

UiS, INSTITUTT FOR HELSEFAG

Forskningsprosjekt som praksis.

En kvantitativ studie av sykepleierstudenters erfaringer med deltakelse i Helsedøgnet 2009

Tone Knutsen Brandeggen, Masterkandidat

VEILEDER: Sverre Nesvåg, antropolog, dr. philos, forskningsleder
Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest-KoRFor,
Stavanger Universitetssjukehus

MASTER I HELSE OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV
Juni 2010

**MASTERSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2010
(vår/høst – årstall)

FORFATTER: Tone Knutsen Brandeggen

VEILEDER: Sverre Nesvåg

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Forskningsprosjekt som praksis. En kvantitativ studie av sykepleierstudenters erfaringer med deltakelse i Helsedøgnet 2009.

Engelsk tittel: Research project as practice. A quantitative study regarding the experiences of nursing students who participated in Helsedøgnet 2009.

EMNEORD/STIKKORD:

Praksis – læring – deltakelse - sykepleierstudenter – pasient - kunnskapsutvikling – forskning – forskningsprosjekt – helse - livsstil.

Practice – learning – participation – nursing students – patient - knowledge development – research – research project – health and wellbeing.

ANTALL SIDER: 72
ANTALL ORD: 21 723

DATO/ÅR: STAVANGER 21.06.10

Forord

Arbeidet med dette masterprosjektet markerer slutten av mitt masterstudium. Det har vært lærerikt, spennende og tidkrevende. Oppgaven har gitt meg mulighet til å se nærmere på studentferinger og hvilket utbytte de har hatt av å delta i et forskningsprosjekt. I forhold til mitt arbeid med studenter i praksis er dette veldig interessant. Funnene fra mitt prosjekt har vært interessant med tanke på studentenes fremtidige praksis. Erfaringene fra dette studiet tar jeg med meg i mitt arbeid som studentkoordinator ved medisinsk klinikk Stavanger Universitetssjukehus. Jeg håper og tror at dette arbeidet kan være utgangspunkt for å sette i gang spennende prosjekt sammen med studenter i praksis.

Jeg vil rette en stor takk til de tre skolene og alle informantene mine som vært behjelpelige med innsamling av data. Anne Kari Herstad Aarstad fortjener en stor takk for velvillighet og god hjelp ved mitt besøk på Høgskolen i Bergen. Takk til mine ledere Inger Skjæveland og Brith Halvorsen som har vært positive og gitt meg anledning til å studere. Hilde, Mara, Silje og Elisabeth, ansatt ved biblioteket på SUS har vært til god hjelp når det gjelder litteratur og litteratursøk. En ekstra takk til kollega Bente Rossavik for støtte og oppmuntring gjennom hele studieperioden.

En spesiell takk vil jeg rette til min veileder, Sverre Nesvåg, som har kommet med gode innspill til oppgavens innhold og utførelse, og støtte gjennom skriveprosessen. Takk også til Kristian Oppedal og Stian Brosvik Bayer, for hjelp med spørreskjema og statistikk.

Til slutt vil jeg også takke min familie og venner som har hatt tålmodighet med meg i denne fasen, spesielt Kathrine, Krister, Anna og Frode.

Stavanger 21.06.10

Tone Knutsen Brandeggen

Innhold:

Forord	iii
Innhold:	iv
Abstract.	vi
Sammendrag.....	vii
1.0 Innledning.....	1
Bakgrunn for studien	1
Studiens mål	2
Presentasjon av problemstillingen og forskningsspørsmål	3
Aktuelle begreper	4
Helsepedagogikk	4
Brukermedvirkning og brukerperspektivet	4
Empowerment	5
Helse-determinanter.....	5
Helsepersonell	5
2.0 Studiens kontekst.....	6
Helsedøgnet 2009	6
Studentenes rolle i Helsedøgnet	6
Rammeplan for sykepleierutdanningen.....	7
Praksisstudier	7
3.0 Teori	8
Innledning.....	8
3.1 Livsstil og helse.....	8
Helseforebygging og helseopplysning	9
Pasientrettighetsloven.....	11
Den forebyggende samtalen	12
3.2 Læring	15
Innledning.....	15
Situert læring	16
Praksis og teori	19
Erfaring og refleksjon.....	21
4.0 Metode.....	25
Innledning.....	25
Valg av metode for datainnsamling	25
Kvantitativ metode	25
Spørreskjema	26
Gjennomføring av studien	26
Utvalg	27
Målenivå.....	28
Svarrespons og bortfall.....	29
Reliabilitet og validitet	29
Analyse av data	31
Etiske overveielser	32
Forforståelse	32
5.0 Funn.....	34
Innledning.....	34
Sammendrag funn	36

5.1 Forberedelser	38
5.2 Erfaringer / Reaksjoner	39
Helsepersonellets reaksjoner	40
Pasientreaksjoner	41
Erfaringer med å spørre pasienten om livsstil	44
Erfaringer med Helseøgnets spørreskjema	46
5.3 Konsekvenser	48
5.3.1 Konsekvenser for egen livsstil	48
5.3.2 Konsekvenser for fremtidig arbeid	50
Regresjonsanalyse	54
6.0 Drøfting	56
Diskusjon av forskningsspørsmål i lys av teori, erfaringer og resultater	56
Innledning	56
6.1 Deltakelse i Helseøgnets som en betydning for kunnskap, bevissthet og praksis i forhold til livsstil og helse.	56
Forskningsspørsmål 1 Bevissthet omkring helsefremmende arbeid	56
Forskningsspørsmål 1A og 1B	59
Helseøgnets som kontroll og inngripen eller medbestemmelse	59
Forskningsspørsmål 2. Bevisstgjøring av egen livsstil	61
Forskningsspørsmål 3 Helseøgnets rolle i fremtidig yrkespraksis	63
6.2 Deltakelsen i Helseøgnets som en anledning for læring	65
7.0 Konklusjon	71
Utfordringer og veien videre	72
Litteratur:	73

Vedlegg:

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vedlegg 2: Spørreskjema

Vedlegg 3: Brev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Vedlegg 4: Frekvenser

Vedlegg 5: Korrelasjoner

Abstract.

The purpose of my study has been to map out the reactions and experiences of nursing students through their participation in the health and wellbeing survey "Helsesøgnnet". The students were given an introduction to the topic of health and wellbeing and training in order to complete the mapping. My aim was to find out if the participation would have an impact on the students' awareness around health and wellbeing. Although the study was concerning a short time period, I wanted to explore the students' wider learning. During the study it became important to me to find out if the participation in "Helsesøgnnet" could be an opportunity for learning and something that could perhaps create a basis for some sort of practice in the future.

My project has a quantitative approach. In total, 147 nursing students from three different schools have participated in my survey. In addition, 16 students in Stavanger have answered the questions from the survey orally. Data has been analysed using SPSS 17.0

The findings were sorted into three categories; *preparations*, *reactions* and *consequences*. The statistic data collected suggested that the students were very positive about the information and training, which had been given during the preparation. The students' reactions whilst asking questions around wellbeing were strongest on the topic of drinking habits. Asking the students about the impact on their own lifestyle assessed the consequences from participation. They were also asked if participating in "Helsesøgnnet" would have consequences for their future work. The oldest students were more positive in terms of the consequences of participation. The training meant the most to the students, who argued that participation would be useful for their future work.

The participation in "Helsesøgnnet" gave the students an opportunity to learn in a purposeful way. The participation could play a part in education and research. Learning is seen in the context of Lave & Wengers concept, *legitimate peripheral participation in shared practice*. Participation becomes central and research projects like "Helsesøgnnet" can provide a good basis for developing knowledge in many areas.

Sammendrag.

Hensikten med mitt prosjekt var å kartlegge sykepleierstudentenes erfaringer, reaksjoner og opplevelse i forbindelse med deltakelsen i helse- og livsstils undersøkelse kalt Helsedøgnet. Studentene fikk innføring i temaet livsstil og helse og opplæring for å gjennomføre selve kartleggingen. Jeg ville finne ut om deltakelsen kunne ha en innvirkning på studentens bevissthet omkring livsstil og helse. Selv om dette dreide seg om en kort periode, ønsket jeg å finne ut noe om studentenes læring. Underveis ble det viktig for meg å finne ut om deltakelsen i Helsedøgnet kunne være en anledning for læring og eventuelt kunne danne grunnlag for en form for praksis i fremtiden.

Mitt prosjekt har en kvantitativ tilnærming. Totalt 147 sykepleierstudenter fra tre skoler har svart på mitt spørreskjema. I tillegg har jeg stilt spørsmålene muntlig til 16 studenter i Stavanger. Data er analysert ved hjelp av statistisk program SPSS 17.0.

Funnene ble inndelt i tre kategorier: *forberedelser, reaksjoner og konsekvenser*. Svarene fra spørreskjemaet ble inndelt under hver av de tre. I det statistiske materialet kom det frem at studentene var veldig positive til informasjonen og opplæringen som ble gitt under forberedelsene. Reaksjoner studentene fikk når de stilte spørsmål omkring livsstil, var sterkest omkring alkoholvaner. Konsekvenser av deltakelse ble vurdert ved å spørre om innvirkning på egen livsstil. De ble også spurt om hvorvidt deltakelse i Helsedøgnet ville ha konsekvenser for deres videre arbeid. De eldste studentene var mer positive til konsekvensene for deltakelse. Opplæringen var det som betydde mest for studentene, som mente deltakelsen ville være nyttig for deres videre arbeid.

Deltakelsen i Helsedøgnet gav studentene mulighet for å oppnå læring på en meningsfull måte. Deltakelsen kan være et ledd i å utdanne og forske. Læring blir sett ut fra Lave & Wengers begrep *legitim perifer deltakelse i praksisfellesskapet*. Deltakelse blir sentralt, og forskningsprosjekt som Helsedøgnet kan gi et godt grunnlag for kunnskapsutvikling på mange områder.

1.0 Innledning

Bakgrunn for studien

Sykepleierutdanningen skal ifølge rammeplanen ha som formål å utdanne yrkesutøvere med kompetanse innen helsefremmende og forebyggende arbeid, forskning og fagutvikling, undervisning og veiledning for å kunne gi pleie, omsorg og behandling.

Studentene skal etter endt utdanning ha kunnskap om risikofaktorer og ha innsikt i tiltak som forebygger sykdom og fremmer helse.

Praksis skal ha høy kvalitet, og studentene skal oppleve meningsfulle læringssituasjoner; dette vil alltid være en utfordring i utdanningen. Studentene har korte praksisperioder ute blant pasientene. Det er derfor viktig at det blir lagt stor vekt på den pedagogiske gjennomføringen. Studentenes praksisstudier utgjør 90 studiepoeng av studiets 180 studiepoeng. Praksis er en viktig del av studiet, hvor studentene skal tilegne seg kunnskap i samsvar med rammeplanens mål. Våren 2009 var sykepleierstudentene involvert i en helse- og livsstilsstudie som ble kalt Helsedøgnet. Studentene deltok som prosjektmedarbeidere, og dette var en del av deres praksisstudier.

Helsedøgnet hadde som mål å kartlegge helse og livsstil blant pasienter i sykehus. Kosthold, fysisk inaktivitet, røyking og skadelig alkoholforbruk er livsstilsfaktorer som påvirker pasienters sykdomsbilde. Ved å identifisere pasientens livsstil kan det iverksettes tiltak. Undersøkelsen ble gjennomført med hjelp av 350 studenter som intervjuet omkring 3000 pasienter fra tre sykehus i Helse Vest. Opplæringen som ble gitt til studentene, var nøye planlagt. Studentene fikk innføring i helsefremmende arbeid i sykehus. Risikofaktorer i tilknytning til livsstil og helse ble belyst. Ved hjelp av rollespill fikk studentene øvd på å informere pasienten, innhente samtykkekompetanse og kartlegge livsstilsfaktorer. (Oppedal et al., 2009)

Studentenes deltakelse i prosjektet var begrenset til en kort periode. Skulle det bare ha en beskjeden betydning, så vil det likevel skape grunnlag for en diskusjon. Deltakelse i Helsedøgnet var helt ulik den praksis studentene kjenner. Det vil derfor være interessant å se om deltakelsen kan ha økt bevisstheten og skapt refleksjon omkring temaet.

Et overordnet mål i rammeplanen er å utdanne yrkesutøvere som er i stand til å møte alle de utfordringene en møter som nyutdannet sykepleier. Studentenes deltakelse i Helsedøgnet var en annerledes praksis som det kan være nyttig å sette søkelyset på.

Helsedøgnet er en erfaring som kan ha påvirket studentenes bevissthet omkring egen livsstil og fremtidig yrkespraksis. Jeg antar at selv om dette er en kort periode, har studentene gjort seg en del refleksjoner omkring denne type praksis. Jeg ønsker å finne ut om informasjonen og deltakelsen har påvirket studentens bevissthet omkring livsstilsspørsmål og fremtidig praksis. Studentene skulle kartlegge pasienters livsstil og måtte forklare litt om dette. De måtte derfor ha kunnskaper om de fem aktuelle livsstilsfaktorene og hensikten med studien Helsedøgnet. Sykepleierstudentene skal ha praksisstudier som gir mulighet for å erfare arbeidsfellesskapet og oppnå kompetanse som forventes når de er ferdig utdannet. Studentene skal ha veiledede praksisstudier for å oppnå optimal yrkeskompetanse. Det legges også opp til en observasjons- og hospiteringspraksis som er av kortere varighet. I tillegg kan skolen legge opp til en selvvalgt prosjektpraksis eller fordypningspraksis i tilknytning til bacheloroppgaven. Dette går frem av rammeplanen for sykepleierutdanningen, som legger opp til en læringsprosess som forutsetter en veksling mellom teori og praksis. (Rammeplan for sykepleierutdanning, 2008)

Studentene som deltok i Helsedøgnet, skulle kartlegge pasienters helse som en del av en stor helse- og livsstilsundersøkelse. Studien var gjort kjent for hele sykehuset og var også blitt presentert i media. Studentene hadde dermed et godt utgangspunkt for å bli godtatt ute i praksis selv for denne korte perioden. Studentene gikk ut i små grupper, der to studenter intervjuet én og én pasient. I andre del av teorien, som omhandler læring, har jeg sett på læring integrert i praksisfellesskapet. Jeg har også brukt teori som ser på skillet mellom teori og praksis.

Studiens mål

Studiens mål er å kartlegge studentenes erfaringer med å delta som prosjektmedarbeidere i en helseundersøkelse. Jeg ønsker å finne ut noe om hvilken betydning deltakelsen vil ha for studentenes egen livsstil, og om de tror deltakelsen kan ha noen betydning for deres fremtidige yrkespraksis. Jeg vil se på studentenes erfaringer fra opplæringen og hvordan de

opplevde møtet med avdelingens helsepersonell og pasienter. Studentenes refleksjoner i forhold til hvilken innvirkning deltakelsen kan ha, vil bli sett i lys av hva teorien sier om læring og hvilken betydning praksisfellesskapet har.

Presentasjon av problemstillingen og forskningsspørsmål

Sykepleierstudentenes erfaringer fra Helsedøgnet 2009 er utgangspunktet for å finne ut om studentenes erfaringer har påvirket deres bevissthet omkring egen livsstil og fremtidig yrkespraksis. Ut fra dette ble følgende problemstilling utformet:

Problemstilling:

På hvilken måte kan sykepleierstudentenes erfaringer fra deltakelse i livsstils og helseundersøkelse påvirke deres bevissthet omkring egen livsstil og fremtidig yrkespraksis?

Følgende forskningsspørsmål ligger til grunn:

- Kan deltakelse i et prosjekt om livsstil og helse gjøre studentene bevisst på å stille sensitive spørsmål og mer bevisst på faktorer som har innvirkning på helsefremmende arbeid?
- Har studentenes egne oppfatninger eller opplevde reaksjoner fra pasienter som tyder på at pasienten opplever undersøkelsen som en inngripen og kontrollerende fra helsevesenets side?
- Har studentene egne oppfatninger eller opplevde reaksjoner som tyder på at pasientene opplever undersøkelsen som en mulighet til å øke kontrollen over egen helse, jamfør Ottawa-charteret, basert på likeverd og brukermedvirkning?
- I hvilken grad har deltakelsen virket bevisstgjørende i forhold til studentenes egen livsstil?
- Kan deltakelsen i prosjektet påvirke studentenes fremtidige yrkespraksis i forhold til å spørre pasienter omkring livsstil?

Aktuelle begreper

Helsepedagogikk

Helsepedagogikk omfatter hvordan en skal forstå helse og sykdom og hvordan det kan få konsekvenser for pasienten. Målet med denne pedagogikken er å få pasienter til å forstå hvordan de kan vedlikeholde egen helse og forebygge sykdom. Innen helsepedagogikk er dialog og personlig kontakt det sentrale. Den profesjonelle kommer tettere på enkeltmenneskets problemer. (Lejsgaard, Christensen & Huus Jensen, 2003)

Brukermedvirkning og brukerperspektivet

Brukermedvirkning setter fokus på medbestemmelse og likeverd. Relasjon er vesentlig i brukermedvirkning. Her dreier det seg stort sett om relasjon mellom bruker og helsepersonell. Humerfelt (2005) har sett på begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv og hvordan en kan forholde seg til begrepene innenfor helse- og sosialfeltet. Begge begrepene er diffuse med mange uklare definisjoner som brukes om hverandre. Ekeland og Heggen (2007) forklarer brukermedvirkning med at pasienten skal medvirke aktivt og være med på å ta avgjørelser som angår egen helse og behandling. Reell brukermedvirkning handler om makt. Brukeren får et avgjørende ord i beslutningene om egen helse. Helsepersonellet må dermed avgi en del av den myndigheten de har. (Ekeland & Heggen, 2007; Humerfelt, 2005; Rønning, 2007)

Brukerperspektivet er brukerens egen forståelse av sin situasjon. Det er viktig at brukeren eller pasienten får sagt noe om hvordan han selv oppfatter sin egen situasjon. For at brukeren skal medvirke med sitt perspektiv, er det viktig at helsepersonell tilrettelegger for at brukeren blir hørt. Hensikten med at pasienten formidler sin situasjon, er at helsepersonell skal kunne forstå pasienten. Helsepersonell som får forståelse for brukerens perspektiv, kan sette i gang tiltak med utgangspunkt i pasienten. Vi vil da få en reell brukermedvirkning. Selv om brukermedvirkning og brukerperspektivet har forskjellig innhold, er de i praksis gjensidig avhengig av hverandre. Brukermedvirkning blir ofte omtalt som det samme som *empowerment*. (Ekeland & Heggen, 2007; Humerfelt, 2005)

Empowerment

Empowerment er at en pasient skal bli myndiggjort, være selvstendig og ta egne valg selv om han er i pasientrollen. Power betyr styrke eller makt. Empowerment vektlegger en omfordeling av makt i den tradisjonelle behandlingen i helsetjenesten. Empowerment-begrepet har et bredere anvendelsesområde enn brukermedvirkning. Begrepet er blitt enormt populært og forbindes med positive egenskaper som kraft, makt og styrke. Empowerment er å gi makt. Myndiggjøring er noe av det samme; her skal maktrelasjoner fordeles og omstruktureres. (Askheim & Starrin, 2007; Tveiten 2007; Vik 2007; Aadnanes, 2007)

Helse-determinanter

I strategi- og handlingsplan for Stavanger Universitetssjukehus 2010-2012 (2010) rettes oppmerksomheten mot den individuelle livsstilens innvirkning på helsen. Faktorer som har innvirkning på personers livsstil og helse, blir satt fokus på. De fem helse-determinantene er risikofylt alkoholforbruk, fysisk inaktivitet, daglig røyking, overvekt og risiko for under/feilernæring. Livsstilsvaner med stor dokumentert innvirkning på vår somatiske og psykiske helse er fokus i strategi- og handlingsplanen. Det presiseres at det er uenighet om hva en skal legge i begrepet livsstil. Begrepet helse-determinanter fremstår for meg som et litt teknisk begrep. I mitt prosjekt har jeg valgt å bruke begrepet livsstilsfaktorer. (Korfor, 2010)

Helsepersonell

Studentenes erfaringer er utgangspunktet for min undersøkelse. I min oppgave har jeg sett på teori i forhold til helsepersonell og bruker denne betegnelsen om både ferdig utdannede sykepleiere og sykepleierstudenter.

