan evnen til selvavgrensningen svekkes når en ikke opplever respekt fra kolleger. Det kan bli utfordrende å skille mellom egne og andres følelser fordi man kan oppleve seg selv som mindreverdige. Dette er selvsagte tanker, men det gir et bilde på viktigheten av at kolleger har fokus på å anerkjenne hverandre. Samtidig kan dette forstås som et emosjonelt påtrykk som ikke blir bearbeidet, og det kan i ytterste konsekvens få følger for pasienten som blir utsatt for et relasjonelt overgrep grunnet sykepleierens svekkede selvrefleksivitet.

Konklusjon:

Studien viser at sykepleieren er i behov av et systematisk utarbeidet veiledningssystem, som sikrer at sykepleieren utvikler og opprettholder selvrefleksiviteten. Betydningen av kollegastøtte er viktig og det bør legges til rette for at kolleger får anledning til å gi hverandre tilbakemeldinger. Økt kompetanse og erfaring bidrar til å gjøre sykepleieren trygg i møte med pasienten, arbeidsplassen bør derfor legge til rette for en stadig kompetanseheving. Samtidig er det av betydning at sykepleieren, til tross for økt kompetanse, søker å beholde tvilsaspektet i refleksjon over egne handlinger. Økt kompetanse kan paradoksalt nok bidra til at sykepleieren blir for ”teknologisk” og forankrer sitt arbeid i ulike prosedyrer og teorier. En slik tilnærming svekker muligheten for å trekke inn tvilsaspektet og faren for at sykepleieren handler på automatikk er stor. Tvilen bør derfor alltid være tilstede slik at sykepleieren sikrer en moralsk, sensitiv praksis. Erfaringskunnskapen til informantene anses som svært dyrebare, da man ikke kan lese seg til den, men utvikle den over tid. Denne kunnskapen bør løftes frem i praksis og det bør settes fokus på å bevare ansatte med lang erfaring i klinikken slik at deres erfaring kommer pasienten til gode. Ut fra forskers ståsted er videre implikasjoner for forskning å undersøke om hvorvidt sykepleierens alder og kjønn påvirker hvordan sykepleieren opplever å møte aggressive pasienter.

Litteratur

Arbeid og inkluderingsdepartementet (2005) *Arbeidsmiljølovens §4-3 Krav til det psykososiale arbeidsmiljø*

Bjørkly, S. (2001) Aggresjonens psykologi: psykologiske perspektiver på aggresjon. Universitetsforlaget

Currid, T J. (2008) The lived experience and meaning of stress in acute mental health nurses. *British journal of nursing*. 17(4);880-4.

Deans, C. (2004) The effectiveness of a training program for emergency department nurses in managing violent situations. *Journal of advanced Nursing*. 21(4);17-22.

Duncan, SM, Hyndman, K, Estabrooks, CA, Hesketh, K, Humphrey, CK, Wong, JS, Acorn, S, og Giovannetti, P (2001) Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Journal Article. Research Support, Non U.S. Gov't. Canadian journal of Nursing Research*. 32(4);57-78

Helsinki-deklarasjonen (2008) Lastet ned 02.04.09 fra

<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>

Hegny, D, Eley, R, Plank, A, Buikstra E, Parker, V (2006) Workplace violence in Queensland, Australia: The result of a comparative study. *International Journal of Nursing Practice*. 12;220-231

Henderson, AD (2003) Nurses and workplace Violence: Nurses's Experience of Verbal and Physical Abuse at Work. *Nursing Leadership*. 16(4);82-98

Hummelvoll, JK., da Silva, AB. (1996) Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden*. 16; 25-32

Hummelvoll, JK (2004) *HELT – ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Jenkins, R, Elliot, P (2004) Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*. 48(6);622

Kvale, S (2008) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Lewis, ML, Dehn, DS (1999) Violence against nurses in outpatient mental health settings. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 37(6);28-33

Malterud, K (2006) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget, Oslo

Mitchell, GJ (2001) A qualitative study of exploring how qualified mental health nurses deal with incidents that conflict with their accountability. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 8(3);241

Monsen, JT , Monsen, K (2001) Affekter og affektbevissthet: Et bidrag til integrerende psykoterapimodell: I Holte, A, Nielsen, GH, Rønnestad, MH (Red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*. Gyldendal Akademisk, Oslo, s 71-90