2.0 Studiens kontekst

Her vil jeg forklare hva Helsedøgnet 2009 gikk ut på og studentenes rolle i denne praksisen. Dette for at leseren skal kunne få et bilde av hva denne uken i praksis innebar. De 16 studentene jeg intervjuet muntlig, hadde praksis ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS) og tar sin utdanning ved Universitetet i Stavanger (UiS). Jeg har derfor tatt utgangspunkt i deres oppbygging av praksis, som er nokså lik de to skolene i Bergen som også deltok i Helsedøgnet. Rammeplan for sykepleierutdanning er fastsatt i 2008 av Kunnskapsdepartementet og er felles for alle sykepleierstudentene.

Helsedøgnet 2009

Våren 2009 ble det gjennomført en tverrsnitt - undersøkelse ved tre norske sykehus med formål å identifisere forekomsten av risikopasienter i forhold til de fem helsedeterminantene risikofylt alkoholforbruk, fysisk inaktivitet, røyking, overvekt og risiko for underernæring. Ansvarlig for studien er Kristian Oppedal (cand. med.) ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest – KoRFor. Oppedals forskning er en del av en stor skandinavisk studie der Helse Vest ønsker å kartlegge behovet for forebygging og helsefremmende arbeid i sykehus. I Helsedøgnets informasjonsskriv som er laget til pasienten, fremkommer det at denne kartleggingen er med på å utvikle et bedre tilbud til pasienter som har behov for å endre livsstil i forbindelse med sin sykdom. Det vises også til at flere sykehus arbeidet med å utvikle en integrert helse- og livsstilsstrategi. Totalt hadde 91 prosent av pasientene økt risiko forbundet med minst en av de fem faktorene. (Oppedal et al, 2009)

Studentenes rolle i Helsedøgnet

Sykepleierstudentene fikk opplæring i å innhente muntlig og skriftlig samtykke fra pasientene. Videre skulle de gjennomføre et intervju og dokumentere helsedeterminantene i et standardisert skjema. Studentene var rekruttert fra sykepleierutdanningene i Bergen og Stavanger. I forkant av intervjuet måtte studentene gjennom et obligatorisk opplæringsprogram for å kvalitetssikre hvordan de samlet inn og håndterte data. Studentene er mine informanter, og jeg bruker betegnelsen studenter i stedet for informanter.

Rammeplan for sykepleierutdanningen

Rammeplanen har satt opp mål for å utdanne selvstendige og ansvarsbevisste yrkesutøvere. Målene som er presisert, er helsefremming og forebygging, pleie og omsorg, undervisning og veiledning, yrkesetisk holdning og handling, fagutvikling og forskning, organisasjon og ledelse. Innen helsefremming og forebygging skal studentene tilegne seg kunnskaper om faktorer som påvirker helse og sammenhengen med sykdom. Studentene skal også kunne sette i verk tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom, det er et punkt under dette målet. (Rammeplan for sykepleierutdanning, 2008)

Praksisstudier

Sykepleierstudentene skal tilegne seg kunnskaper og ferdigheter gjennom praksis. Praktisk utøving er viktig for at studentene skal oppleve utvikling og vekst. Studentene har selv ansvar for å sette opp mål som skal evalueres. I samarbeid mellom kontaktsykepleier i praksis og lærer fra skolen blir studentene veiledet og vurdert. I samarbeid med skolen har studentene en midtvurdering og en sluttvurdering uttrykt med *bestått* eller *ikke bestått*. Ukene i den vurderte praksis er det derfor viktig for studentene å utnytte best mulig. Studentene har praksisperioder i alle tre årene, litt ulikt oppdelt på de tre skolene. Studentene fra Universitet i Stavanger hadde akkurat startet på sin ni ukers praksis i sykehus. Informasjon, opplæring og gjennomføring gikk over tre til fire dager, og dette ble derfor en uke av studentenes praksis. Mange studenter gav denne uken uttrykk for at det var uheldig å bruke en uke av deres praksisstudier for å delta i Helsedøgnet.

3.0 Teori

Innledning

Sykepleierutdanning skal utdanne sykepleiere som skal ha kompetanse innen mange felt. Studentene skal tilegne seg kompetanse for å forstå risikofaktorer og få innsikt i tiltak som forebygger sykdom og fremmer helse. De skal også ha kompetanse innen forskning og fagutvikling. Studentene som deltok i Helsedøgnet, fikk informasjon og undervisning om de fem helsedeterminantene som skulle kartlegges. Ut fra pasienters rettigheter om informasjon er pasientundervisning en viktig del av sykepleierutdanningens mål. Granum (1994) legger vekt på sykepleierens undervisende funksjon som et viktig ledd i å fremme menneskers helse. Målet med undervisningen eller informasjonen er at pasienten skal få kunnskaper som gjør at han takler bedre sin livssituasjon. På grunn av økende helsesvikt knyttet til livsstil er pasientundervisning en viktig del av sykepleien. (Granum, 1994)

Kapittel 3.1 omhandler forebyggende helsearbeid, pasientens rett til å bli informert og viktigheten av pasientundervisning og den forebyggende samtalen. Kapittel 3.2 omhandler studentenes læring i praksisfellesskapet og betydningen av erfaring og refleksjon.

Det er gjort litteratursøk i ulike databaser som *Ovid*, *Meadline*, *Embase*, *British nursing index and archive*, *SveMed*, *Idunn-no* og *Pub med*. Noen av de aktuelle søkeord var *lifestyle*, *health personnel*, *patients*, *alcohol drinking*, *intervening*, *staff attitudes*, og *situated learning*.

3.1 Livsstil og helse

Livsstil og levemåte påvirker vår helse og sykdomsutvikling. Kosthold, tobakk, alkohol og fysisk aktivitet er livsstilsvaner som påvirker vår helse. Forebyggende helsearbeid rettes mot å forebygge sykdom og fremme helse, som er to ulike begreper som overlapper hverandre. Helsefremmende arbeid er alt som kan styrke helsen og motstandskraften basert på medvirkning fra folk selv. Forebyggende helsearbeid er å forebygge skade og tidlig død. (Lærum, 2005) Formålet med sykepleierutdanningen er å utdanne kvalifiserte sykepleiere i alle ledd av helsetjenesten. Målene i rammeplanen sier noe om hva studentene skal tilegne seg om helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsedøgnet setter fokus på helsefremming og forebyggende arbeid.

Helseforebygging og helseopplysning

Granum (1994) legger vekt på sykepleierens undervisende funksjon som et viktig ledd i å fremme menneskers helse. Målet med undervisningen eller informasjonen er at pasienten skal få kunnskaper som gjør at han takler bedre sin livssituasjon. På grunn av økende helsesvikt knyttet til livsstil er pasientundervisning en viktig del av sykepleien. (Granum, 1994)

Forskning viser at pasienter ikke er fornøyd med den undervisning som blir gitt av helsepersonell på sykehus. Dette bekreftes også av en undersøkelse gjort av Pfizer, der tre av ti pasienter sier de er misfornøyd med informasjonen de mottar i møtet med helsevesenet. Rusproblemer var et tema som vekker mest ubehag på legebesøk. En av fem kvier seg for å ta opp dette. (Pfizerundersøkelsen, 2008)

Samtidig har offentlige utredninger de siste årene lagt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid. I utredningen fra 1998 *"Det er bruk for alle"* ble det lagt frem satsingsområder for forebyggende og helsefremmende arbeid i Norge. Her går det frem at det forebyggende helsearbeidet i Norge har i dette århundret har stått overfor tre utfordringer: infeksjonssykdommer, som nå har gått sterkt tilbake, livsstilssykdommer og ulike samfunnssykdommer. Det er fra regjeringens side lagt stor vekt på å forebygge livsstilssykdommer.

Den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid ble holdt i Ottawa i 1986. Ottawa-konferansen og Ottawa-charteret bidrar til en dreining fra sykdomsforebyggende til helsefremmende perspektiv, og representerer dermed et skille innen forebyggende helsearbeid. NOU 18 (1998) viser til fem strategier eller innsatsområder som er forutsetningen for å lykkes med det helsefremmende arbeidet i det 21. århundre.

Skape en helserettet samfunnspolitikk.

Skape et støttende miljø.

Styrke lokalmiljøets muligheter for handling.

Utvikle menneskenes personlige ferdigheter.

Tilpasse eller reorientere helsetjenesten. (NOU (1998: 18) s. 154)

Ottawa-charteret (1986) danner grunnlaget for forebyggende helsearbeid. Charteret ble utformet med sikte på å fremme helse for alle fra år 2000, og det ble lagt vekt på informasjon og helseopplysning. Helsefremmende arbeid er en prosess som setter folk i stand til å øke kontroll og forbedre egen helse. To av fem hovedstrategier i Ottawa-charteret omhandler personlig støtte og helsesektorens rolle, ”*Develop Personal Skills*” og ”*Reorient Health Services*”. Det vil si å utvikle personlige ferdigheter ved å sørge for informasjon og helseopplysning. Det blir lagt vekt på pasientinformasjon og helseopplysning og å utdanne helsepersonell. Alle skal bli i stand til å ta bevisste valg som fremmer egen helse. Kunnskap om helse oppmuntrer også til deltakelse. Begrepet *empowerment* ble lansert i Ottawa. I Ottawa-charteret understreker WHO at folk ikke kan oppnå optimal helse med mindre de er i stand til å ha styring over de forhold som bestemmer deres helse (Lærum 2005; NOU (1998:18), ; Ottawa-charteret, 1986)

Stortingsmelding nr. 16(2002-2003) ” *Resept for et sunnere Norge*” legger en strategi for å få en friskere befolkning. Et av punktene er å forebygge mer for å reparere mindre ved en sterkere vektlegging på påvirkning av levestil og livsstil innen helsetjenesten. Ottawa-charteret la vekt på å utdanne helsepersonell. I Stortingsmelding nr.25 (2005-2006) ”*Mestring, muligheter og mening*” blir det også lagt vekt på å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen. Dette skal gjøres på en mer systematisk måte for å gjøre ting på en riktigere måte. Stortingsmeldingene har her lagt føringer for det forebyggende arbeidet. Det legges vekt på helsepersonellens kunnskaper om livsstil og forebyggende helse.

Etter noen år kom en ny reform som bygger videre på hovedpunkter i Ottawa-charteret og stortingsmelding nr 16. Stortingsmelding nr. 47 ble lagt frem av Regjeringen i juni 2009. Samhandlingsreformen er et viktig ledd i det videre arbeidet innen forebygging fordi den ikke bare legger vekt på behandling, men også forebyggende arbeid. I de industrialiserte landene er fem risikofaktorer grunn til en tredjedel av sykdom. Tobakk, alkohol, høyt blodtrykk, høyt kolesterol og fedme er utfordringene Norge har i forhold til livsstil og helse. Forbruket av alkohol øker, og det er fremdeles mange som røyker. Aktivitetsnivået er redusert, og kostholdet inneholder for mye sukker, salt og fett. Et av samhandlingsreformens viktigste budskap er å satse mer på forebyggende arbeid. (St.meld.nr. 47 (2008-2009))

Helsedøgnet setter fokus på forebyggende arbeid i sykehus. Et viktig ledd i dette er å se viktigheten av å kunne gi pasienter god informasjon om sin helsetilstand. Pasientens rettigheter i forhold til informasjon og medvirkning er nedfelt i pasientrettighetsloven.

Pasientrettighetsloven

Syse (2001) har i sin bok "Pasientrettighetsloven" kommentert lovens bestemmelser for å øke lovforståelsen hos pasienter og andre som skal ivareta pasienters rettigheter i helsetjenesten. Pasienters samarbeid med helsevesenet og deltakelse i behandling er kommet mer og mer i sentrum. For å oppnå medvirkning kreves det at pasienten får tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand. Pasientrettighetsloven gir pasienter rett til informasjon. Pasienten skal ha informasjon om sin helsetilstand, diagnose og prognose. (Syse, 2001)

Pasientrettighetsloven kapittel 3 omhandler pasientens rett til medvirkning og informasjon. Helsepersonell har plikt til å opplyse pasienter om hva som har innvirkning på deres helsetilstand. I pasientrettighetsloven § 3-2 står det at pasienten skal ha nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand. § 3-5 sier noe om hvordan informasjonen skal gis til pasienten. Informasjonen skal formidles på en lettfattelig måte slik at pasienten kan forstå opplysningene. (Syse, 2008-2009)

Pasientrettighetsloven regulerer forholdet mellom helsepersonell og pasienter. Helse er viktig for oss alle, og pasientrettighetsloven skal sikre et gjensidig respekterende møte mellom helsepersonell og pasient. (Syse, 2001) Helsepersonell kvier seg ofte for å spørre pasienter om alkoholforbruk i redsel for å krenke pasienten. Pasienten får dermed ikke råd eller informasjon om sykdom og rusmiddelbruk. Manglende kunnskap hos helsepersonell kan også være en av årsakene til at helsepersonell lar være å spørre pasienten om alkohol og livsstil. (Sykepleien, 13.06.2008)

Får pasienten ikke opplysninger om sin helsetilstand, kan han heller ikke delta i beslutninger omkring sin behandling. En samtale om endring av alkoholvaner krever en del kunnskaper fra helsepersonell. Pasienten har kunnskaper om eget alkoholforbruk, og helsepersonell må også kartlegge hvordan pasienten har det og hvilke kunnskaper og erfaringer han har i forhold til sitt alkoholforbruk. (Mundt, 2003)

Den forebyggende samtalen

Livsstil og livsstilsendringer er til dels et kontroversielt tema. De siste ti årene har diskusjonen dreid seg om hvem som har ansvaret og om ansvarsfordeling mellom helsepersonell og pasient. Trenden er at det blir lagt mer vekt på informasjon og empowerment, slik at pasienten selv skal kunne ta valg i forhold til sin livsstil. Livsstilssykdommer er ikke noe som helsevesenet kan gå inn og behandle. Det er kanskje ikke så skremmende fordi en ikke ser konsekvenser før etter mange år. Det er ikke det offentlige som har ansvaret, men det er mest opp til den enkelte og folks egne valg. For at pasientene skal ha mulighet til ta egne valg, må den enkelte pasient få tilstrekkelig og tilpasset informasjon. Tredje kapittel i pasientrettighetsloven heter "Rett til medvirkning og informasjon". Pasientens rettigheter er nedfelt i lovverket etter som pasientens interesse i å delta selv i avgjørelser og vurdering omkring egen behandling er kommet mer og mer i sentrum. (Jallinoja et al., 2007; NOU (1998:18))

Pasienter er stort sett positive til å bli spurt om livsstilsvaner som alkoholbruk. Fagutviklingssykepleier ved Haukeland sykehus sier det er hos helsepersonell de største barrierene ligger. For at pasienten lettere skal se sammenhengen, kan det være god hjelp å spørre pasienten om andre livsstilsfaktorer som daglig røyking, kosthold og fysisk aktivitet. (Sykepleien, 13.06.2008)

Mundt og Kanns (2000) artikkel "*Forebyggelsessamtaler om tobak og alkohol*" ser på erfaringene fra pasientsamtaler. De viser til et prosjekt fra Bispebjerg Hospital der alle pasienter skulle spørres om sitt alkohol- og tobakksforbruk. Her la de vekt på hvordan den forebyggende samtalen skulle gjennomføres. Erfaringer viste at sykepleieren opplevde det som veldig personlig å snakke om tobakk og alkohol.

Mundt og Kann (2000) hevder at pasienter gjerne snakker om livsstilsvaner når det foregår på en respektfull måte. Det viste seg at sykepleiernes forventninger om at pasienten ville avvise dem hvis de forsøkte å snakke med dem om alkohol- og tobakksvaner, ble gjort til skamme. Sykepleierne uttalte at den forebyggende samtalen ikke ville funnet sted om de ikke var blitt litt presset og veiledet. Det var derfor også blitt lettere å ha denne samtalen fra gang til gang. Mundt og Kann (2000) sier deres erfaring er at det er en barriere hos personalet for å snakke om livsstil og spesielt omkring bruk av alkohol.

Det er en utbredt myte både i befolkningen og blant helsepersonell at de som drikker for mye aldri vil innrømme det. Det er imidlertid ikke belegg for dette. Å benekte eller pynte på sannheten er derimot noe som de aller fleste kjenner til ut fra seg selv. Uansett hvor en arbeider som sykepleier, vil en komme i kontakt med pasienter med en livsstil som kan føre til helseskade. Helsepersonell må derfor ha kunnskaper, slik at de kan samtale med pasienten og eventuelt iverksette forebyggende tiltak. Et eksempel er at pasienter med stort forbruk av alkohol vil være disponert for sykdom og komplikasjoner under innleggelse. Også andre livsstilsproblemer øker faren for komplikasjoner ved sykehusinnleggelse. Det er derfor viktig at sykehuset tar fatt i problemene. Den motiverende samtalen legger vekt på å ta pasienten på alvor. (Mundt, 2003; Oppedal et al., 2009)

Aalto og Seppa (2004) har foretatt flere undersøkelser om hvordan helsepersonell forholder seg til pasienter med høyt alkoholforbruk. Undersøkelsen fra 2004 ser på samtalen mellom pasient og helsepersonell om alkoholforbruk. Pasienten kan ha en positiv holdning til å snakke om dette. Helsepersonell gir uttrykk for at de er redd pasienten ikke ser nytten av å diskutere dette og at pasienten skulle bli fornærmet. De konkluderer med at samtalen mellom pasient og helsepersonell er kort, men foretas sjelden, samtidig som pasienten gav uttrykk for at samtalerne var nyttige og akseptert. Forfatterne viser også til andre artikler der pasienter har vært positive til å diskutere omkring tema som alkohol.

I 2002 testet Aalto, Pekuri og Seppa hypotesen: ”primary health care professionals` activity in intervening in patients` alcohol drinking is low”. De konkluderte i sin artikkel med at helsepersonell sjelden snakket med pasienten om alkoholforbruk selv om pasienten hadde høyt alkoholforbruk. Utgangspunktet for deres forskning var en undersøkelse fra 2001 hvor de så på hvor stor alkoholmengde pasientene måtte rapportere at de drakk for at helsepersonell gikk inn og gav råd. Her fant de en diskrepans mellom inntak og helsepersonellens grenser for å gi råd omkring livsstil og alkohol. (Aalto, Pekuri & Seppa, 2002; Aalto & Seppa, 2001)

I boken ”*Health behavior change, a guide for practioners*” (1999) har forfatterne laget en metode for å tilnærme seg pasientene på en god måte i forhold til livsstilsendringer. De legger vekt på at helsepersonell må ha kunnskaper om temaene. Måten en henvender seg til pasienten på i forhold til livsstilsendringer, blir også trukket frem som noe av det viktigste for å nå frem i et slikt arbeid. Boken gir eksempler på kommunikasjon mellom pasient og

pleier som vil vanskeliggjøre samtalen om livsstil. Forfatteren har skrevet boken for å hjelpe helsepersonell med å ta fatt i et alvorlig problem for pasienten. (Rollnick, Mason & Butler, 1999) Det samme temaet blir omhandlet av Barth, Børtveit og Prescott (2001) I boken *”Endringsfokusert rådgivning”* fremkommer det metoder for helsepersonell som ønsker å hjelpe pasienter til å endre deres avhengighet og livsstilsproblematikk

Martinsen legger vekt på hvordan vi gjennom vår væremåte påvirker vårt forhold til andre. Hvordan en møter pasienten, blir derfor vesentlig. Møtet mellom sykepleier og pasient er bygget på tillit. Møter sykepleieren pasienten med ærlighet og oppriktighet, vil det etableres et tillitsforhold mellom dem, og det blir rom for å ta opp vanskelige tema. (Alvsvåg, 1997; Martinsen, 1989)

Helseopplysning er et hovedvirkemiddel i det forebyggende arbeidet. Lerum (2005) snakker om Helsesamtalen i møte mellom pasient og pleier. Får en her i gang en god samtale, er dette et av de viktigste verktøy for å hjelpe pasienter med å ta riktige valg og gi hjelp til å motivere pasienter. Pasienten er ofte åpen for informasjon og adferdsendring i møte med helsepersonell. Pasienten har et helseproblem og vet det må gjøres noe, og det vil derfor være en fin anledning for helsepersonell til å kartlegge pasienten og gi hjelp til motivasjon. (Lærum 2005)

3.2 Læring

Innledning

Sykepleierstudentene skal ha praksisstudier som gir mulighet for å erfare arbeidsfellesskapet og oppnå kompetanse som forventes når de er ferdig utdannet. Som nevnt skal studentene ha kunnskaper for å kunne sette i verk tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom. Hvordan studentene utvikler kunnskap i praksis, og hvilken betydning praksisfellesskapet har for deres kunnskapsutvikling, er i den sammenheng viktig å se nærmere på.

Studentene skal ha veiledede praksisstudier for å oppnå optimal yrkeskompetanse. Det legges også opp til en observasjons- og hospiteringspraksis som er av kortere varighet. I tillegg kan skolen legge opp til en selvvalgt prosjektpraksis eller fordypningspraksis i tilknytning til bacheloroppgaven. Dette går frem av rammeplanen for sykepleierutdanningen som legger opp til en læringsprosess med en veksling mellom teori og praksis. (Rammeplan for sykepleierutdanning, 2008)

Mange pedagoger og andre har vært opptatt av å finne gode arbeidsmåter og aktivitetsformer som fremmer læring hos elever og studenter. Alt fra tradisjonell klasseundervisning til prosjektarbeid og prosessorientert eller oppdagende læring har blitt vurdert opp gjennom årene. (Engelsen, 1997)

Fokus på læring er ikke blitt mindre de senere årene. Dette har ført til økt interesse for et sosiokulturelt syn på læring. Dette synet på læring tar utgangspunkt i at læring er en prosess som skjer i et praksisfellesskap. Lave og Wenger (2001) ser på læring integrert i fellesskapet og introduserer begrepene *situert læring*, *legitim perifer deltakelse* og *praksisfellesskap*. Læring krever samarbeid og en praksis som er mest mulig lik den arbeidsplassen hvor en skal bruke sine teoretiske kunnskaper, slik at skillet mellom teori og praksis blir minst mulig. Situert læring blir gjerne sett på som en kontrast til den abstrakte læringen som foregår i et klasserom. Det situerte perspektivet ser på mer omfattende deler av det virksomhetssystemet som studenten er en del av og ikke bare studenten selv og de umiddelbare omgivelsene omkring. (Lave & Wenger, 2003; Øhra, 1999)

Ifølge Olga Dysthe (1996) er det stor uenighet mellom ulike teoretiske posisjoner, som ser på læring som en individuell prosess eller læring som en sosiokulturell aktivitet. Hun fremhever at det vil være nødvendig å se både på den som skal lære og de sosiale faktorene rundt læresituasjonen. (Dysthe, 1996)

Det er tatt utgangspunkt i Lave og Wengers bok ”*Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation.*” og den danske utgaven ”*Situeret læring og andre tekster*”. Forskning med utgangspunkt i Lave og Wengers teori og annen aktuell litteratur er brukt for å belyse læring i sosial praksis. I starten av kapittelet klargjøres det situerte læringsperspektivet og begrepet legitim perifer deltakelse. Kapittelet avsluttes med Hummelvolds utspill om handlingsorientert forskning som brobygging mellom skole og praksis.

Situert læring

Kunnskap og læring er blitt sett på ut fra tre ulike synspunkter: *behavioristisk, kognitivt og situert læringsperspektiv*. Behavioristisk perspektiv der man knytter læring til prøving og feiling. Kognitivt perspektiv er opptatt av tankeprosesser og språklige prosesser hvor læring foregår gjennom økt innsikt. Begge perspektivene bygger på individuell læring. En nyere retning som er kritisk til å vektlegge læring som individuell, er det sosiokulturelle læringsperspektivet, også kalt det relasjonelle eller situerte læringsperspektiv. (Øhra, 1999)

Situert læring fokuserer på de kontekstuelle og sosiale aspektene ved læring. Det forutsetter en nær sammenheng mellom kunnskap og praksissituasjonen. Den situerte læringsteorien har vært en utfordring til læringsforståelse som knytter seg til tradisjonell skoleundervisning. Det har i de senere årene vært økt fokus på livslang læring og interesse for en læring som foregår utenom skolen og klasserommet. Det har vært mer fokus på læringen som foregår i arbeidsliv og hverdagsliv. Læring handler om å tilegne seg kunnskaper og ferdigheter. Menneskelige handlinger er situert i sosiale praksiser med utgangspunkt i våre kunnskaper og erfaringer. (Lave & Wenger, 1991; Säljö, 2001)

Situert læring er ifølge Øhra (1999) en nyere retning innenfor læringsteori. Kunnskap og kompetanse må ses på som situasjonsbestemt og ikke med overføringsverdi fra en læringssituasjon til en annen. Han sier videre at dette perspektivet utfordrer oppfatningen om

at den enkelte innehar sin kunnskap som vi tar med fra en situasjon til en annen. Det vil si at kunnskap er ikke bare forankret i personen, men også i praksisfellesskapet en inngår i. (Øhra, 1999)

Læring er en dynamisk prosess som forutsetter samspill og deltakelse i et fellesskap. Alle er med i et praksisfellesskap. For eksempel er barn legitime perifere deltakere i de voksnes verden. Læring er situert og skjer gjennom samspill og deltakelse i et praksisfellesskap. Lave og Wenger (1991) betrakter situert læring som en prosess de kaller *legitim perifer deltakelse*.

Læring krever en **legitim** plass i fellesskapet. For at deltakelsen skal være legitim, kreves adgang til praksisfellesskapet. Nøkkelen til legitim periferitet er den nyankomnes adgang til praksisfellesskapet. For å bli fullverdig medlem i fellesskapet kreves det adgang til nødvendig informasjon og ressurser. Det kreves adgang til de andre medlemmene av fellesskapet og mulighet for deltakelse. En legitim adgang spiller en sentral rolle for å få komme inn i fellesskapet. (Lave & Wenger, 1991)

Læring skjer gjennom **deltakelse** i praksisfellesskapet. Lave og Wenger (1991) hevder at det forekommer ingen læring ved gjentakelse av andres prestasjoner eller ved undervisning, men ved deltakelse. En relasjonell forståelse av person og praksis medfører at deltakelse er det sentrale i Lave og Wengers (1991) teori.

Nykommerens **perifere** deltakelse vil si at studentene er i utkanten eller så vidt på innsiden av fellesskapet. Perifer deltakelse handler om å være plassert i den sosiale verden. Periferitet er en måte å få adgang til praksisforståelse ved en økende deltakelse. Periferitet betyr egentlig at det er mange forskjellige måter å være plassert i et fellesskap, fra perifer til fullverdig deltaker. (Bakke-Erichsen & Øvrebø, 2009; Lave & Wenger, 1991)

Legitim perifer deltakelse skal oppfattes som en helhet. Som vi ser, er elementene i begrepet legitim perifer deltakelse knyttet opp mot hverandre og kan ikke brukes isolert. Lave og Wenger beskriver legitim perifer deltakelse som en prosess karakterisert av sosiale prosesser og sosiale relasjoner. Første kapittel i boken "Situating learning" innledes slik:

Learning viewed as situated activity has as its central defining characteristic process that we call legitimate peripheral participation. By this we mean to draw attention to the point that learners inevitably participate in communities of practitioners and that the mastery of knowledge and skill requires newcomers to move toward full participation in the sociocultural practices of a community. (Lave & Wenger, 1991, s. 29)

Vi ser Lave og Wenger (1991) fremhever læring som en dynamisk prosess. Denne prosessen forutsetter samspill i et praksisfellesskap og forandring hos den enkelte deltaker i praksisfellesskapet. De forsøker å forklare begrepet situert læring ut fra læring som et integrert og uadskillelig aspekt av sosial praksis. De samler den nye modellen for læring under overskriften legitim perifer deltakelse. (Lave & Wenger, 1991)

Det situerte eller relasjonelle perspektivet hevder at kunnskap ikke bare er forankret i personen, men også i det praksisfellesskapet som en er i. Læring er ikke bare en individuell prosess som foregår inni hodet på den enkelte. Læring vil også innebære at en blir del av et sosialt praksisfellesskap. Læreprosessen dreier seg om å skape og delta i sosiale praksiser som er konstruktive for læring. Læring er en måte å være i den sosiale verden på, og deltakelse er et sentralt begrep. I mester-lærling-tradisjonen er det sterke relasjoner mellom alle medlemmer i fellesskapet. Sykepleierstudenter i praksis vil som i mester-lærling-tradisjonen få delta i arbeidet og fellesskapet og dermed få et relevant læringsmiljø. Deltakelse er som nevnt sentralt, da en lærer på en annen måte ved å delta. Den nyankomnes legitime periferitet gir mulighet for å tilegne seg praksiskulturen.. Praksisfellesskap er relasjoner mellom personer og inneholder kunnskaper som gir gode muligheter for læring. Læring finner derfor ikke sted ved at studentene får undervisning, men ved å delta i fellesskapet. (Heggen, 1995; Lahn & Jensen, 2008; Lave & Wenger, 1991, 2003)

Lave og Wenger (2001) har bevisst latt være å knytte legitim perifer deltakelse til skole og utdanning. De ønsket å utvikle en oppfattelse av læring som kunne stå alene, slik at leseren står fritt til å analysere skolen ved en annen anledning. Legitim perifer deltakelse er ikke en pedagogisk form, strategi eller undervisningsteknikk. Det er et analytisk perspektiv på læring og en måte å forstå læring på. Det foregår læring ved legitim perifer deltakelse uansett hvilken pedagogisk form som danner læringskonteksten. Legitim perifer deltakelse setter

læreprosessen i nytt lys ved å gjøre oppmerksom på sentrale aspekter ved læring og erfaringer som kanskje overses. (Lave & Wenger, 1991, 2003)

Det er ønskelig at studenter som har praksis på sykehuset, skal bli en del av kulturen og det sosiale fellesskapet. I en sykehusavdeling er det et arbeidsfellesskap som har en egen struktur, samhandling, kultur, normer og regler. Når studentene starter i praksis, er det mange faktorer som spiller inn for at de skal oppleve seg som en del av avdelingens fellesskap. Mange studenter gir uttrykk for at de føler seg utenfor og ikke som en del av arbeidsfellesskapet. Det å bli inkludert i arbeidsfellesskapet og få en posisjon som gir dem følelse av å være ”innenfor”, kan være avgjørende for hva som blir lært. (Bakke-Erichsen & Øvrebø, 2003; Havnes, 1996)

Praksis og teori

Artikkelen ”*Situated learning in the practice placement*” (Cope, Cuthbertson, & Stoddart, 2000) ser på hvordan sykepleierstudentene lærer i praksis og problemet med å skape forbindelse mellom teori og praksis. Studentene har kanskje kunnskaper om en sykdom eller diagnose, men er ikke i stand til å bruke kunnskapen ute i praksis. I undersøkelsen kom det frem hvor viktig det er å ha en praksis som var så nær virkeligheten som mulig. Artikkelen setter fokus på Lave og Wengers begrep legitim perifer deltakelse, som innebærer å være en del av arbeidsfellesskapet, en del av et team, og få reelt ansvar. I studien ble dette lagt vekt på for at studentene skulle kunne utvikle de nødvendige sykepleieferdighetene. Studentene gav også uttrykk for at de behøvde støtte og trygghet når de kom på ut i praksis. En student som følte hun var en del av fellesskapet, sa:

” ...*You were right in there, you were one of the team, you know, you really got your work to do....*” (Cope et al., 2000, s. 852)

Noen studenter mente de ikke hadde blitt akseptert som medlemmer i praksisfellesskapet og uttalte:

”...You could never fit in anywhere, you never felt as though you were part of the team, working with anyone....” (Cope et al.,2000, s. 853)

Dette kan skyldes korte praksisperioder som gjorde at det var vanskelig å gjøre annet enn å observere. Det kan også skyldes at studentene ikke var plassert i en deltakende rolle og ikke ble en del av praksisfelleskapet.

Studentene trenger teoretisk kunnskap for å bygge opp en faglig kyndighet og sykepleiekompetanse i tillegg til praktisk kunnskap. Forholdet mellom praksis og teori er ofte problematisk i de fleste profesjoner. Hiim og Hippe har i sin bok *”Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere”* (2001) tatt utgangspunkt i at teoriundervisning for studenter kan oppleves som lite meningsfull i forhold til deres praksis. Mange opplever et såkalt praksissjokk og føler seg dårlig forberedt når de kommer ut i arbeidslivet og skal utføre den jobben de er utdannet til. Studenter gir uttrykk for at de opplever at praksisundervisningen og praksis i en øvelse i avdeling er løsrevet fra teorien.

Yrkes- og profesjonsutdanningen har hatt mest fokus på faginnholdet og forelesningspreget undervisning ifølge Hiim og Hippe (2001). De mener studentenes livserfaringer og kunnskaper kunne vært utnyttet i større grad og sett på som en ressurs. Utdanningen er ofte basert på studentenes ansvar for å overføre teorien til praksisfeltet. Det stilles spørsmål ved synet på forholdet mellom praksis og teori. Hiim og Hippe (2001) viser til mester - lærling-tradisjonen som legger vekt på læring gjennom arbeid. Sykepleierutdanningen som tidligere hadde lange praksisperioder der studentene som en del av fellesskapet hadde stor betydning. Studentene har i dag kortere praksisperioder enn tidligere. Det er veiledet praksis og det er ønskelig at de tidligst mulig blir en del av praksisfelleskapet og tar del i det daglige arbeidet. mester-lærling-tradisjonen var også Lave & Wengers (1991) utgangspunkt for å se på det situerte læringsperspektiv. Som Hiim og Hippe(2001) satte også Lave & Wenger (1991) et kritisk blikk på skolen og dens syn på læring.

Sykepleierstudentene skal inn i en kompleks praksis som krever kompetanse innen mange områder. Utdanningen er å legge til rette for en praksis som kan være med å hjelpe studentene til å se sammenhengen mellom teori og praksis. Studenter strever ofte med å anvende teorien

når de kommer ut i praksisfeltet. Mange forfattere er opptatt av det som Smeby (2008) kaller for praksissjokk på grunn av gapet mellom teori og praksis. Studentenes møte med arbeidslivet blir ofte en tøff overgang fra studenttilværelsen, og dette kan være en bekreftelse på at all kunnskap er situert. Utfordringen i utdannelsen er å se relevansen av teoretisk kunnskap i forkant av den praksis studentene går i møte. Det er ønskelig at de forstår teorien bedre, slik at den kan danne grunnlag for tolkninger og assosiasjoner i praksis. (Lave & Wenger, 2003; Smeby, 2008)

Bakke-Erichsen og Øvrebø (2009) knytter læring til bruken av tilgjengelige ressurser i praksisfellesskapet og hvordan læring formidles gjennom disse. I praksisfellesskapet lærer studentene gjennom praktiske erfaringer. Det å reflektere rundt handlinger og konsekvensene som fører til læring, er en erfaring studentene gjør i et praksisfellesskap. Rammeplanen og mål for praksis stiller krav til at studentene skal utvikle personlig og faglig kompetanse. Refleksjon over egne erfaringer blir derfor sentralt. Bakke-Erichsen og Øvrebø fremhever refleksjon som det viktigste redskapet for å lære gjennom erfaring. (Bakke-Erichsen & Øvrebø, 2009)

Erfaring og refleksjon

Moxnes (2000) legger vekt på hverdagslæring som foregår utenfor opplæringsinstitusjonene og som er kunnskaper folk har tilegnet seg på egen hånd, og introduserer begrepet *erfaringslæring*. Han presiserer at det er ingen kunnskapslæring i vitenskapelig forstand, men en personlig læring. Erfaringslæringen innehar et personlig engasjement. Læringen gir en mening til den som lærer. Den virker inn på adferd, holdning og personligheten. Erfaringskunnskapen skiller seg fra den kunnskapsbaserte læringen. Den kunnskapsbaserte læringen formidler fakta gjennom lærer som ekspert. Erfaringslæringen oppleves som meningsfull, viktig og nyttig. (Moxnes, 2000)

Erfaring blir sentralt i den situerte læringsteorien. Erfaringspedagogikk og situert læring har visse fellestrekk. Kvale (2003) sier i det danske forordet til Lave og Wengers bok "Situert læring" at erfaringspedagogikk kan ha vært med å fremme en forståelse for læring som sosial praksis. Erfaringspedagogikk og situert læringsteori kjennetegnes ved at erfaring og praksis er utgangspunkt for læring og at de har en kritisk holdning til tradisjonell skoleundervisning.

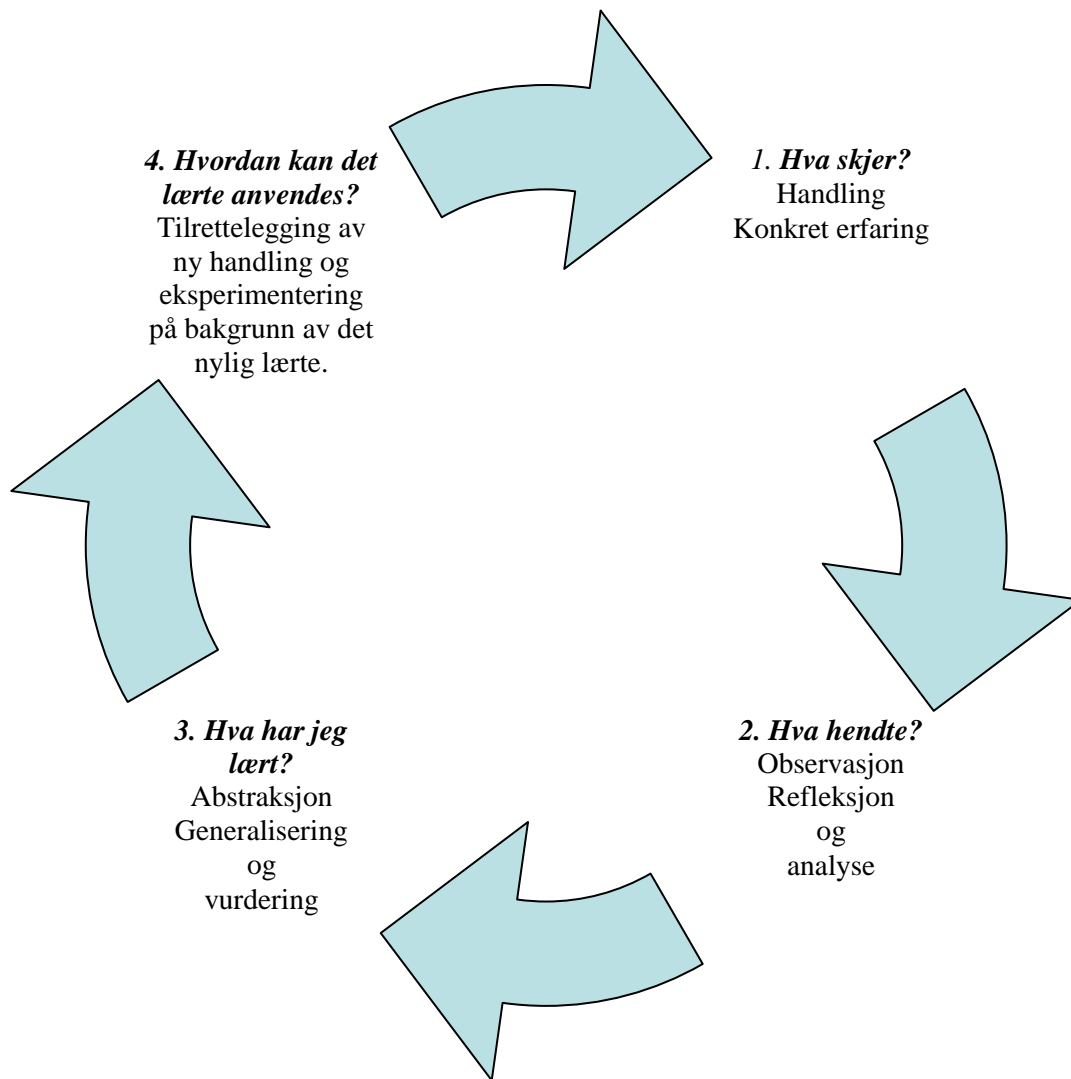
Skillet mellom dem er at erfaringspedagogikk er subjektcentrert basert på individuelle erfaringer og deltakerstyrt. Den situerte læring er relasjonell med praksisfellesskapet som utgangspunkt for læring, og fagets sosiale praksis er styrende for den nyankomnes læring. (Kvale, 2003)

I voksenpedagogikken regnes erfaring som en viktig faktor. Læring skjer på det bevisste og ubevisste plan hjemme, på skolen og i fritiden gjennom hele livet. Voksne har læringskapasitet og intelligens som de unge, men trenger lengre tid på selve innlæringen. Noen faktorer fremmer og andre hemmer ny læring hos voksne. Med økende alder har en gjerne økt erfaring, som igjen kan gi grunnlag for ny og bedre læring. (Hultgren, 2001)

Tilegnelse av kompetanse innen sykepleie krever erfaring fra praksis. I praksis får sykepleieren kontakt med pasienter og lærer ved å reflektere sammen med mer erfarne utøvere i en mester-lærling-relasjon. Erfaring hjelper til med å forstå teorien og utvide den teoretiske kunnskapen. Erfaring er også nødvendig for å lære seg prosedyrer og andre praktiske arbeidsoppgaver. Ved å delta i praksis får en utføre praktiske gjøremål og kjenne på stress og usikkerhet som preger en nybegynner. En kan ikke bli en dyktig sykepleier ved å *studere* praksis. (Krogstad & Foss, 2002)

Buberg og Hessevaagbakke (2003) har brukt Paul Moxnes` (2000) modell over erfaringslæringens fire stadier for å fremstille hvordan sykepleierstudenten utvikler ny kunnskap. For å lære i praksis må en reflektere over de erfaringene en gjør og på den måten utvikle personlig kunnskap. Figur 1 viser hvordan modellen kan brukes for å reflektere over hva som skjer i selve handlingen og i etterkant tenke over hva som egentlig skjedde. I neste fase skal studenten tenke over hva en lærte i eller av situasjonen. Til slutt skal disse refleksjonene anvendes. Studenten skal tenke over hvordan dette kan være til hjelp videre i lignende situasjoner. Fasene i denne modellen skal fortsette slik at det blir mer en spiral enn en sirkel. Studenten har lært og går videre med mer erfaring som en blir påvirket av i sitt videre arbeid. Når sykepleierstudentene er i praksis, blir de utfordret på nettopp dette å reflektere over hva de opplevde og hva de lærte av situasjonen. På denne måten skal de kunne vurdere seg selv i et analytisk perspektiv. (Buberg & Hessevaagbakke, 2004)

Figur 1: Fra Buber og Hessevaagbakke (2003, s. 57)



Refleksjon er å se sine egne erfaringer utenfra ved å vurdere og kritisere seg selv. Som vi ser i Moxnes' modell, handler det ikke bare om ettertanke, men også å reflektere før og under handlingen. Refleksjon er å åpne seg for egen erfaring. Studenter som har mye erfaring, vil ha større fleksibilitet i det en utfører. (Bakke-Erichsen & Øvrebø, 2009)

Som flere andre legger også Hiim og Hippe vekt på samarbeid mellom skole og arbeidsplass som må benyttes bedre. Skolen må bruke praksisnære oppgaver slik at studentene kan vise til sine erfaringer. Her fremheves betydningen av læring ut fra relevante praktiske yrkesoppgaver. Kunnskapsbegrepet blir dermed utvidet slik at teori og praksis fremstår som en helhet. (Hiim & Hippe, 2001)

Jan Kåre Hummelvoll (2009) mener at utdanningene bør klargjøre sin forskningsprofil og strategi for at studentene skal oppleve forskningen som meningsfull og relevant. Utdanning og forskning må stimulere og støtte opp mot hverandre. Studentenes egenaktivitet må styrkes, med nye arbeidsformer, undervisning i færre tema og med utmerket kvalitet.