Norsk sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

Omèrov, M, Edman, G, Wistedt, B (2001) Incidents of violence in psychiatric inpatient care. *Nord J psykiatry*. 56(3); 207-213

Schibbye, A L L (2001) Å bli Kjent med seg selv og den andre: I Andersen og Karlsson (Red.), *Psykiatri i endring- forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Gyldendal Akademiske, Oslo, s

Schibbye, A L L (2002) *En dialektisk relasjonsforståelse*. Universitetsforlaget, Oslo

St. meld. Nr 25 (2996-1997) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial og helsedepartementet.

Sammendrag

Bakgrunn: De utfordringene sykepleierne står ovenfor når de skal yte omsorg i møte med pasienter med aggresjonsproblematikk. **Hensikt:** Å få innsikt i sykepleierens opplevde forhold til seg selv og sine omgivelser i dette møtet. **Metode:** Kvalitativt forskningsintervju er benyttet som datainnsamlingsmetode. Det ble gjennomført individuelle intervjuer med fire sykepleiere. **Funn:** Informantene utviste høy grad av følelsesoppmerksomhet i pasientmøter, økt erfaring og kompetanse bidro til opplevelsen av trygghet i disse møtene. Å møte pasienter med aggresjonsproblematikk vekket tidvis uakseptable, men fortsatt menneskelig reaksjoner i sykepleieren og det opplevdes utfordrende å opprettholde ”gode holdninger”. Kollegastøtte angis som sentral og trygghets skapende i pasientmøter. **Konklusjon:** Et systematisk utarbeidet veiledningssystem kan sikre at sykepleieren opprettholder selvrefleksivitet i utfordrende møter, slik at pasienten ikke utsettes for relasjonelle overgrep. Sykepleieren bør, til tross for høy kompetanse søke å trekke inn tvilsaspektet i refleksjon over egne handlinger, slik at han/hun sikrer en moralsk, sensitiv praksis.

**How do the nurse experience to meet patients with aggression issues?
A qualitative research.**

Abstract

Background: The Challenge nurses face when they provide care in meeting patients with aggression issues. **Aim:** The aim of the study is to gain insight into the experienced relations the nurse face when it comes to themselves and the environment in these particular encounters. **Method:** Qualitative research interview is used as information source. It was conducted individual interviews with four nurses. **Results:** Informants exhibited a high degree of emotional awareness in patient encounters, and increased level of experience and expertise contributed to the perception of safety in these encounters. Confronting patients with aggression issues, arouses occasionally unacceptable, but still human reactions in the nurse. The nurses therefore report challenges with maintaining professional attitudes towards the patients. The support from colleagues is indicated as an important part to create a feeling of safety in patient encounters. **Conclusion:** A systematic development of a guidance system, can ensure that the nurse maintains self awareness in the challenging encounters, so that the patient is not exposed to relational abuse. The nurse should, despite their higher level of

expertise, seek the question of doubt when it comes to reflect their own actions, so that he/she secures a moral and sensitive practice.

Vedlegg nummer 1.

Velkommen som bidragsyter til Nordisk tidsskrift for Helseforskning

Informasjon til forfatterne

Tidsskriftet er et tilbud til nordiske forskere som driver helseforskning og som ønsker å publisere egen forskning og holde seg oppdatert på hva som skjer innen feltet.

Tidsskriftet vil holde en bred fagprofil som reflekterer forskning og utviklingsarbeid ved Nordiske Helsefagutdanninger og tilhørende praksisfelt. Innholdsmessig vil hvert nummer av tidsskriftet bestå av to til tre referee-bedømte, vitenskaplige artikler. Det er knyttet anerkjente forskere på professor, undervisningsdosent- og første nivå til vurderingen og referee-bedømmelsen av artiklene. Vi tar og inn en til tre artikler basert på FOU-arbeider, essay, debattinnlegg mm. Disse vil ikke bli referee-bedømte, men gjenstand for særlig granskning. De innsendte arbeidene må tydelig merkes hvorvidt de er forskningsartikler eller annet.

Artiklene til dette tidsskriftet må ikke ha vært publisert tidligere og heller ikke være under vurdering andre steder uten skriftlig samtykke fra utgiver. Det forutsettes at alle forfattere til de innkomne bidragene er innforstått med publisering i nevnte tidsskrift. De artiklene som blir publisert er beskyttet av opphavsrett/copyright. Opphavsretten dekker oversettelsesrettigheter og retten til

å distribuere og trykke alle artiklene i tidsskriftet.

Språk og form

Bidragene skal skrives på et nordisk språk. Det vil si norsk, svensk eller dansk.

Hele materialet inkludert figurer, tabeller og referanser må skrives med enkel linjeavstand. Bidragene må skrives på vanlig hvitt papir og det skal kun være tekst på den ene siden. (ISO A4, 210 x 297 mm) Venstre marg må være minst 20 mm og høyre marg 20. Manuskriptet bør ikke overskride 4000 til 7000 ord for vitenskaplige refereebedømte artikler og 2000 til 7000 ord for andre bidrag. Bruk 12 punkts skriftstørrelse. Unngå appendikser. Ikke bruk mer enn tre nivåer av overskrifter og marker hvert nivå tydelig. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning gir ikke språkvask, men forutsetter at manuskriptet er vasket ved mottagelse.

Tittelside og sammendrag

Det skal være en separat tittelside. Denne skal inneholde artikkelens tittel, navn på forfattere og institusjonell tilknytning. Det må videre være en komplett postadresse med riktig postkode. Det er og ønskelig å få e-post adresse og telefonnummer til ansvarlig forfatter. På tittelsiden skal det og stå et sammendrag av artikkelen som inneholder mindre enn 150 ord. Til slutt i sammendraget ber vi forfatterne komme med forslag til 3-6 nøkkelord som kan være en veiviser mot artikkelens innhold. Tittelsiden blir

fjernet før artikkelen sendes til referee.

Tabeller og illustrasjoner

Tabeller og figurer bør nummereres med arabiske tall. Vær oppmerksom på proporsjonene i tabellen slik at den passer inn på en trykt side. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning trykkes i A4-format og kun i svart/hvitt. Illustrasjoner bør være profesjonelt tegnet og gjengitt på en slik måte at den egner seg for trykking.

Litteraturhenvisninger i teksten

I teksten settes forfatters etternavn og publikasjonens utgivelsesår: Duncan (1959) Dersom forfatter ikke er nevnt i teksten, oppgis etternavn og utgivelsesår i parentes: (Holmboe 1999) Oppgi sidetall dersom du mener det er til hjelp for leseren. Sideangivelse oppgis etter utgivelsesår: (Borg 1985:24) Dersom verket det refereres til har to eller flere forfattere, oppgis begge etternavn: (Andersen og Hansen 2000) Dersom verket det refereres til har mer enn to forfattere oppgis alle navn ved første referanse. (Hanson, Jensen og Pedersen 2000) Bruk dernest "et al."(Hanson et al. 2000)

Litteraturliste

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten. Bruk overskriften Litteratur. Listen skal settes opp alfabetisk og inneholde alle forfattere det er referert til i tekst og tabeller. Navn/tittel på tidsskrift eller bok kursiveres.

Eksempel på referanse til bøker

Alvesson, Mats og Kaj Sköldberg (1994)

Tolkning och reflektion, Lund Studentlitteratur

Eksempel på referanse til artikler i bøker

Beston, G (2003) Brukerperspektiv på prosjektundervisning. I Hummelvoll, J. K. (red) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid iakuttpsykiatrien*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 220-229

Eksempel på referanse til artikler i tidsskrift

Ørstavik, S (2003) Det tvetydige brukerperspektivet. *Psykisk helse*, 6:19

Referanseverktøy - litteraturliste

For dere som bruker referanseverktøy som Endnote eller Reference manager kan retningslinjene for Journal of Clinical Nursing benyttes ved oppsett av litteraturliste.

Noter

Bruk sluttnoter, ikke fotnoter. Sluttnoter plasseres til slutt i manuskriptet.

Elektronisk kopi

Når artikkelen er akseptert for publisering i sin endelige form, vil vi be om en elektronisk kopi, enten som diskett eller som E-post. Software og programversjon nummer må

merkes tydelig, likeledes diskettformat. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning foretrekker en ny versjon av Microsoft Word.