Handlingsorientert forskning kan bli brobygger mellom teori og praksis. Kjernen i handlingsorientert forskningssamarbeid er en bevegelse mellom erfaring og refleksjon. Denne formen for aksjonsforskning mener Hummelvoll (2009) er relevant og fruktbar strategi for kunnskapsdannelse i helsefaglig praksis. Ved å inngå et systematisk forskningssamarbeid mellom praksis og skolen kan teori knyttes opp til arbeidsplassen der studentene etter hvert skal arbeide. Gevinsten kan være at vi får kunnskapsutvikling på grunnlag av praktiske problemstillinger. Videre vil praksis få hjelp til å belyse konkrete problemstillinger. Studenten kan utvikle en interesse for hvordan en utvikler kunnskap gjennom forskning. I tillegg vil en kanskje oppnå at studenten som med-forsker får et praktisk forhold til hvordan forskningen foregår. (Hummelvoll, 2009)

4.0 Metode

Innledning

I dette kapittelet beskrives forskningsprosessen, de metodiske valg, utvalg, gyldighet og etiske hensyn. Studien ønsker å finne ut hvilke erfaringer sykepleierstudentene fikk ved å delta i en helse- og livsstilsundersøkelse. Jeg vil se om det kan være en endring i studentens bevissthet omkring egen livsstil og det å stille pasienten spørsmål om livsstil, og om studentene tror det kan ha en innvirkning på fremtidig yrkespraksis. Studien er en spørreskjemaundersøkelse (survey) for å undersøke sykepleierstudentenes erfaringer ved å delta i en stor helse- og livsstilsundersøkelse.

Valg av metode for datainnsamling

Hvordan kan vi få kunnskaper om hvordan virkeligheten egentlig ser ut? Dette er et ontologisk spørsmål. Hvordan vi kan få kunnskap om virkeligheten, er et epistemologisk spørsmål. Vi kan spørre oss selv om det er mulig å få objektiv kunnskap om virkeligheten. I samhandling med andre mennesker er fortolkning grunnleggende for vårt kjennskap til den sosiale virkeligheten. Samfunnsvitenskapelige undersøkelser må derfor gjøres på en slik måte at kunnskapen kan etterprøves i størst mulig grad av andre. Å være saklig og upartisk i tillegg til systematikk og åpenhet er derfor et viktig kjennetegn for metode innen empirisk forskning. Tolking av data er en sentral del av samfunnsvitenskapelige undersøkelser uansett hvilke data som anvendes. (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2006; Skog, 2004)

Kvantitativ metode

Kvantitativ metode bruker utspørringsteknikker der spørsmålene er bestemt på forhånd. I mitt prosjekt er spørreskjema formidlet via mail og ved å dele ut spørreskjema personlig. Spørreskjemaet som ble lagt ut på it's learning, var selvadministrerende.

Målet for undersøkelsen var å nå ut til flest mulig av de 350 sykepleierstudenter som deltok i Helsedøgnet. 16 studenter ble intervjuet ut fra samme spørreskjema. Ved å stille de samme spørsmålene muntlig ønsket jeg å få mer utfyllende svar omkring studentenes erfaringer og opplevelser, og eventuelt underbygge de statistiske svarene. Kvantitativ metode er basert på

mer distanse. Her har jeg inngått i en direkte relasjon med 16 informanter slik som det blir gjort i en kvalitativ tilnærming. Felles utfordring for både kvalitativ og kvantitativ tilnærming er å reflektere over den mulige innvirkningen forsker kan ha på prosessen og resultatet. Litteraturen påpeker at kvalitative og kvantitative tilnærminger ikke er så forskjellige og at de ikke er uforenlige. De mener kvalitative og kvantitative tilnærminger gjerne kan kombineres i samme undersøkelse. Johannesen et al. (2006) mener forskjellen mellom de to tilnærmingene ofte er overdrevet. (Johannessen et al., 2006; Thagaard, 2009)

Ifølge Wenstøp (1991) forutsetter bruk av kvantitativ metode at problemstillingen er meget presis og gjennomarbeidet. Metodens fordeler er at vi kan stille samme spørsmål til et stort antall mennesker. Det kan også tas i bruk statistiske dataprogrammer for å analysere materialet.. (Wenstøp, 1991)

Spørreskjema

Det er vanskelig å utvikle gode spørreskjema som faktisk måler det man har tenkt å måle. Ferdig utviklede og utprøvde spørreskjema kan være hensiktsmessig å bruke. Finnes ikke det, må man lage et nytt skjema. Det kan være veldig komplisert å lage et godt skjema og kan kreve spesialkompetanse. (Røen, 2009) Spørreskjemaet i mitt prosjekt ble utformet ved hjelp av forskere med kompetanse på området. Det var imidlertid liten tid til å gjøre en pilotundersøkelse i forkant.

Spørreskjemaet som ble anvendt inneholdt bakgrunnsspørsmål, hva de synes om forberedelsene, reaksjoner fra helsepersonell og pasienter, konsekvenser for egen livsstil og konsekvenser for eget arbeid. Spørreskjemaet bestod av både åpne og lukkede spørsmål, hvorav de fleste var lukkede. Med åpne spørsmål kan respondenten svare fritt det hun vil. To spørsmål åpnet for å svare i fritekst. Ved lukkede spørsmål er svaralternativene gitt på forhånd. Svaralternativet ”*vet ikke*” var tatt med. Der studenten skulle si noe om grad av enighet, var svaralternativet ”*verken enig /uenig*” tatt med. (Halvorsen, 2003; Wenstøp, 1991)

Gjennomføring av studien

I min undersøkelse ble det sendt ut spørreskjema til ca. 350 sykepleierstudenter som hadde deltatt som prosjektarbeidere i Helsedøgnet 2009, som ble gjennomført i mai 2009.

I min oppgave hadde jeg laget en problemstilling som innebar å kartlegge studentenes erfaringer som prosjektmedarbeider. Det var ønskelig å nå studentene før skoleslutt. Spørreskjema ble utformet og sendt ut til studentene før skoleslutt sommeren 2009. Studentene fikk en mail med informasjon om prosjektet og en datalink som førte direkte til mitt spørreskjema.

Etter en puring og lav svarprosent var det lite jeg kunne gjøre for å nå 3.-årsstudentene som nå var ferdige med utdannelsen. Jeg oppsøkte derfor 2.-års-studentene høsten 2009 for å dele ut spørreskjema personlig til de som nå var tredjeårsstudenter. Jeg var på Universitetet i Stavanger og i Bergen, der jeg fikk tilgang til flere klasser. Jeg informerte studentene om min studie, og deretter delte jeg ut spørreskjema. De fikk informasjon om å la være å svare hvis de hadde svart på spørreskjema via mail tidligere. Det kom 50 utfylte spørreskjema via linken på skolens nettside. Det kom kun noen få svar i ukene mot skoleslutt. Jeg valgte derfor å kontakte skolene for å dele ut spørreskjema i klassene.

Utvalg

Totalt 350 sykepleierstudenter fordelt på tre skoler var deltakere i Helsedøgnet og intervjuet alle inneliggende pasienter over en 24-timers periode. Alle studentene var i utgangspunktet inkludert i min undersøkelse. Det var ingen ekskluderingskriterier. Det var ønskelig å få en så høy svarprosent som mulig i forhold til alder, kjønn og skole. 147 sykepleierstudenter har svart på min undersøkelse, som er en svarprosent på 42. Jeg har fått noe mer utfyllende svar ved å intervju 16 studenter med utgangspunkt i spørreskjemaet. Jeg tok kontakt med tre avdelinger der jeg intervjuet studenter som var i praksis. Fire av disse var nylig utdannet, da de var tredjeårsstudenter da de deltok i Helsedøgnet.

Sammensetningen av utvalget må ideelt sett tilsvare sammensetningen i hovedmassen for å få et såkalt representativt utvalg. Det er alltid muligheter for at representativiteten er sviktende på grunn av tilfeldigheter. Dette kan beregnes ved for eksempel å konstruere feilmarginer rundt resultatene, men vi kan allikevel aldri være helt sikre på at vi har et utvalg uten tilfeldige skjevheter. Informasjonen som samles i et forskningsarbeid ønsker som oftest å trekke en allmenngyldig konklusjon ut fra en liten studie. (Johannessen et al., 2006; Polit & Beck)

Kullene på de forskjellige skolene bestod av ca. 70 studenter på Haraldsplass og ca. 140 på HiB og SUS. Derav ca. 10 prosent menn. I min undersøkelse har jeg fått svar fra 15 menn. De fleste studerer når de er unge og ikke har familie. En andel er også voksne studenter. Jeg har delt aldersgruppene inn i tre grupper. En gruppe med de unge som er 19-20 år og oppover til 25 år. Neste gruppe er de mellom 26 og 35 år. Den tredje gruppen er studenter som er over 36 år. Haraldsplass Diakonale Høyskole er en mindre skole og utgjør derfor en liten svarprosent. Universitetet i Stavanger og Høgskolen i Bergen har nokså likt studentantall. Det er en større andel studenter som har svart fra Høgskolen i Bergen, trolig fordi jeg møtte alle klassene og kom fra Stavanger for å samle data.

Spørreundersøkelsen på nettet ble besvart av en liten prosentandel. Ved å oppsøke skolene og dele ut papirkopi til alle fikk jeg høy svarprosent fra denne gruppen. Jeg mottok til slutt 147 svar som kan ses på som et tilfeldig utvalg. Studenter som har valgt å la være å svare vil alltid være et usikkerhetsmoment. For å støtte funnene har jeg utdypet svarene ved å intervju 16 studenter med utgangspunkt i spørreskjemaet.

Det er som regel ikke mulig å undersøke alle en er interessert i. Et utvalg bør være representativt for populasjonen. De som er med i studien, må være tilfeldig valgt. Det er tilfeldigheter som skal inkludere eller ekskludere. (Johannessen et al., 2006)

Målenivå

Det vil alltid være rom for forsker å tolke data på ulike måter, og selv om det er en klar tendens, vil det alltid være andre mulig tolkningsmuligheter. Variablers målenivå er med å bestemme hvilke statistiske teknikker en skal bruke. Det er grader av kvalitet eller posisjon som for eksempel *enig*, *delvis enig*, *verken enig eller uenig*, *delvis uenig*, *uenig*. Variabler på intervallnivå er oftest forholdstall skala eller nullpunktskala. (Bjørndal & Hofoss, 2004; Johannessen et al., 2006)

Alle variablene mine er på ordinal- eller nominalnivå. Variablene *kjønn*, *alder* og *skole* er bakgrunnsvariabler. Spørreskjemaet var utformet med lukkede svaralternativene i en skala på 5 eller 3 alternativer, slik at det er rom for den som ikke vet om han er positiv eller ikke. Det var også utformet noen spørsmål med rom for kommentarer. Spørsmålet om studenten var

blitt mer bevisst sin egen livsstil gjennom deltakelse i Helsedøgnet, hadde kun alternativene *ja* eller *nei*.

Jeg sier innledningsvis at jeg ønsker å se om det har skjedd en endring i studentenes bevissthet omkring egen livsstil og det å stille pasienten spørsmål om livsstil ved å se på studentenes erfaringer. Det kan være vanskelig å måle dette. Jeg stiller spørsmål i mitt spørreskjema som kan gi meg et utgangspunkt for tolkning.

Svarrespons og bortfall

Litteraturen påpeker at det i de siste årene har vært fallende svarrespons i survey-undersøkelser. 50 prosent svarrespons blir sett på som bra, da det ikke sjelden kun er 30-40 prosent av respondentene som svarer. Det er derfor viktig at en vurderer dette om man generaliserer resultatene. (Johannessen et al., 2006)

I min undersøkelse har jeg fått 42 prosent svarrespons. Det var en del studenter som hadde vært inne på nettet og ikke lagt igjen besvarelse. Grunnen til dette kan kanskje være at ett av spørsmålene var spesielt krevende og tok en del tid. Resultatene kan allikevel gi meg en indikasjon på hva sykepleierstudentene mener. Nettoutvalget er representativt med hensyn til kjønn og alder og til dels skole.

Prosentandelen på 42 prosent er regnet ut fra 350 sykepleierstudenter som var involvert i Helsedøgnet. Jeg antar jeg ikke har nådd alle 350 studentene via nett eller personlig oppmøte, og har derfor grunn til å tro at svarene fra 147 studenter kan gi et gyldig utgangspunkt for min undersøkelse.

Reliabilitet og validitet

Reliabilitet handler om datas pålitelighet. Forskeren må se på hvilke data som er brukt, og hvordan de er innsamlet og bearbeidet. En måte å teste datas reliabilitet på er å gjenta den samme undersøkelsen på samme gruppe på to forskjellige tidspunkter eller at flere forskere undersøker samme fenomen. I min undersøkelse vil det være vanskelig å generalisere og si vi vil få det samme svaret neste gang. Jeg antar det kan være en mulighet å komme til samme konklusjon ved bruk av de samme premisser. (Johannessen et al., 2006)

Validitet eller *gyldighet* betegner hvor godt en klarer å måle det en har til hensikt å måle.

http://no.wikipedia.org/wiki/Validitet_-_cite_note-0#cite_note-0

I en undersøkelse skal funnene være til nytte i den virkelige verden. Resultatene skal vurderes om det kan være systematisk skjevregistrering, andre forhold eller tilfeldig variasjon. Funn har ingen nytte hvis sykepleierstudentene i studien er helt forskjellige fra slik vi opplever at de er i praksis. Feil eller bias har med måten forskeren har gått frem på ved forskningsdesignet, datainnhenting og målemetoder. Det kan konkluderes med at funn er valid når en har vurdert disse faktorene. Hvis funnet er ugyldig, kan vi spare oss arbeidet med å vurdere om det kan ha overføringsverdi og om det har praktisk betydning. I min undersøkelse hadde det vært ønskelig å få svar fra størst mulig andel av de 350 studentene som deltok i Helsedøgnet. I empiriske studier velger en ut et utvalg fra populasjonen, og svarprosenten kan bli veldig lav. Postsendte undersøkelser kan ofte få en svært lav svarprosent, fra 60 og 70 prosent og helt ned til 50 prosent. (Bjørndal & Hofoss, 2004; Grønmo, 2004)

50 svar av 350 var en lav andel og førte til at jeg måtte samle data på annen måte. For å få en bedre svarprosent var det ønskelig å dele ut spørreskjema i papirform. Problemet var at det ville være vanskelig å treffe tredje års studenter som var ferdig utdannet. Jeg måtte konsentrere meg om å få svar fra 2.-årsstudentene som nå hadde startet på sitt siste skoleår.

Som nevnt oppsøkte jeg alle tre skolene for å få svar fra studenter som ikke hadde svart på intranett. Jeg antar at jeg på to av skolene fikk inn opp mot 80-90 prosent av de som var til stede. Jeg fikk til sammen 97 svar som ble lagt inn på SPSS - filen sammen med svarene jeg fikk før sommeren. Skog (2004) sier hvis frafallet er helt tilfeldig, behøver det ikke ha så store konsekvenser for resultatene. Han sier videre at det også må tas med i betraktning at frafallet kan være selektivt og at visse grupper er mindre villig til å delta enn andre.

Svarprosenten er ennå veldig lav, og jeg kan anta at frafallet ikke er korrelert med de variablene jeg er interessert i å undersøke. Det var på dette tidspunkt ikke mulig for meg å få flere besvarelser som kunne ha noen videre innvirkning på svarprosenten.

Min rolle i intervjusituasjonen kan påvirke informantene. Jeg intervjuet 16 studenter som var ute i praksis på sykehuset. Jeg fikk møte studentene i avdelingen der de hadde praksis. De fleste studentene hadde møtt meg tidligere, og det kan ha påvirket svarene. Det kan være et ønske om å vise en positiv holdning ute i praksis og dermed gi meg veldig positive svar. Som

nevnt er det de statistiske funnene som er utgangspunktet for det meste av tolkningen. De muntlige utsagnene er brukt for å si noe om de statistiske tallene. For eksempel på spørsmålet om studenten er blitt mer bevisst på egen livsstil, svarer 60 prosent av studentene nei. Her gir de muntlige svarene en forklaring ved at de fleste som svarer nei sier de var bevisst på dette allerede før deltakelse i Helsedøgnet.

I november 2009 sendte jeg endringsskjema til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste hvor jeg oppgav opplysninger om den dårlige responsen på spørreskjema. Jeg ba om tillatelse til å foreta en oppfølgingsstudie ved å oppsøke et mindre utvalg og gjennomføre intervjuer med utgangspunkt i det foreliggende spørreskjemaet. Personvernombudet for forskning hadde ingen kommentarer til endringen og uttalte i brev at den har ingen konsekvenser mht. ombudets opprinnelige vurdering og tilråding.

Analyse av data

Svarene ble analysert ved hjelp av statistiske programmet SPSS 17.0. De første 50 svarene fikk jeg like etter at spørreskjemaet ble lagt ut på skolens nettside. Det kom kun noen få svar i ukene som fulgte, og jeg valgte å kontakte skolene for å dele ut spørreskjema i klasserommet. Etter hvert fikk jeg samlet flere data ved å dele ut spørreskjema personlig. Disse dataene ble lagt inn i samme SPSS - program. Jeg har nå data fra 147 respondenter. Underveis valgte jeg å intervju 16 studenter ved hjelp av samme spørreskjema som ble sendt ut på intranett og senere delt ut. Intervjuene gav meg mer utfyllende svar som støttet opp om de statistiske svarene.