Bekreftelse

Bekreftelse på at manuskriptet er mottatt og antatt sendes til forfatter og kun til førsteforfatter der det er flere forfattere.

Tre komplette kopier av hvert manuskript sendes til:

Førstelektor Inger Lise Wang

Høgskolen i Bodø, Institutt for Sykepleie og Helsefag

N-8049 Bodø

Norge

Eller som E-post:

nordisk.tidsskrift.helseforskning@hibo.no

Forfatterne vil motta et eksemplar av den aktuelle utgivelse.

Den aktuelle utgivelsen sendes til førsteforfatter. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning betaler ikke ut forfatterhonorar

Vedlegg nummer 2.

INFORMASJONSSKRIV:

Jeg er spesialsykepleier og masterstudent i psykisk helsearbeid ved høgskolen i Hedmark og holder for tiden på med den avsluttende masteroppgaven.

Spørsmålsstillingen for masteroppgaven er:

Hvordan opplever sykepleieren å møte aggressive pasienter?

Prosjektets hovedhensikt er å få innsikt i sykepleierens opplevde forhold til seg selv og sine omgivelser i dette møtet. Samtidig er prosjektet rettet mot å skape en dypere forståelse av hvordan det oppleves for sykepleieren å møte aggressive pasienter.

For å undersøke dette ønsker jeg å intervju 4 sykepleiere/sykepleiere med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie / psykisk helsearbeid med minimum 2 års erfaring med pasientgruppen som er nevnt over. Spørsmålene vil i all hovedsak dreie seg om opplevelser i møte med aggressive pasienter og hvilke erfaringer sykepleieren har med dette. Som et ledd i studien ønsker jeg å finne gode beskrivelser av hvordan det er å jobbe med denne pasientgruppen over tid.

Jeg vil benytte båndopptaker under samtalen og intervjuet vil ta ca 1 time. Det er ønskelig om intervjuet kan finne sted på din arbeidsplass og tidspunkt for møtet tilpasses etter ditt behov. Deltakelse er frivillig og du kan trekke deg uansett tidspunkt, uten å måtte oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg vil alle data om deg bli slettet. Det vil bli sikret full konfidensialitet og anonymitet for de som deltar i studien. Det vil ikke bli referert navn eller andre data som kan bli gjenkjent av andre. Opptakene vil bli lagret på en passordbeskyttet pc som kun jeg har tilgang til. Opptakene vil bli slettet innen utgangen av 2009.

Dersom du ønsker å delta på intervju, vennligst signer den vedlagte samtykkerklæringen og send den til meg.

Ved spørsmål kan du kontakte meg på tlf.nr 90516356 eller email: pamila_s@hotmail.com.
Du kan i tillegg ta kontakt med min veileder Ellen Andvig ved høgsolen i Vestfold på email ellen.andvig@hive.no

Med vennlig hilsen

Pamila Sharma

St. Hallvardsgate 1g

3015 Drammen.

90516356

Pamila_s@hotmail.com

Vedlegg nummer 3.

SAMTYKKERKLÆRING

Studien: Hvordan opplever sykepleieren å møte aggressive pasienter?

Jeg har mottatt informasjon om studien som omhandler hvordan sykepleieren opplever å møte aggressive pasienter og ønsker å delta på intervju.

Dato..... Signatur.....Telefonnummer.....

Vedlegg nummer 4.

Intervjuguide:

Kan du beskrive en situasjon i møte med en aggressiv pasient som har gjort inntrykk på deg?

Hvordan merket du at du var/opplevde (usikker(het), redd/redsel, sint/sinne, trygg/trygghet, mestring osv)?

Hvordan opplevde du denne situasjonen? Og hva følte du i situasjonen?

Har du noen tanker om hva denne / disse følelsen(ene) gjorde med deg? Har du noen tanker om hvordan du viste denne / disse følelsene?

Hvordan opplevde du oppfølgingen i etterkant? Alternativt: hvordan har du fått bearbeidet denne opplevelsen i etterkant?

Hvilke konsekvenser tenker du at denne situasjonen og/eller en lignende situasjon kan få for deg? og for posten /avdelingsmiljøet/ ledelsen av posten?