Databehandlingsprogrammet SPSS 17.0 ble benyttet i behandling av de kvantitative dataene for å få frem frekvensfordelinger og enkelte krysstabeller. Frekvensfordeling er det en alltid starter med når en skal analysere data. For å fortette informasjonen er frekvensfordeling den enkleste måten å presentere data på. Frekvensfordelingen kan presenteres i absolutte tall eller i prosent og er et nyttig utgangspunkt for å bli kjent med materialet. Gyldigheten ble testet ved hjelp av Spearman rank korrelasjon for å se på samvariasjonens styrke. Det er brukt spearman's da det meste av mitt materiale er på ordinalt nivå. Selv om det er brukt statistiske teknikker, er det imidlertid viktig med en viss kreativitet i forhold til hvordan data tolkes. Frekvensene og krysstabellene gav svar på en del ting. Det var ikke noen spesielle funn annet enn en forskjell innen aldersgruppene. Det ble derfor brukt regreasjonsanalyse for å finne ut

hva som karakteriserte studentene som mente deltakelsen i Helsedøgnet ville ha konsekvenser for deres videre arbeid.

Regreasjonsanalyse er analyse av sammenheng mellom en avhengig og en eller flere uavhengige variabler. Konsekvenser som en avhengig variabel og kjønn, alder, forberedelsene og hvordan de vurderte sin egen helse som uavhengige variabler. Studentenes svar på de fire spørsmålene omkring konsekvenser ble slått sammen til en tredelt variabel, *nyttig, verken eller og ikke nyttig*. De to spørsmålene angående opplæring ble også slått sammen til en tredelt variabel, *god, middels og dårlig*. (Bjørndal & Hofoss, 2004; Johannessen et al., 2006)

Etiske overveielser

Innen alle forskningsprosjekt er det viktig å følge forskningsetiske prinsipper. Det finnes en rekke etiske komiteer og retningslinjer for det feltet en skal forske i. Helsinki-deklarasjonen legger føringer for medisinsk forskning. Det er også forskningsetiske retningslinjer for forskning på internett. Min bruk av nettet var begrenset til å gjelde studenter, og de kunne selv velge om de ville gå inn på linken til min undersøkelse. De måtte bekrefte innsending etter at alle spørsmål var utfylt. De kunne stoppe besvarelsen ved å gå ut av programmet. Spørsmålet som ble stilt til slutt, var om de ønsket å sende inn besvarelsen. (Helsinki-deklarasjonen, 2000)

I informasjonsskrivet ble det lagt vekt på taushetsplikt og oppbevaring av data. Samtykke til å delta ble gitt ved at de frivillig fylte ut spørreskjemaet. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste i mai 2009 (Vedlegg 1).

Forforståelse

Det vil alltid ligge visse forutsetninger til grunn for vår forståelse. Dette har stor betydning i kvalitativ forskning. I kvantitativ forskning er metoden basert på distanse mellom forsker og informant. Studentene som var informanter i mitt prosjekt, er ikke i direkte relasjon med forsker. Thagaard (1998) mener vi likevel må se på forskerens betydning også her.

Undersøkelse ved hjelp av spørreskjema gir svar som er preget av svarkategoriene og måten spørsmålene er stilt på. Vår forforståelse er utviklet underveis i prosessen og er forankret i

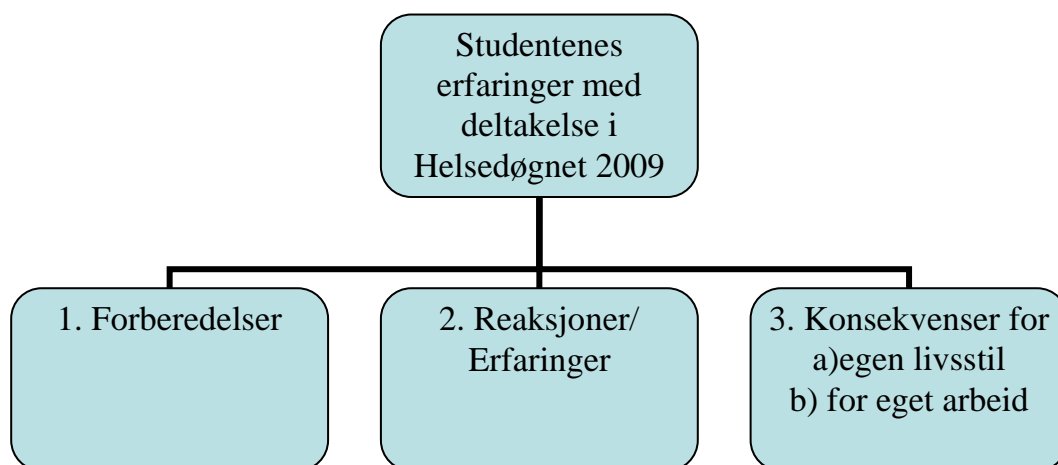
faget vårt. I mitt arbeid med sykepleierstudenter kan jeg allerede ha gjort meg opp en forforståelse av studentene som kan ha innvirkning på min tolkning. Noen av studentene ble stilt de samme spørsmålene muntlig. Det er viktig å være oppmerksom på at deler av vår forforståelse har vi i utgangspunktet ikke noe bevisst eller reflektert forhold til. Det er imidlertid funn basert på svar fra spørreskjema som danner det helhetlige grunnlaget for mitt prosjekt. Som nevnt kan min rolle i intervjusituasjonen ha påvirke informantene da de fleste studentene hadde møtt meg tidligere, og det kan ha påvirket svarene. (Gilje & Grimen, 1993; Thagaard, 2009)

5.0 Funn

Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere mine funn ut fra det statistiske materialet. Jeg ønsker å belyse problemstillingen: ”På hvilken måte kan sykepleierstudentenes erfaringer fra deltakelse i livsstils og helseundersøkelse påvirke studentens bevissthet omkring egen livsstil og fremtidig yrkespraksis?”

For å presentere funnene er svarene fordelt i tre tema: *forberedelser*, *reaksjoner* og *konsekvenser*. Forberedelser omhandler hva studentene mener om informasjonen og opplæringen de fikk i forkant av Helsedøgnet. Erfaringer dreier seg om de reaksjonene studenten fikk fra personalet og pasientene ute i praksis. Som en erfaring ser jeg også på om studenten er blitt mer positiv til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen i Helsedøgnet og hvilke erfaring hun har med Helsedøgnets spørreskjema. Konsekvenser har jeg delt i to, der jeg ser på hva som kan si noe om konsekvenser for studentenes egen livsstil og konsekvenser for deres fremtidige arbeid. Funnene blir fremstilt ved hjelp av frekvensfordeling, krysstabeller, korrelasjonskoeffisiensen spearman’s rho og regresjonsanalyse. 147 studenter er bakgrunn for det statistisk materialet. Jeg har også stilt de samme spørsmålene muntlig til 16 studenter. Noen av disse svarene er tatt med under frekvensfordelingen. I tabellene bruker jeg de absolutte tallene og har satt de prosenterte tallene i parentes.



1. Forberedelser

Sp. 4.1 Jeg fikk god nok informasjon i forkant av Helsedøgnet

Sp. 4.3 Jeg fikk god nok opplæring til å utføre mine oppgaver i gjennomføringen av undersøkelsen.

2. Reaksjoner/Erfaringer

Sp. 6 Hvilke typer reaksjoner fikk du fra personalet i forhold til å spørre om: fare for underernæring, overvekt, fysisk inaktivitet, daglig røyking, alkoholvaner.

Sp. 7 Var det noen reaksjoner fra personalet du opplevde som spesielt hyggelige eller vanskelige?

Sp. 8 Hvilke typer reaksjoner fikk du fra pasientene i forhold til å spørre om de fem faktorene?

Sp. 9 Var det noen reaksjoner fra pasientene du opplevde som spesielt hyggelige eller vanskelige?

Sp. 4.5 Jeg er blitt mer positiv til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen i Helsedøgnet (her som en erfaring, er også tatt med som en konsekvens)

Sp. 10 Spørsmålene som ble stilt i 13.06. Helsedøgnet, var de forståelige, anvendelige og dekkende?

3a Konsekvenser for egen livsstil

Sp. 15 Ut fra de spørsmål som ble stilt i Helsedøgnet, vurderer du din egen livsstil som en helserisiko i forhold til: underernæring, overvekt, fysisk inaktivitet, daglig røyking, alkoholvaner?

Sp. 16 Er du gjennom deltakelse i Helsedøgnet blitt mer bevisst din egen livsstil?

3b Konsekvenser for eget arbeid.

Sp. 4.2 Informasjonen vil være nyttig for meg i mitt videre arbeid

Sp. 4.4 Opplæringen vil være nyttig for meg i mitt videre arbeid

Sp. 4.5 Jeg er blitt mer positiv til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen i Helsedøgnet

Sp. 4.6 Deltakelsen i Helsedøgnet vil være til god hjelp for meg i arbeidet med å motivere pasienter i forhold til livsstil

Sammendrag funn

Den første delen ser på forberedelser. Frekvensfordelingen viser at mellom 80 og 90 prosent av studentene er var veldig positive til informasjonen og opplæringen som ble gitt i forkant av selve gjennomføringen. Det vil si at studentene er veldig fornøyd med forberedelsene som ble gjort. Den andre delen som ser på reaksjoner og erfaringer, viser hvilke reaksjoner studentene fikk fra pasienter og helsepersonell under selve kartleggingen. Reaksjoner studentene fikk når de stilte sensitive spørsmål omkring livsstil, viste størst forskjeller på de negative reaksjonene. Spørsmålene om alkoholvaner var den kategorien der studentene fikk flest negative reaksjoner fra både helsepersonell og pasienter.

Siste del av funnene ser på konsekvenser for egen livsstil og konsekvenser for eget arbeid. Helsedøgnet hadde en form for innvirkning på studentenes egen livsstil. 60 prosent av studentene sier at de gjennom deltakelsen ikke var blitt mer bevisst egen livsstil. Ut fra de som svarte muntlig nei, kommer det frem at de var bevisst egen livsstil før deltakelse i Helsedøgnet. På spørsmål om informasjon, opplæring og deltakelse vil ha konsekvenser for studentens videre arbeid, var det over 40 prosent som mente det ville ha konsekvenser. Nesten halvparten av sykepleierstudentene svarer de er blitt mer positive til å spørre pasienter om livsstil. Det var noen forskjeller mellom de tre aldersgruppene svar. Gruppen over 36 år var mer positive til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen i Helsedøgnet. Logistisk regresjonsanalyse ble brukt for å se hva som karakteriserte studentene som var enig i at deltakelse i Helsedøgnet ville ha konsekvenser for deres videre arbeid. Kjønn, alder og skole hadde liten betydning. Hvordan studentene vurderte egen livsstil i forhold til risikofaktorene, betydde lite. Opplæringen var det som betydde mest, med en signifikans på 0,009 på 0,5 nivå

Sammenhenger mellom de tre temaene.

Sammenheng mellom 1. Forberedelser og 2. Reaksjoner/ Erfaringer?

Ingen eller svak korrelasjon mellom forberedelsene og reaksjoner/erfaringer

Sammenheng mellom 2. Reaksjoner/Erfaringer og 3. Konsekvenser?

Ingen korrelasjon mellom reaksjoner/erfaringer og konsekvenser.

Sammenheng mellom 1. Forberedelse og 3. Konsekvenser for egen livsstil?

Ingen korrelasjon mellom forberedelser og egen livsstil.

Sammenheng mellom 1. Forberedelse og 3. Konsekvenser for fremtidig arbeid?

Korrelasjon mellom forberedelser og konsekvenser for fremtidig arbeid.

Tabell 1 Bakgrunnsopplysninger (Baseline)

Kjønn: menn, n 147 (%)	15 (10)		
Kjønn: kvinner, n 147 (%)	132 (90)		
Aldersgr: 36 år og eldre, n (%)	18 (11)		
Aldersgr. 26-35 år, n (%)	22 (15)		
Aldersgr. 25år og yngre, n (%)	106 (73)		
Skole. Haraldsplass Diakonale Høyskole, n (%)	17 (12)		
Skole. Høgskolen i Bergen, n (%)	71 (48)		
Skole. Universitetet i Stavanger, n (%)	59 (40)		
<i>Muntlig ”intervju”, n -16</i>			
Kjønn mann	1		
Kjønn kvinne	15		
Skole UIS, n (%)	16 (100)		
<i>Ut fra spørsmålene i Helsedøgnet vurderer du egen livsstil som helserisiko i forhold til</i>			
	Ja	Nei	Vet ikke
Fare for underernæring n -136(%)	5 (4)	127 (93)	4 (3)
Overvekt n-137	25 (18)	106 (77)	6 (4)
Fysisk inaktivitet	21 (15)	109 (80)	6 (4)
Daglig røyking	9 (7)	123 (90)	5 (4)
Alkoholvaner	17 (13)	105 (77)	14 (10)

5.1 Forberedelser

Frekvensfordeling og muntlige svar

Studentene skulle ta stilling til påstander som omhandler informasjon og opplæring i forkant av selve undersøkelsen. Nærmere 90 prosent var enig eller delvis enig i at de hadde fått god nok informasjon og opplæring i forkant av undersøkelsen. (Tabell 2)

**Tabell 2: Frekvensfordeling
Ta stilling til følgende påstand:**

	Enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Uenig	missing
Jeg fikk god nok informasjon i forkant av Helsedøgnet n – 147 (%)	89 (61)	38 (26)	14 (10)	2 (1)	4 (3)	m - 0
Jeg fikk god nok opplæring til å utføre mine oppgaver i gjennomføringen av undersøkelsen. n – 147 (%)	85 (58)	45 (31)	8 (5)	6 (4)	3 (2)	

De muntlige svarene om informasjonen og opplæringen støtter dette funnet. Studentene ga uttrykk for å være veldig fornøyde med forberedelsene som ble gjort.

Sammenheng mellom informasjon og opplæring.

For å se om det er sammenheng mellom svarene om informasjonen og opplæring er materialet fordelt i en krysstabell (Tabell 3):

Tabell 3: Krysstabell: Informasjon og opplæring n-147 (%)

	Enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Uenig	
Enig	66 (74)	21 (24)	0	2 (2)	0	89(100)
Delvis enig	15 (40)	13 (34)	6 (16)	2 (5)	2 (5)	38(100)
Verken eller	2 (14)	11 (79)	0	1 (7)	0	14(100)
Delvis uenig	1 (50)	0	1 (50)	0	0	2(100)
Uenig	1 (25)	0	1 (25)	1 (25)	1 (25)	4(100)

115 (78 %) av de 147 studentene svarer at de er enig eller delvis enig i at de har fått god opplæring og informasjon. Det er en klar sammenheng mellom informasjon og opplæring når 115 studenter gir et positivt svar. Det kan se ut som studentene opplever at de er godt forberedt før de skal ut i praksis og intervju pasienter i forhold til Helsedøgnet.

Sammenheng mellom forberedelsene.

Videre brukte jeg den statistiske analysen korrelasjonskoeffisienten Spearman's (Spearman's rho) for å beregne hvordan svarene fordelte seg innbyrdes, og for å se på styrken av sammenhengen mellom de to spørsmålene. (Vedlegg 5) Statistisk viste det en korrelasjon på 0,443**, signifikans på 0,01-nivå. Sammenhengen i krysstabellen har en verdi på $r = 0,44$. Hvis $r = 1,0$ vil det bety fullstendig samsvar mellom svarene. Her er korrelasjonen nærmere 0. En sterkere korrelasjon ville kanskje være forventet. Det kan skyldes at de som svarer enig på informasjon, har krysset av for delvis enig eller et av de andre svaralternativene på spørsmål om opplæring eller motsatt.

Sammenheng mellom forberedelsene og skole, kjønn og alder.

Ved å fordele materialet i krysstabeller kom det frem at det ikke var forskjell på hvordan de tre skolene forberedte studentene i forkant av Helsedøgnet. Svarene fordelte seg også nokså likt. I forhold til kjønn hadde studentene fordelt seg prosentvis nokså jevnt når jeg så på forberedelser opp mot kjønn.

Det var ingen store forskjeller i svarene fordelt på de tre aldersgruppene. Innen alle tre aldersgruppene var mellom 80 og 90 prosent enig eller delvis enig i at de fikk god informasjon og opplæring.

5.2 Erfaringer / Reaksjoner

Her vil jeg først se på reaksjonene studentene fikk fra helsepersonell og pasienter. Videre vil jeg se om studentene er blitt mer positive til å spørre pasienter om livsstil etter å ha deltatt i Helsedøgnet. Siste del av dette temaet er hvilke erfaringer studentene gjorde om spørsmålene i Helsedøgnet. Her skulle de si om spørsmålene innenfor de fem helsedeterminantene var *forståelige*, *anvendelige* og *dekkende*. Jeg starter med å se på hvilke reaksjoner studentene fikk fra personalet.

Helsepersonellens reaksjoner

Studentene skulle her krysse av for hvilke reaksjoner de fikk fra helsepersonell når de kom ut i avdelingene og skulle kartlegge pasientenes helse og livsstil

Tabell 4a: Frekvensfordeling: "Hvilke reaksjoner fikk du fra personalet i forhold til å spørre om:?"

n -147Absolutte tall (%)

	Overveiende positive	Både positive og negative	Overveiende negative	Ingen reaksjoner	
Fare for underernæring	22 (16)	40 (28)	3 (2)	77 (54)	n-142 (100) 5 missing
Overvekt	21 (15)	41 (29)	1 (1)	78 (55)	n – 141 (100) 6 missing
Fysisk inaktivitet	26 (18)	39 (28)	2 (1)	75 (53)	n-142 (100) 5 missing
Daglig røyking	25 (18)	34 (24)	8 (6)	74 (53)	n- 141(100) 6 missing
Alkoholvaner	22 (16)	38 (27)	15 (11)	67 (47)	n- 142(100) 5 missing

De negative reaksjonene har størst forskjeller med flest negative reaksjoner(11 %) i forhold til å spørre om alkohol.

Etterfulgt av dette spørsmålet skulle studentene skrive ned hvis de hadde fått noen reaksjoner fra personalet som de opplevde som spesielt hyggelige eller vanskelige. De fleste studentene sier personalet var positive og behjelpelige. En student påpeker at personalets positive reaksjoner hadde stor betydning for pasientene som skulle delta, i forhold til oppmuntring om å være med i undersøkelsen.

Noen få studenter forteller om vanskelige eller ubehagelige reaksjoner fra personalet. En student forteller at personalet anbefalte pasienter å ikke delta. De følte seg ikke videre velkommen i avdelingen og sier at personalet ikke gjorde forsøk på å inkludere dem på noen måte eller hjelpe til.

Pasientreaksjoner

Studentene skulle her krysse av for hvilke reaksjoner de fikk fra pasientene når de kom ut i avdelingene og skulle kartlegge pasientens helse og livsstil.

Tabell 4b: Frekvensfordeling: "Hvilke reaksjoner fikk du fra pasientene i forhold til å spørre om:?" n -147
Absolutte tall (%)

	Overveiende positive	Både positive og negative	Overveiende negative	Ingen reaksjoner	Missing m-
Fare for underernæring	29 (20)	61 (42)	3 (2)	51 (35)	144(100) 3 m
Overvekt	22 (15)	73 (51)	18 (13)	31 (22)	144(100) 3 m
Fysisk inaktivitet	30 (21)	73 (51)	12 (8)	29 (20)	144(100) 3 m
Daglig røyking	27 (19)	68 (47)	19 (13)	30 (21)	144(100) 3 m
Alkoholvaner	21 (15)	79 (55)	32 (22)	12 (8)	144(100) 3 m

De negative reaksjonene viser som i Tabell 4a, størst forskjeller i forhold til å spørre om alkoholvaner. Her ser vi at 22 prosent av studentene sier de har fått negative reaksjoner fra pasientene når det gjelder å spørre om alkoholvaner.

Muntlig ga mange studenter uttrykk for at Helsedøgnet inneholdt altfor mange spørsmål om alkohol. Noen studenter forteller at pasientene syntes det var ubehagelig å fortelle om alkohol og røykevaner. En student kommenterte slik:

"De (pasientene) syntes det var for mye fokus på alkohol og røyk men det var kanskje folk som følte seg "truffet". Jeg synes også det var for mange spørsmål om alkohol."

Sammenheng mellom helsepersonellets reaksjoner

Her ser jeg om det er en sammenheng ved å bruke korrelasjonskoeffisienten Spearman's rho. Jeg vil se om det er korrelasjon mellom reaksjonene de fikk fra personalet ved å stille pasienten spørsmål om underernæring, overvekt, fysisk inaktivitet, daglig røyking og alkoholvaner. Det vil si å studere om de forholdene varierer seg imellom på en systematisk måte.

Tabell nr 5 Korrelasjon mellom helsepersonellets reaksjoner n-147

	Fare for underernæring	Overvekt	Fysisk inaktivitet	Daglig røyking	Alkoholvaner
Fare for underernæring					
Overvekt	0,934**				
Fysisk inaktivitet	0,904**	0,913**			
Daglig røyking	0,830**	0,856**	0,885**		
Alkoholvaner	0,779**	0,837**	0,827**	0,885**	

Her ser vi en veldig sterk korrelasjon eller sammenheng mellom alle variablene. Styrken på korrelasjonen er mellom 0,78 og 0,93. Det viser at det er ingen stor forskjell mellom hvilket område en spør om. Når det er så liten forskjell, kunne det vært samlet i ett generelt spørsmål som omhandlet reaksjoner på livsstilsspørsmål.

Sammenheng mellom helsepersonellets reaksjoner og skole, kjønn og alder.

Reaksjoner fra pasienter var nokså likt på de tre skolene. Universitetet i Stavanger hadde noen flere negative reaksjoner fra personalet. Det var heller ingen sammenheng i forhold til kjønn. Det var ingen spesielle forskjeller eller sammenhenger når det gjaldt erfaringer med pasientens reaksjoner og studentenes alder.

Sammenheng mellom helsepersonellets reaksjoner og forberedelsen

Som vi ser fra frekvensfordelingen (Tabell 4 a), er det fire alternativer i svarene: *Positive reaksjoner, både positive og negative, negative reaksjoner* eller *ingen reaksjoner*. 70 – 80 prosent av studentene har krysset av, *ingen reaksjoner* eller *både positive og negative reaksjoner*. Det kunne kanskje forventes at de studentene som har krysset av at de opplevde negative reaksjoner fra helsepersonell, også var negative til forberedelsene. Å stille spørsmål omkring alkohol gav studentene flest negative reaksjoner. Her var det tre studenter som var negative til forberedelsene.

Analysen Spearman's rho er brukt for å se på styrken i sammenhengen. Forberedelsene med informasjon og opplæring i forkant og reaksjonene fra helsepersonellet viser ingen sammenheng i svarene. Det betyr at det ikke er noen sammenheng mellom det studentene svarte om opplæring og informasjon og de erfaringene de fikk fra personellet. Det vil si at studentenes svar om opplæringen i forkant har ingen innvirkning på svarene de har gitt om helsepersonellens reaksjoner.

Sammenheng mellom pasientreaksjoner

Her vil jeg også se om det er en sammenheng ved å bruke korrelasjonskoeffisienten Spearman's rho. Dette for å se om det er korrelasjon mellom reaksjonene studentene fikk fra pasientene ved å stille dem spørsmål omkring risikofaktorene.

Tabell nr 6: Spearman's rho. Korrelasjon mellom helsepersonellens reaksjoner n - 147

n-147	Fare for underernæring	Overvekt	Fysisk inaktivitet	Daglig røyking	Alkoholvaner
Fare for underernæring					
Overvekt	0,664**				
Fysisk inaktivitet	0,688**	0,703**			
Daglig røyking	0,607**	0,695**	0,672**		
Alkoholvaner	0,424**	0,549**	0,550**	0,694**	

Her ser vi korrelasjon som ligger mellom 0,4 og 0,7. Samvariasjon mellom daglig røyking og overvekt har den sterkeste korrelasjonen. Videre mellom alkohol og røyk på 0.680**. Fysisk inaktivitet og overvekt er også sterk. Det er også høy korrelasjon mellom overvekt og fare for underernæring. Korrelasjon mellom 0,4 og 0,7 viser at svarene varier. Det er ikke så stort overlapp og dermed ikke de samme studentene. Her blir det et mer sammensatt bilde. En kan spørre seg om det er de negative reaksjonene som har konsekvenser eller om det er en av de fem livsstilsfaktorene som har betydning for hva studentene svarer.

Sammenheng mellom pasienters reaksjoner og skole, kjønn og alder.

Reaksjoner fra pasienter var nokså likt på de tre skolene. Universitetet i Stavanger hadde noen flere negative reaksjoner fra personalet. Det var heller ingen sammenheng i forhold til kjønn. Det var ingen spesielle forskjeller eller sammenhenger når det gjaldt erfaringer med pasientens reaksjoner og alder.

Sammenheng mellom pasienters reaksjoner og forberedelsen

Det statistiske resultatet viser korrelasjon mellom 0,183** til 0,226** mellom pasientenes reaksjoner på spørsmål om røyk, overvekt og alkohol og forberedelsen. Det kan være vanskelig å si noe om hva denne sammenhengen betyr. Det kan tolkes dit hen at studenter som fikk reaksjoner fra pasienter, opplevde at forberedelsene var gode. (Vedlegg 5)

Erfaringer med å spørre pasienten om livsstil

(her som en erfaring, er også tatt med som en konsekvens)

Tabell 07 Graden av enighet knyttet til påstanden om studentene er blitt mer positiv til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen. n-147 (%)

Ta stilling til følgende påstander:	Enig	Delvis Enig	Verken Enig eller Uenig	Delvis Uenig	Uenig	missing
Jeg er blitt mer positiv til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen i Helsedøgnet 09	25 (17)	44 (30)	47 (32)	20 (14)	11 (8)	m-0 100 %

47 prosent av sykepleierstudentene oppgav at de var blitt mer positive til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen. 22 prosent svarte at de var uenig eller delvis uenig i denne påstanden.

Sammenheng mellom å spørre pasienter om livsstil i forhold til skole, kjønn og alder.

Frekvensfordelingen var nokså likt fordelt på de tre skolene og i forhold til kjønn. Når jeg så på forholdet mellom alder og hvordan studentene forholdt seg til det å stille pasienten spørsmål om livsstil, fant jeg en liten sammenheng. I tabell 08 er enig og delvis enig, samt uenig og delvis uenig, slått sammen.

Tabell 08. Studentenes grad av enighet om at de er blitt mer positive til å spørre pasienter om livsstil, etter alder. Absolutte tall (Prosentuert) n-146

	<i>Enig og delvis enig</i>	<i>Uenig og delvis uenig</i>	<i>Vet ikke</i>	<i>(146) I- m</i>
<i>26 år og yngre</i>	49 (46)	24 (23)	33 (31)	106 (100)
<i>27 til 35 år</i>	10 (45)	5 (22)	7 (32)	22 (100)
<i>36 år og eldre</i>	9 (50)	2 (11)	7 (39)	18 (100)

De muntlige svarene støtter opp under frekvensfordelingen som viser at 47 prosent er blitt mer positive til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen i helsedøgnet. Halvparten av de studentene som ble intervjuet muntlig, svarte at de var mer positive og ville spørre pasienter omkring livsstil etter deltakelsen i Helsedøgnet. Noen av de yngste studentene var mest negative.

En student mente hun ville komme til å stille pasienter spørsmål om livsstil, men ikke på grunn av deltakelse i Helsedøgnet. Studentene som var positive, kommenterte slik:

”Det er ikke så vanskelig å spørre lenger. Tror jeg vil være mer positiv. Ser ting mer i sammenheng. Jeg er blitt mer positiv; jeg kan forklare mer. Jeg kan for eksempel si: Nå vil jeg kartlegge litt rundt deg.”

Studentene som svarte muntlig at de var blitt mer positive til å spørre pasienter om livsstil, var mellom 28 og 52 år. De studentene som mente deltakelse i Helsedøgnet ikke hadde gjort dem mer positive til å stille livsstil spørsmål, var under 26 år. Fire av dem var 22 år. En av de unge studentene kommenterte slik på spørsmål om de var blitt mer positive til å spørre pasienter om livsstil:

”Nei. Tenker jeg skal ikke spørre pasienter om disse tingene. Blir unaturlig å spørre pasienter om alkoholbruk.”

Erfaringer med Helsedøgnetts spørreskjema

Studentene skulle vurdere spørsmålene som ble stilt i Helsedøgnet ut fra om de var forståelige, anvendelige eller dekkende:

Forståelige – ordlyden i skjemaet og innholdet gav umiddelbar mening

Anvendelige – Det gikk greit å bruke denne registreringen i praksis

Dekkende – Spørsmålene var til hjelp for å avklare risikofaktorene, for å få et bilde av risikofaktorene

Tabell 09 frekvensfordeling i forhold til studentenes vurdering av Helsedøgnetts spørsmål.

Absolutte tall (Prosentuert)

Fare for underernæring	Ja	Nei	Vet ikke	n-147
Forståelige	111 (82)	8 (6)	16 (12)	135 (100) Miss - 12
Anvendelige	73 (98)	8 (10)	20 (26)	134 (100) m-13
Dekkende	79 (59)	22 (17)	1 (24)	132 (100) m-15
Overvekt	Ja	Nei	Vet ikke	
Forståelige	114 (86)	8 (6)	11 (8)	133 (100) m-14
Anvendelige	100 (75)	11 (8)	23 (7)	134 (100) m- 13
Dekkende	76 (59)	23 (18)	31 (24)	130 (100) m- 17
Fysisk inaktivitet	Ja	Nei	Vet ikke	
Forståelige	90 (68)	29 (22)	13 (10)	132 (100) m-15
Anvendelige	89 (66)	26 (19)	19 (14)	134 (100) m-13
Dekkende	63 (49)	36 (28)	30 (23)	129 (100) m-18
Daglig røyking	Ja	Nei	Vet ikke	
Forståelige	122 (91)	5 (4)	7 (5)	134 (100) m-13
Anvendelige	109 (83)	9 (7)	13 (10)	131 (100) m-16
Dekkende	96 (74)	14 (11)	20 (15)	130 (100) m-17
Alkoholvaner	Ja	Nei	Vet ikke	
Forståelige	86 (65)	34 (26)	12 (9)	132 (100) m-15
Anvendelige	78 (59)	37 (28)	18 (14)	133 (100) m-14
Dekkende	69 (53)	32 (24)	30 (23)	131 (100) m-16

Her ser vi det er størst andel studenter som mente spørsmål omkring de fem livsstilsfaktorene var forståelige. Det vil si de syntes ordlyden i skjemaet og innholdet gir umiddelbar mening.

Videre var det mellom 59 og 83 prosent som mente spørsmålene i Helsedøgnet var anvendelige. Færrest studenter mente spørsmålene er dekkende. Alkoholvaner er den

livsstilsfaktoren der studentene mener at Helsedøgnetts spørsmål er minst forståelige, anvendelige og dekkende. Muntlig svarer studentene at det var lite i skjemaet som omhandlet kosthold. Mange uttrykte at det var mange spørsmål om alkohol. En student uttalte:

”Mye om alkohol. For å dekke noen av spørsmålene savnet jeg mer ernæring, matinntak og næringsstoffer.”

Svarene dreide seg videre om at spørsmålene kunne vært enklere. Dette underbygger frekvensen i det statistiske materialet. Grunnen til dette kan være at spørsmålene som omhandlet alkohol krevde mer av studentene og de måtte telle og regne på alkoholenheter.

Det var små forskjeller på svarene fordelt på skole, kjønn og alder.

5.3 Konsekvenser

5.3.1 Konsekvenser for egen livsstil

Vurdering av egen helserisiko.

Tabell 11: Frekvensfordeling.

Vurdering av egen helserisiko basert på spørsmålene som ble stilt i Helsedøgnet ift: .

Absolutte tall (Prosentuert)

	Ja	Nei	Vet ikke	
Fare for under - ernæring	5 (4)	127 (93)	4 (3)	136 (100) m-11
Overvekt	18 (25)	77 (106)	4 (6)	137 (100) m- 10
Fysisk inaktivitet	15 (21)	80 (109)	4 (6)	136 (100) m-11
Daglig røyking	7 (9)	90 (123)	4 (5)	137 (100) m-10
Alkoholvaner	13 (17)	77 (105)	10 (14)	136 (100) m-11

Her ser vi at studentene stort sett har en mening rundt dette. Alkoholvaner er den faktoren der flest studenter krysser av for *vet ikke*. Kanskje er det vanskeligere å gi et klart svar på spørsmål om alkoholvaner.

De fleste studentene som besvarte spørreskjemaet muntlig, sier de ikke vurderer sin egen livsstil som helserisiko. En student som vurderte seg selv i risikozonen i forhold til alkohol, sier det skyldes at en er ungdom og dermed drikker mer enn det som er helserisiko ut fra Helsedøgnet.

Bevissthet om egen livsstil.

40 prosent svarte de var blitt mer bevisst egen livsstil etter deltakelse i Helsedøgnet. 60 prosent svarte nei. Studentene som muntlig svarte at de ikke var blitt mer bevisst, forklarte dette med at de allerede var bevisst dette før deltakelsen. En av de som svarte nei, uttalte dette:

”Nei. Ikke spesielt. Kanskje til å tenke litt. For jeg var ganske bevisst fra før. Men når du går gjennom en slik undersøkelse, tenker du jo på deg selv. ”

Sammenheng mellom egen vurdering av livsstil og om en er blitt bevisst egen livsstil.

Her vil jeg også se om det er en sammenheng eller korrelasjon mellom reaksjonene vurdering av egen livsstil og bevissthet omkring livsstil. Spearmans korrelasjonskoeffisienter er brukt for å se på samvariasjon mellom svarene.

Tabell nr 13:

Spearman's rho korrelasjon mellom helsepersonellets vurdering og bevissthet omkring livsstil n-147

(N- 147)

	<i>Fare for underernæring</i>	<i>Overvekt</i>	<i>Fysisk inaktivitet</i>	<i>Daglig røyking</i>	<i>Alkoholvaner</i>	<i>Bevissthet omkring egen livsstil</i>
<i>Vurderer du egen helse som risiko ift Fare for underernæring</i>						
<i>Egen helse ift overvekt</i>	0,499**					
<i>Egen helse ift inaktivitet</i>	0,523**	0,681**				
<i>Egen helse ift daglig røyking</i>	0,649**	0,325**	0,358**			
<i>Egen helse ift alkoholvaner</i>	0,358**	0,294**	0,381**	0,396**		
<i>Bevissthet omkring egen livsstil</i>	0,035	-.076	.067	-.001	.088	

Vi ser det er en sterk korrelasjon innad i spørsmålet om de fem risikofaktorene som studentene skulle vurdere i forhold til egen livsstil som en helserisiko. Det er ingen korrelasjon mellom vurderingen av egen livsstil som helserisiko og om studenten er blitt mer bevisst egen livsstil gjennom deltakelse i Helsedøgnet.

Sammenheng mellom egen livsstil i forhold til skole, kjønn og alder.

Nokså lik fordeling av svarene fordelt på de tre skolene. Det samme med kjønn og alder.

Sammenheng mellom egen livsstil og forberedelser

Korrelasjon 0,192** og 0,194** Her ser vi at variasjonen over bevissthet kan ikke forklares ut fra studentens opplevelse med forberedelsene. (Vedlegg 5)

Sammenheng mellom konsekvenser for egen livsstil og erfaringer

Det er ingen korrelasjon mellom egen livsstil og reaksjoner fra personell og pasienter.

Sammenheng mellom egen livsstil og hvordan de opplevde å stille sensitive spørsmål.

Det er en svak sammenheng mellom bevissthet omkring egen livsstil og om de er blitt mer positive til å spørre. Her er en korrelasjon på 0,284**

Sammenheng mellom konsekvenser for egen livsstil og om de opplevde spørsmålene som dekkende, forståelige og anvendelige.

Svak sammenheng mellom bevissthet omkring egen livsstil og om spørsmålene var dekkende. Korrelasjon mellom 0,182** og 0,265**

5.3.2 Konsekvenser for fremtidig arbeid

Studentene skulle ta stilling til flere påstander som omhandlet hvordan de vurderte deltakelsen i Helsedøgnet i forhold til fremtidig arbeid.

Frekvenser og muntlige svar

Tabell nr 14: Frekvensfordeling. Studentenes vurdering med nytteverdien av å delta i Helsedøgnet. n 147 Absolutte tall (%)

Ta stilling til følgende påstander:	Enig	Delvis Enig	Verken Enig eller Uenig	Delvis Uenig	Uenig	missing
Informasjonen vil være nyttig for meg i mitt videre arbeid.	23(16)	49 (33)	47 (32)	17 (12)	11 (8)	m-0 147
Opplæringen vil være nyttig for meg i mitt videre arbeid.	15 (10)	53 (36)	45 (30)	19 (13)	14(10)	m-1 (146)
Jeg er blitt mer positiv til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen i Helsedøgnet 09.	25 (17)	44 (30)	47 (32)	20 (14)	11 (8)	m-0 (147)
Deltakelsen i Helsedøgnet vil være til god hjelp for meg i arbeidet med å motivere pasienter i forhold til livsstil.	28 (19)	47 (32)	40 (27)	18 (12)	14(10)	m-0 (147)

Nesten halvparten av studentene er enig eller delvis enig i at informasjon og opplæringen vil være nyttig i deres videre arbeid. Det sammen gjelder om de er blitt mer positive til å spørre pasienter om livsstil etter å ha deltatt i Helsedøgnet. 51 prosent av studentene er positive til at deltakelsen vil være til god hjelp i arbeidet med å motivere pasienter.

Jeg fikk litt forskjellige svar fra de studentene jeg spurte muntlig. En student mente informasjonen og opplæringen kun var relevant i forhold til Helsedøgnet, og noen var usikre på om dette var nyttig. Mange var positive til nytten av å delta. Studentene sa de var blitt mer oppmerksomme på hvor viktig det er å spørre pasienter. En student sa det var nyttig å lære om alkohol- og røykevaner, spesielt dette med alkoholenheter og hvordan en kan formidle dette i samtale med pasienten.

Sammenheng mellom konsekvenser for fremtidig arbeid og skole, kjønn og alder.

Det er ingen spesielle funn når det gjelder forskjeller fordelt på skole eller på kjønn. Ser vi på svarfordelingen i forhold til de tre aldersgruppene, er det noen forskjeller. Tabell 15 a og 15 b viser at aldersgruppen over 36 år er mer positiv enn de yngre til at informasjonen og opplæringen kan ha konsekvenser for deres videre arbeid. Her er svaralternativene enig og delvis enig, samt uenig og delvis uenig, slått sammen.

**Tabell nr 15a Krysstabell: Alder og Informasjonen vil være nyttig for meg i mitt videre arbeid: n-146
Absolutte tall (%)**

Aldersgrupper	Enig og delvis enig	Uenig og delvis uenig	Vet ikke	Total
26 år og yngre	50 (47)	21 (20)	35 (33)	106 (100)
27 til 35 år	9 (41)	6 (27)	7 (32)	22 (100)
36 år og eldre	13 (72)	1 (6)	4 (22)	18 (100)

**Tabell 15b: Krysstabell: Alder og Opplæringen vil være nyttig for meg i mitt videre arbeid: n-145
Absolutte tall (%)**

Aldersgrupper	Enig og delvis enig	Uenig og delvis uenig	Vet ikke	Total
26 år og yngre	44 (41)	25 (24)	37 (35)	106 (100)
27 til 35 år	10 (48)	6 (28)	5 (24)	21 (100)
36 år og eldre	14 (78)	2 (11)	2 (11)	18 (100)

Gruppen over 36 år utgjør en liten gruppe, men har en høy prosentandel som ser nytten av informasjon og opplæring i sitt videre arbeid. Det kan se ut som studentene er mer positive med økt alder.

I krysstabellen 16a som ser på sammenhengen mellom aldersgruppene og i hvilken grad studenten er blitt mer positive til å stille pasienten spørsmål om livsstil, ser vi at det er en mindre sammenheng.

Tabell 15c. Krysstabell: Studentenes grad av enighet om de er blitt mer positive til å spørre pasienter om livsstil, etter alder n-146 Absolutte tall (%)

(146) 1- m	Enig og delvis enig	Uenig og delvis uenig	Vet ikke	
26 år og yngre	49 (46)	24 (23)	33 (31)	106 (100)
27 til 35 år	10 (45)	5 (22)	7 (32)	22 (100)
36 år og eldre	9 (50)	2 (11)	7 (39)	18 (100)

Noen av de yngste studentene svarte muntlig at det er vanskelig å spørre pasienter om livsstilsspørsmål. Studentene som mente de var blitt mer positive til å spørre pasienter om livsstil, var mellom 28 og 52 år. Disse gav uttrykk for at det ikke var så vanskelig å spørre etter å ha deltatt i Helsedøgnet og mente det ville være lettere å snakke med pasienter om livsstil.

Studentene skulle også si sin mening om det å delta i Helsedøgnet vil være til god hjelp for dem i arbeidet med å motivere pasienter i forhold til livsstil.

Tabell 15d: Krysstabell. Deltakelsen i Helsedøgnet 09 vil være til god hjelp for meg i mitt arbeid med å motivere pasienter i forhold til livsstil, etter alder. n -146 Absolutte tall (%)

Aldersgrupper	Enig og delvis enig	Uenig og delvis uenig	Vet ikke	Total
26 år og yngre	56 (53)	24 (23)	26 (24)	106 (100)
27 til 35 år	7 (32)	6 (27)	9 (41)	22 (100)
36 år og eldre	11 (61)	2 (11)	5 (28)	18 (100)

Studentene over 36 år er mest positive til spørsmålene som omhandler konsekvenser for deres videre arbeid. De eldste studentene utgjør en liten gruppe på 18 studenter. Det kan se ut som denne gruppen skiller seg ut ved å være mer positive enn de to øvrige aldersgruppene.

Sammenheng mellom forberedelser og konsekvenser for fremtidig arbeid

Her vil jeg se om det er en sammenheng mellom informasjonen og opplæringen studentene fikk i forkant og konsekvensene det kan ha for deres fremtidige arbeid. Korrelasjon mellom opplæringen før undersøkelsen og nytten for videre arbeid er på 0,248** og 0,379** Og informasjonen viser en korrelasjon mellom 0,168** og 0,349** Dette viser en sammenheng mellom forberedelsene og konsekvenser for videre arbeid. (Vedlegg 5)

Sammenheng mellom konsekvenser for eget arbeid og erfaringer

Det er rundt halvparten av studentene som har svart at de fikk både positive og negative reaksjoner fra pasienter og helsepersonell. I tillegg er det opp mot 35 prosent som svarer at de ikke fikk noen reaksjoner fra helsepersonell eller pasienter. Det er derfor litt vanskelig å trekke noen konklusjoner ut fra dette materialet. Jeg har derfor valgt å se på studentene som fikk positive reaksjoner fra helsepersonell og pasienter.

Studentandelen som fikk kun positive reaksjoner, er 15-20 prosent. Av disse ser vi at 60 til 70 prosent mener informasjonen og opplæringen vil være nyttig i videre arbeid. Det samme gjelder på spørsmål om deltakelse i Helsedøgnet vil være til god hjelp i arbeidet med å motivere pasienter i forhold til livsstil. Her varierte det mellom de fem faktorene fra 73 til 87 prosent som er enig eller delvis enig i dette.

Ser vi på studentene som kun har fått positive reaksjoner og spørsmålet om studenten er blitt mer positiv til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen i Helsedøgnet, får vi litt andre tall. Det vil si rundt 60 prosent som svarer at de er blitt mer positive til å spørre. Dette gjelder i forhold til alle livsstilsfaktorene.

Det er **ingen korrelasjon** mellom studentenes opplevde reaksjoner og påstandene om informasjon og opplæring vil være nyttig i videre arbeid. Mellom opplevde reaksjoner og påstand om at deltakelse vil være til god hjelp, var det heller ingen korrelasjon. Heller ingen korrelasjon mellom reaksjoner og om studentene var blitt mer positive til å spørre pasienter om livsstil. Det vil si ingen korrelasjon mellom konsekvenser og reaksjoner/erfaringer.

Sammenheng mellom konsekvenser for eget arbeid og opplevelse av å stille sensitive spørsmål.

Testen Spearman's rho viser ingen sammenheng mellom disse.

Sammenheng mellom konsekvenser for eget arbeid og om de opplevde spørsmålene som dekkende, forståelige og anvendelige.

Korrelasjon viste liten eller svak sammenheng mellom konsekvenser for eget arbeid og om spørsmålene var dekkende, forståelige og anvendelige. Det var ingen markante sammenhenger.

Regresjonsanalyse

Det ble interessant å se hva som karakteriserte de studentene som mente deltakelsen ville være nyttig i det videre arbeid. Logistisk regresjon viste at studenter som mente Helsedøgnet ville være nyttig i deres videre arbeid var assosiert med opplæringen de fikk i forkant. Faktorene som ble lagt inn i analysens fase 1, var kjønn, aldersgrupper, opplæring og hvordan studentene vurderer egen livsstil i forhold til de fem livsstilsfaktorene. Etter hver fase ble en faktor fjernet fra materialet da det ikke var signifikant. Kjønn, alder og skole var ikke signifikant og dermed av liten betydning. Studentenes vurdering av egen helse i forhold til underernæring, røyk og alkohol betyr også lite. Studentene som vurderte egen livsstil som risiko for overvekt og fysisk inaktivitet, har en beskjeden betydning. Opplæringen hadde stor betydning som vist i tabell 16. Dette resultatet ble funnet signifikant da konfidensintervallet til odds ratio ikke inkluderte verdien 1. Opplæringen er det som betyr mest for de studentene som mente deltakelsen ville ha betydning for deres videre arbeid.

Tabell 16 Regreasjonsanalyse

Variables not in the Equation					
		Score	df	Sig.	
Step 0	Variables	opplæring	9.711	1	.002
		Sp14_Overvekt_GV1	1.498	1	.221
		Sp14_Fysisk_inaktivit_GV1	.689	1	.407
	Overall Statistics		14.725	3	.002

Deltakelsen i Helsedøgnet har gitt studentene erfaringer som sannsynligvis har endret dem til å bli mer bevisst på sin egen livsstil samt se viktigheten av å stille pasientene spørsmål om deres livsstil. Funnene viser at studentene opplever forberedelsene som av stor betydning for deres fremtidig arbeid.

6.0 Drøfting

Diskusjon av forskningsspørsmål i lys av teori, erfaringer og resultater

Innledning

I dette kapittelet vil resultatene fra spørreundersøkelsen diskuteres i forhold til teori om livsstil og teori om læring. Målet med min oppgave er å finne ut hvordan studentenes erfaringer fra Helsedøgnet vil påvirke deres bevissthet omkring temaet livsstil, studentenes egen livsstil og deres fremtidige yrkespraksis. Underveis ble det viktig for meg å finne ut om deltakelse i Helsedøgnet var en anledning for læring og grunnlag for en form for praksis i fremtiden. Kanskje erfaringene fra studentene kan være med å vurdere en lignende prosess som en del av praksis og dermed, som Hummelvoll vektlegger; en handlingsorientert forskning som brobygger mellom teori og praksis.

I kapittel 6.1 vil jeg diskutere hvorvidt erfaringene fra deltakelsen i Helsedøgnet har hatt betydning for studentens kunnskap, praksis og bevissthet i forhold til livsstil og helse. Ut fra dette vil jeg i kapittel 6.2 diskutere hvordan en kan forstå deltakelsen i Helsedøgnet som en anledning for læring.

6.1 Deltakelse i Helsedøgnet som en betydning for kunnskap, bevissthet og praksis i forhold til livsstil og helse.

Forskningsspørsmål 1 Bevissthet omkring helsefremmende arbeid

Kan deltakelse i et prosjekt om livsstil og helse gjøre studentene bevisst på å stille sensitive spørsmål og mer bevisst på faktorer som har innvirkning på helsefremmende arbeid?

Bevisst-faktorer som har innvirkning på helsefremmende arbeid

Utdanning av helsepersonell for å styrke det forebyggende helsearbeidet ble fremmet fra regjeringens side i utredninger og Stortingsmeldinger. Regjeringens arbeid er en videreføring av Ottawa-charteret fra 1986 og anses som et fundament for det forebyggende helsearbeidet.

Dette gjenspeiles også i Rammeplan for sykepleierutdanningen. Et mål i rammeplanen er at sykepleierstudenten skal ha kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid. Som ferdig utdannet yrkesutøver skal sykepleieren være i stand til å informere og undervise pasienten om faktorer som hemmer og fremmer helse. Sykepleieren skal i møte med pasienten kunne stille de rette spørsmålene for å kartlegge behov og kunne iverksette eventuelle forebyggende tiltak. (NOU (1998:18), ; Ottawa-charteret, 1986; St.meld. nr. 16 (2002-2003), ; St.meld. nr. 25 (2005-2006), ; St.meld.nr. 47 (2008-2009))

For å bli bevisst hvilke faktorer som har innvirkning på helsefremmende arbeid, vil det være nødvendig med kunnskap. Nærmere 90 prosent av studentene mente de hadde fått god informasjon og opplæring i forkant av prosjektet. De var veldig positive til det de hadde lært og følte seg godt forberedt til å kunne utføre selve undersøkelsen. De muntlige svarene støtter dette funnet.

Studentene skulle selv vurdere spørsmålene de hadde brukt i Helsedøgnet. De ble bedt om å svare på hvorvidt spørsmålene var forståelige, anvendelige og dekkende for å kartlegge pasientens livsstil. 91 prosent av studentene mente spørsmålene fra Helsedøgnet var forståelige og ga umiddelbar mening angående daglig røyking, som vist i tabell nr 1. Tendensen viser det er flest studenter som synes spørsmålene var forståelige. Dekkende var det som scoret lavest. For eksempel svarte kun 49 prosent at spørsmålene angående fysisk inaktivitet var dekkende. Jeg antar at studentene har reflektert over de fem risikofaktorene ved denne gjennomgangen og samtidig også blitt mer bevisst på disse.

Gode kunnskaper om livsstil og kjennskap til faktorer som har innvirkning på pasientens helse, kan være et utgangspunkt for bli bevisst og stille pasienten sensitive spørsmål.

Bevisst på å stille sensitive spørsmål

Da studentene startet kartleggingen, var de godt forberedt og hadde et godt grunnlag for å stille spørsmål og informere pasientene. Studentene opplevde at det var spesielt vanskelig å spørre pasientene omkring deres alkoholvaner. Det var likevel ingen som lot være å spørre. Dette ser vi også i undersøkelsen til Mundt & Kann (2000) fra Bispebjerg Hospital der alle pasientene ble spurt angående sitt alkohol- og tobakksforbruk. Sykepleierne uttalte i etterkant at de neppe hadde stilt disse spørsmålene hvis de ikke hadde fått veiledning og at det ble

utøvd et slags press på dem. Mundt (2003) sier det kreves en del kunnskap fra helsepersonell for å ha samtale med pasienten.

Pasienten har ifølge pasientrettighetsloven rett på informasjon om egen helse. Helsepersonell skal legge til rette for at pasienten skal tilegne seg kunnskap og dermed bli i stand til å ta egne avgjørelser i møte med helsevesenet. Undersøkelser har vist at helsepersonell vegrer seg for å stille sensitive spørsmål. Dette kan forklares med for lite kunnskap eller barrierer mot å stille de sensitive spørsmålene. For helsepersonell som ikke tar opp disse temaene med pasienten, vil det være vanskelig å få gitt den informasjon pasienten faktisk trenger og har krav på. (Alvsvåg, 1997; Rollnick et al., 1999; Sykepleien, 13.06.2008; Aalto et al., 2002)

I min undersøkelse svarer 46 prosent av studentene at de er blitt mer positive til å spørre pasienten om livsstil. 20 prosent mener de ikke er blitt mer positive til å spørre. De muntlige funnene viser at selv de studentene som er negative, likevel mener at deltakelsen i Helsedøgnet har hatt en innvirkning. Svarene kan tyde på at studentene har reflektert omkring emnet livsstil og risikofaktorer og at deltakelsen i Helsedøgnet kan være årsak til økt bevissthet.

Studenter som er bevisst på faktorer som har innvirkning på helsefremmende arbeid, vil sannsynligvis være mer bevisst på å stille pasientene spørsmål for å kartlegge deres livsstil. På den annen side kan en student som i utgangspunktet er bevisst farene med for eksempel daglig røyking, la være å stille lungepasienten spørsmål om hans røykevaner fordi han opplever dette som vanskelig.

I det statistiske materialet kommer det frem en sterk sammenheng mellom studentenes forberedelser og konsekvenser for deres videre arbeid. Tabell 14 viser at studentene som mente de hadde fått god informasjon i forkant, var mer positive til å stille pasienten spørsmål om livsstil. Dette kan styrke antakelsen om at deltakelsen i Helsedøgnet har medvirket til at studentene er blitt mer bevisst på å stille pasienten sensitive spørsmål.

Forskningsspørsmål 1A og 1B

Helsedøgnet som kontroll og inngripen eller medbestemmelse

Har studentenes egne oppfatninger eller opplevde reaksjoner fra pasienter som tyder på at pasienten opplever undersøkelsen som en inngripen og kontrollerende fra helsevesenets side?

Har studentene egne oppfatninger eller har opplevd reaksjoner som tyder på at pasienten opplever undersøkelsen som en mulighet til å øke kontrollen over egen helse, jamfør Ottawa-charteret, basert på likeverd og brukermedvirkning?

Studentene gjorde ulike erfaringer under pasientintervjuet. I mitt spørreskjema skulle de si noe om hvilken type reaksjoner de fikk fra helsepersonell og pasienter. De fire svaralternativene var: *overveiende positive, både positive og negative, overveiende negative og ingen reaksjoner*. Spørsmålet ble utvidet med et åpent spørsmål der studentene skulle skrive ned reaksjoner fra pasienter eller helsepersonell som de opplevde som spesielt hyggelige eller vanskelige.

Studentene var godt forberedt og dermed i stand til å gi pasientene god informasjon. I Ottawa-charteret legges det vekt på pasientinformasjon og helseopplysning. Dette videreføres gjennom offentlige dokumenter og sykepleierstudentenes rammeplan som et viktig ledd i Stortingets arbeid med å fremme helse for alle. I Ottawa-charteret er en av hovedstrategiene å utdanne helsepersonell for at pasienter skal ha en reell brukermedvirkning. Også i Syses (2000) kommentarer til pasientrettighetsloven kommer det frem at pasienten må ha tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand for å oppnå medvirkning. Både Humerfeldt (2005) og Ekeland & Heggen (2007) fremhever medbestemmelse og likeverd i sin forklaring av brukermedvirkning og at pasienten skal være aktiv. Humerfeldt (2005) ser brukermedvirkning i tilknytning til relasjonen mellom pasient og helsearbeider.

Pasientene som deltok i Helsedøgnet, kan ha opplevd at de fikk for lite informasjon og liten mulighet til å forklare sin situasjon. Pasientens livsstil ble vurdert ut fra Helsedøgnets skjema. Pasienter som ble vurdert å være i risikosonen, fikk ingen videre oppfølging fra studentene. Disse pasientene kan ha opplevd Helsedøgnet kun som en kontroll fra helsevesenets side. Pasienter som ikke ønsket å delta, opplevde kanskje noe av det samme. Det er også mulig at undersøkelsen opplevdes som en kontroll da pasienten ikke fikk mulighet for å forklare noe rundt sin egen situasjon. (Ekeland & Heggen, 2007; Humerfeldt, 2005)

Tabell nr 4a og 4b viser at spørsmålene angående pasientenes alkoholvaner skapte flest negative reaksjoner både fra pasientene selv og fra helsepersonell. Til sammenligning er det svært få som er negative til spørsmål omkring fare for underernæring.

Aalto og Seppa har i flere studier sett på hvordan helsepersonell forholder seg til pasienter og deres alkoholforbruk. Helsepersonell snakker sjelden med pasienter om alkoholvaner eller gir pasientene råd. Flere undersøkelser har vist at pasienter stort sett er positive til å bli spurt om sin livsstil. Det blir lagt vekt på hvordan en slik samtale foregår. Helsepersonell må ha kunnskap om livsstil og hvordan de best mulig kan legge til rette for en slik samtale. (Sykepleien, 13.06.2008; Aalto et al., 2002; Aalto & Seppa, 2001, 2004)

Som tidligere nevnt vegrer ofte helsepersonell seg for å snakke om livsstil. Jeg hadde derfor forventet at studentene ville få flere negative reaksjoner fra helsepersonell enn fra pasientene. Nærmere 35 prosent av studentene krysset av for ingen reaksjon fra helsepersonell. (Tabell 4a) En årsak til at studentene fikk så få reaksjoner fra helsepersonell, kan være at de ikke møtte så mange av de ansatte på avdelingene.

På det åpne spørsmålet kom det frem at pasientene syntes det var unødig mange spørsmål om alkohol. Studentenes svar viser at noen pasienter opplevde dette som ubehagelig. På den andre siden er dette studentenes svar. Studier viser at helsepersonell kvier seg for å samtale med pasienten om noen av livsstilsfaktorene. Det kan like gjerne være at svarene gjenspeiler studentenes motvilje. For selv om pasientene ga uttrykk for mange spørsmål om alkohol, betyr ikke det at pasienten opplevde det som ubehagelig. Måten studentene møtte pasienten på kan også ha hatt betydning. Hvordan en henvender seg til pasientene i forhold til å kartlegging og informasjon om livsstil, sier Rollnic et al. (1999) er noe av det viktigste. Hvordan man tilnærmer seg og møter pasienten blir også lagt vekt på av Barth et al. (2001) Det er viktig at pasienten får si noe om hvordan han selv oppfatter sin situasjon, slik at eventuelle tiltak blir iverksatt med utgangspunkt i pasientens behov. Tilnærmingen kan være avgjørende for om pasienten opplever kartleggingen som en inngripen eller om pasienten opplever brukermedvirkning.

Ekeland og Heggen (2007) fremhever viktigheten av en god relasjon mellom pasient og helsepersonell. Studentene som intervjuet var godt forberedt og var trygge på oppgaven de skulle utføre. De innledet samtalene med å informere om undersøkelsen, og pasienten

opplevde sannsynligvis da å bli tatt på alvor. Tabell nr 4 b viser at mellom 15 og 20 prosent av studentene opplevde overveiende positive reaksjoner fra pasientene. Pasientene ga inntrykk av å være både interesserte og positive. Disse så trolig nytten av å delta i Helsedøgnet. Pasienter som ga negative tilbakemeldinger, opplevde trolig liten grad av brukermidvirkning. Brukerperspektivet kunne kanskje vært bedre ivaretatt, og pasientene ville opplevd mer kontroll og medvirkning om det hadde vært tid til å opprette en god relasjon mellom pasient og helsepersonell. (Ekeland & Heggen, 2007)

De siste tiårene har det vært en diskusjon omkring ansvarsfordelingen mellom helsepersonell og pasient. Med mer vekt på informasjon og empowerment blir mye av ansvaret lagt over på pasienten. (Jallinoja et al. 2007) Mange pasienter kan oppleve at det er vanskelig å tilegne seg informasjon og ønsker ikke å selv måtte være med å bestemme. Ut fra dette perspektivet kan pasienten ha opplevd Helsedøgnet som god omsorg og å bli godt ivaretatt.

Forskningsspørsmål 2. Bevisstgjøring av egen livsstil

I hvilken grad har deltakelsen virket bevisstgjørende i forhold til studentenes egen livsstil?

NOU 1998:18 "*det er bruk for alle*" legger stor vekt på å forebygge livsstilssykdommer, noe som er en stor utfordring i Norge. Forbruket av alkohol og tobakk er høyt, og kostholdet vårt inneholder for mye sukker og fett. Dette blir det satt fokus på i Stortingsmelding 16 (2002-2003) og videreføres i samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009)), som ble lagt frem våren 2009.

I NOU 1998:18 blir utdanning av helsepersonell et av virkemidlene i det helsefremmende arbeidet. Kunnskap vil sannsynligvis øke bevisstheten omkring forebygging og helsefremmende arbeid. Kunnskap og bevissthet omkring egen livsstil har kanskje innvirkning på hvordan helsepersonell forholder seg til pasienten. Undersøkelser viser at livsstil blant helsepersonell og sykepleierstudenter ikke er bedre enn hos den øvrige befolkningen. De har heller ikke lavere forbruk av alkohol og tobakk. Hope, Kelleher, & O'Connor (1998) mener sykepleierstudenter og helsepersonell skal være rollemodeller.

I min undersøkelse spurte jeg studentene om de var blitt mer bevisste på sin egen livsstil gjennom deltakelsen i Helsedøgnet. Her var det kun to svaralternativ. 40 prosent svarte ja og 60 prosent svarte nei. På den ene siden kunne en kanskje forvente at flere studentene ville sagt

de var blitt mer bevisst egen livsstil etter deltakelsen. Når 60 prosent svarer nei, kan det gi et inntrykk av at Helsedøgnet har hatt liten innvirkning på studentene. Studentene som svarte nei i det muntlige intervjuet, forklarte at dette var noe de var veldig bevisste på også før deltakelsen i Helsedøgnet. Samtidig er prosentandelen som svarte ja, et utrolig høyt resultat når vi ser på hvor begrenset forberedelsene var. Samtidig kan det være vanskelig å si et klart ja på et slikt spørsmål. I en undersøkelse er en kanskje litt tvilende og velger dermed å si nei når det ikke er oppført svaralternativet ”vet ikke”.

Ved å stille spørsmål om studenten var blitt mer bevisst egen livsstil, må studentene gjøre seg noen tanker om dette. Økt bevissthet vil trolig gi studentene et bedre grunnlag og utgangspunkt for en god samtale med pasienten. Selv om 60 prosent sier de ikke er blitt mer bevisst på egen livsstil etter deltakelse i Helsedøgnet, antar jeg at det likevel har skjedd en bevisstgjøring.

Studentene fikk også spørsmål om hvordan de vurderte egen livsstil som helserisiko i forhold til de fem risikofaktorene. Studentenes eget forhold til underernæring, overvekt, fysisk inaktivitet, alkohol og røykevaner vil sannsynligvis ha innvirkning på hvordan de forholder seg til pasienter og deres livsstil. Helsepersonell har plikt til å informere pasienter om faktorer som har innvirkning på helsen. Pasienten selv er ikke alltid klar over hvordan deres livsstil kan ha innvirkning på sykdomsbildet og eventuelle komplikasjoner. Studentenes bevissthet omkring dette vil ha betydning for hvordan de informerer pasienter og om de i det hele tatt gjør det. Studentene gir uttrykk for at de er blitt mer bevisst på hva livsstil betyr i forhold til pasienter. De muntlige svarene styrker antakelsen om at Helsedøgnet er med å øke bevissthet omkring temaet livsstil og helse. (Oppedal et al., 2009; Syse, 2001)

Forskningsspørsmål 3 Helsedøgnets rolle i fremtidig yrkespraksis

Kan deltakelsen i prosjektet påvirke studentenes fremtidige yrkespraksis i forhold til å spørre pasienter omkring livsstil?

Ifølge blant annet Mundt & Kann (2000) og Aalto & Seppa (2001) kan det se ut som sykepleiere forventer å bli avvist hvis de snakker med pasienten om tema som omhandler livsstilsvaner. Flere undersøkelser viser at pasientene ikke er uvillige til å diskutere slike ting med helsepersonell. Sett i brukerens perspektiv er det viktig at de i møtet mellom pasient og helsepersonell blir møtt med ærlighet og oppriktighet. Pasienten ønsker å bli tatt på alvor. (Alvsvåg, 1997)

En del av studentene opplevde at det var vanskelig å stille noen av spørsmålene som var knyttet til Helsedøgnet. Studentene var godt forberedt, og de var en del av et stort prosjekt. Studentene brukte et standardisert skjema som utgangspunkt under intervjuet med pasientene. I Mundt & Kanns undersøkelse (2000) uttalte sykepleierne at den forebyggende samtalen ble litt lettere fra gang til gang. Deres erfaring er at det er en barriere hos personalet for å snakke om livsstil og spesielt omkring alkohol.

I min undersøkelse spør jeg om studentene er enig eller uenig i at forberedelsene og deltakelsen vil ha konsekvenser for deres fremtidige arbeid. Nesten halvparten av studentene mente informasjonen og opplæringen de fikk i forkant ville være nyttig for dem i deres videre arbeid. Kun 20 prosent mener deltakelsen ikke har noen nytteverdi. Det kan tyde på at forberedelsene har tilført studentene kunnskaper som er nyttig. De har også fått trening i å stille denne type spørsmål, noe som kan være nyttig i deres videre arbeid. Mundt & Kanns (2000) undersøkelse støtter opp under disse funnene.

Nesten halvparten av studentene sier at de er blitt mer positive til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen. Samme andel mener at deltakelsen vil være til god hjelp i arbeidet med å motivere pasienter i forhold til livsstil. I det statistiske materialet viser den logistiske regresjonsanalysen hva som karakteriserte studentene som mente deltakelsen ville være nyttig i det videre arbeid. (Tabell 17) Det ble lagt inn flere faktorer som ikke var signifikante og dermed av liten betydning. Kjønn, alder og skole har ingen betydning. Studentenes vurdering av egen helse i forhold til underernæring, røyk og alkohol betyr også lite. Studentene som vurderte egen livsstil som risiko for overvekt og fysisk inaktivitet, har en beskjeden

betydning. Opplæringen hadde stor betydning. Opplæringen er det som betyr mest for de som mener deltakelsen vil ha betydning for deres videre arbeid.

Deltakelsen i Helsedøgnet har vært med på å gi studentene erfaringer som sannsynligvis har gjort dem mer bevisste på sin egen livsstil samt se viktigheten av å stille pasienten spørsmål om deres livsstil. Funnene viser at studentene mener forberedelsene har stor betydning for deres fremtidige arbeid.

I kap. 6.2 vil jeg se nærmere på hvordan deltakelsen i Helsedøgnet kan være en anledning for læring.

6. 2 Deltakelsen i Helsedøgnet som en anledning for læring.

Som tidligere nevnt skal sykepleierutdanningen ifølge rammeplanens mål bidra til å utdanne selvstendige sykepleiere med kunnskaper innen forebyggende arbeid, omsorg, undervisning, etikk, forskning og ledelse. Hummelvoll (2009) legger vekt på nye arbeidsformer og mer egenaktivitet for å stimulere til kunnskapsutvikling og læring. Han mener det må lages en strategi som gjør at forskningsprosjekter skal oppleves som relevante og meningsfulle. (Hummelvoll, 2009)

Helsedøgnet var praksisnært, og samtidig var studentene delaktige i vitenskapelig forskning. Studentenes deltakelse i Helsedøgnet kan ha bidratt til kunnskapsutvikling og vært relevant for flere av rammeplanens mål.

Situert læring

Situert læring er en prosess som Lave og Wenger (1991) kaller *legitim perifer deltakelse*. Slik jeg forstår dem, er situert læring mer enn erfaringsbasert læring. De setter fokus på de kontekstuelle og sosiale aspektene ved læring. Forutsetningen for læring er nær sammenheng mellom kunnskap og praksis. I et utsnitt av boken "*Situated learning*" forklares legitim perifer deltakelse ved at den som lærer ikke kan unngå å delta i et praksisfellesskap. Studenter er dermed uunngåelig knyttet til et praksisfellesskap. (Kvale, 2003)

Lave og Wenger (1991) ser på læring som en dynamisk prosess som forutsetter samspill og forandring hos den enkelte deltaker i praksisfellesskapet. Læring sett ut fra et sosiokulturelt syn har vært en utfordring til den tradisjonelle skoleundervisningen. (Lave & Wenger, 1991)

Forberedelsene var nøye planlagt med tanke på hva studentene skulle gjøre i praksis. Teorien var knyttet tett opp mot praksis. Den situerte læringen ses på som en kontrast til den læringen som foregår i et klasserom. Den forutsetter en nær sammenheng mellom kunnskap og praksis. Forberedelsene i Helsedøgnet er nært knyttet til praksis som grunnlag for læring. Funnene fra min undersøkelse støtter dette når vi ser at nesten 90 prosent av studentene var veldig fornøyd med informasjonen og opplæringen de hadde fått i forkant. (Heggen, 1995; Hiim & Hippe, 2001; Smeby, 2008)

Kunnskap og læring sett i perspektivet situert læring legger vekt på de sosiale og relasjonelle aspektene. Det betyr at det blir lagt stor vekt på konteksten omkring læringen. Organiseringen rundt Helsedøgnet hadde en annerledes kontekst enn det studentene er vant til. De var en del av et forskningsprosjekt med aktører utenfra det vanlige skolesystemet. Fagpersoner utenfra skolen informerte, underviste og veiledet dem underveis. Ut fra egne erfaringer antar jeg at studentene syntes det var spennende med andre rammer og at de opplevde samarbeidet med de andre studentene som positivt. Det sosiale og relasjonelle kan ha hatt en innvirkning på funnene, som viste en sterk signifikans mellom forberedelser og konsekvenser for deres videre arbeid. Det er en sammenheng mellom kvaliteten på informasjonen og opplæringen de fikk og hvilken nytte studentene mener deltakelsen kan ha for deres videre arbeid. Her ser vi teori nært knyttet til praksis; studentene var sammen om hele prosessen og deltok i ett forskningsfellesskap. (Lave & Wenger, 2003; Øhra, 1999)

Som ferdig utdannet sykepleier skal en ut i en praksis som krever gode kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Smeby (2008) er opptatt av det han kaller for *praksissjokk*. I likhet med ham er flere fagpersoner opptatt av å minske gapet mellom teori og praksis. Studentene strever ofte med å anvende de teoretiske kunnskapene i praksis. Overgangen fra studenttilværelsen til arbeidslivet oppleves som tøff, og Smeby (2008) mener det bekrefter at all kunnskap er situert. Teori som er nært knyttet til praksis, blir et stikkord her. Teori som var direkte rettet mot de praktiske gjøremålene, kan kanskje være grunnen til de positive funnene omkring forberedelsene i Helsedøgnet.

Situert læring forutsetter nær sammenheng mellom kunnskap og praksis. Den setter fokus på den læringen som foregår utenfor skolen og klasserommet. Lave og Wenger (2001) ser på læring som en prosess de kaller *legitim perifer deltakelse*. Læringsprosessen er avhengig av hvilken posisjon studentene får i fellesskapet. Helsedøgnet var en arbeidsmetode som knyttet teorien nært opp til praksis. Forberedelsen som studentene var veldig fornøyd med, hadde preg av klasseromsundervisning, men var likevel en del av en prosess. Teorien hadde en klar sammenheng med hvordan kartleggingen skulle foretas. (Bakke-Erichsen & Øvrebø, 2009; Lave & Wenger, 2003; Øhra, 1999)

Tilgang til praksis

Læreprosessen som Lave og Wenger (1991, 2003) betegner som legitim perifer deltakelse, dreier seg om å delta i sosiale praksiser. Læring er en prosess som skjer i et praksisfellesskap og innebærer at en blir en del av fellesskapet. Studenten som er nybegynner vil i starten være i utkanten av et legitimt fellesskap. Deltakelse er et sentralt begrep. Deltakelse i Helsedøgnet gav studentene en helt spesiell tilgang til praksis. De hadde en legitim tilgang som medarbeidere i et stort prosjekt. Studentene var i utkanten av avdelingens fellesskap, men var en del av prosjektets fellesskap. (Lahn & Jensen, 2008; Lave & Wenger, 1991, 2003)

Reaksjoner som studentene fikk fra personalet, kan kanskje gi et inntrykk av hvordan studentene opplevde å tre inn i avdelingens praksisfellesskap. Studentene ble spurt om det var noen reaksjoner fra personalet som var spesielt hyggelige eller vanskelige. Ut fra dette kan vi kanskje danne oss et bilde av hvordan studentene ble møtt ute i praksis.

De fleste studentene uttaler at personalet var positive og behjelpelige. En student påpeker at personalets positive reaksjoner hadde stor betydning for pasienten som skulle delta, da disse oppmuntret pasienten til å være med i undersøkelsen. Noen få studenter forteller om vanskelige eller ubehagelige reaksjoner fra personalet. Noen studenter følte seg ikke velkomne i avdelingen og opplevde at personalet ikke gjorde forsøk på å inkludere dem eller hjelpe til. Studentene skulle i utgangspunktet ikke behøve særlig hjelp fra avdelingen denne dagen; likevel ser det ut som det betyr mye for studentene at de blir møtt på en positiv måte. Studentene hadde en legitim inngang til praksis, de var ventet, og de fleste ble godt mottatt ute i avdelingene.

Betydningen av å bli møtt på en positiv måte kommer frem i flere artikler og rapporter. (Bakke-Erichsen & Øvrebø, 2003; Havnes, 1996) I artikkelen til Cope et al., (2000) kommer det tydelig frem hva studentene legger vekt på i praksis. Studenter som ikke hadde blitt medlem av fellesskapet, gav uttrykk for følelse av å ikke passe inn. En student i Cope et al., (2000) sin undersøkelse beskriver at det å være en del av fellesskapet er når man hadde fått tildelt et ansvar og en oppgave å utføre.

Legitim perifer deltakelse handler om å delta i fellesskapet. I starten gjerne i en litt perifer rolle, og etter hvert vil studenten få en mer sentral rolle i fellesskapet. Det er som sagt flere

faktorer som spiller inn for at studentene opplever at de er en del av avdelingens fellesskap. De som deltok i Helsedøgnet, var plassert utenfor avdelingens fellesskap, men hadde en legitim deltakelse i kraft av sine roller i Helsedøgnet. Studentene var ikke avhengige av de ansatte for å få adgang til fellesskapet slik de vanligvis er. De kunne gå inn i hvilken som helst avdeling uten å være avhengige av veiledning og tilrettelegning selv om det var ønskelig at de ble godt mottatt i avdelingen. (Heggen, 1995; Lave & Wenger, 1991)

Erfaring og refleksjon

Situert læring er ifølge Lave og Wenger (2003) mer enn erfaringsbasert læring. Min studie har tatt utgangspunkt i studentenes erfaringer ved deltakelse i Helsedøgnet. Ifølge Kvale (2003) tar det situerte læringsperspektivet utgangspunkt i erfaring og praksis. Erfaring blir sentralt i den situerte læringsteorien. Moxnes (2000) legger vekt på de erfaringer og den læring som tilegnes utenfor skolen. Han introduserte begrepet *erfaringslæring* fordi han så verdien av kunnskap folk tilegnet seg på egenhånd. I dette lå det et personlig engasjement og at læringen opplevdes som meningsfull og nyttig. (Kvale, 2003; Lave & Wenger, 2003; Moxnes, 2000)

Refleksjonsmodellen (Figur nr.1) viser hvordan erfaring og refleksjon fremmer ny kunnskap. Studentene blir vanligvis oppfordret til å reflektere over hva de opplever i sin praksis. De fleste studentene er kjent med refleksjonsmodellen, der de skal reflektere både før og underveis i handlingen og ikke bare etter handling. Funnene viser at nesten 50 prosent av studentene er enige i at Helsedøgnets informasjon vil være nyttig i deres videre arbeid. Refleksjon over sine erfaringer fra Helsedøgnet har kanskje bidratt til at studentene ser nytten av deltakelsen. Tidligere erfaringer gjør også studentene i stand til å kunne reflektere over hvilken innvirkning Helsedøgnet kan ha. (Bakke-Erichsen & Øvrebø, 2003; Buberg & Hessevaagbakke, 2004)

Sykepleierstudentene er på vei inn i en yrkesrolle, og det skjer en kontinuerlig refleksjonsprosess. I praksisperiodene som er planlagt og tilrettelagt fra skolen side, blir studentene oppfordret til å skrive refleksjonsnotater som omhandler deres egen læreprosess. Helsedøgnet var et prosjekt i regi av andre aktører enn skolen, og studentene var seg kanskje ikke bevisst sin refleksjon rundt deltakelsen. Da studentene besvarte mitt spørreskjema, antar jeg at det satte i gang en refleksjonsprosess.

Studentene som ga uttrykk for at de var blitt mer bevisst på å spørre pasienter om livsstil, uttalte at de etter deltakelsen ser ting mer i en sammenheng og at det nå er lettere å ta dette opp med pasienten. Her var det skille mellom de voksne studentene og de yngre som kom direkte fra videregående skole. I tabell 15 a og 15 b er studentene over 36 år mest positive til nytteverdien av informasjon og opplæringen i sitt videre arbeid. Dette kan trolig skyldes at voksne studentene er mer erfarne, tryggere og mer modne, noe som kan gi grunnlag for studentenes læring. De eldste studentene ser vi svarer noe annerledes på de fire spørsmålene som omhandler konsekvenser for videre arbeid. Pedagoger som Moxnes (2000) og både Hultgren (2001) og Kvale (2003) legger stor vekt på erfaring som en viktig del av læringen. Innen voksenpedagogikken er erfaring en viktig faktor, da økt alder ofte gir økt erfaring, som igjen kan gi grunnlag for ny og bedre læring. Mine funn kan nettopp forstås ut fra at de voksne studentene med mer erfaring og økt evne til refleksjon opplever større utbytte.

Krogstad & Foss (2002) hevder at erfaring er nødvendig for å lære seg praktiske arbeidsoppgaver. For å bli en dyktig sykepleier må en tilegne seg erfaringer. Opplevtes teoriundervisning som lite meningsfull i forhold til praksis, vil studentene ha lite læringsutbytte. (Hiim & Hippe, 2001; Säljö, 2001) De fleste studentene var positive til forberedelsen, og grunnen kan være at de opplevde teorien som meningsfull i forhold til den nært forestående praksis. Dette kan være en av årsakene til at en stor andel studenter mente de var godt forberedt. Studentenes livserfaringer må også ifølge Hiim & Hippe (2001) ses på som en ressurs.

Det situerte læringsperspektivet tar utgangspunkt i erfaring og praksis. Med økt alder har studenter mer erfaring. Erfaring og refleksjon er sett på som en viktig faktor for kunnskapsutvikling.

Kunnskapsutvikling

Ved å delta i Helsedøgnet fikk studentene innblikk i forskningsmetodikk. Fagutvikling og forskning er også et av målene i rammeplanen. Studentene får her en unik mulighet til å forstå forskning. Begreper og metoder blir ikke bare teoriundervisning fra skolebenken. Forskning kan kanskje oppleves som en ensom prosess. Helsedøgnet involverte en stor gruppe studenter, og de jobbet sammen gjennom hele prosessen. Lave og Wengers (1991) situerte læring krever

samarbeid samt teori som er nært knyttet til praksis. Helsedøgnet vil gi god innføring i forskningsmetode som ellers kan være vanskelig å forstå.

Hummelvoll (2009) påpeker at studentenes egenaktivitet må styrkes og nye arbeidsformer utvikles for å knytte teori tettere opp til praksis. Pedagoger har vært opptatt av å finne gode arbeidsmetoder som fremmer læring. (Engelsen, 1997) Under Helsedøgnet fikk ikke studentene veiledning eller hjelp slik de er vant til. I dette tilfellet var studentene godt forberedt slik at de dermed kunne være aktive fra starten av uten hjelp fra avdelingen.

Erfaring og refleksjon anses som viktig for den enkelte studenten for å utvikle ny kunnskap. Studentene trenger teoretisk kunnskap som de kan bygge videre på i tillegg til praktisk kunnskap. Det situerte eller relasjonelle perspektivet hevder at kunnskap ikke bare er forankret i personen, men også i det praksisfellesskapet som man er en del av. Læring er ikke bare en individuell prosess som foregår inne i hodet på den enkelte. Læring bygges også på tidligere erfaringer. Bevissthet omkring egen livsstil og teori tett knyttet opp til praksis kan ha gitt et grunnlag for kunnskapsutvikling. Fellesskapets betydning og konteksten spiller en stor rolle, men som Dysthe (1996) sier, vil det være nødvendig å se på studentenes individuelle prosess i tillegg til de sosiale faktorene rundt læresituasjonen.

7.0 Konklusjon

Jeg har i min undersøkelse sett på sykepleierstudentenes erfaringer ved å delta i Helsedøgnet. Undersøkelsen viser at studentene har hatt utbytte av deltakelsen i større eller mindre grad. Forskningsprosjekter som en del av praksis vil være en arbeidsform som krever mye av studentene, men vil være en god læringsarena og samtidig gi en gevinst når kunnskapen kommer praksis til gode.

Brukerperspektivet vil bli ivaretatt når helsepersonell tilegner seg kunnskap om viktige tema. Ved å delta i Helsedøgnet fikk studentene god kunnskap om livsstilsfaktorer som har innvirkning på det helsefremmende og forebyggende arbeid. Kunnskap gjør at helsepersonell kan sette i verk aktuelle tiltak. Kunnskap gjør også at pasienten får den nødvendige informasjon for å få innsikt i risikofaktorenes betydning for egen helse. Studentene fikk også trening i å stille pasienter spørsmål omkring livsstil. En slik samtale vil gi pasientene en mulighet til å bli hørt. Brukerperspektivet vil kanskje ikke bli ivaretatt om en ikke er oppmerksom på hvilke tiltak som skal iverksettes i forhold til de svarene pasienten gir. I samhandling med pasienten skal en være åpen for å sette i gang samtaler, men vite hva en gjør når en står overfor pasientens ønsker og behov.

Helsedøgnet hadde relativt kort varighet, men kan ha bidratt til å gi studentene kunnskap som innbefatter noen av rammeplanens mål. Helsedøgnet bidro til å gi studentene god kunnskap omkring forebyggende arbeid. Når de skal spørre pasienter om de vil delta og informere om hensikten, må studentene møte dem på en respektfull måte i forhold til etikk og vise omsorg. Jeg antar at studentene så viktigheten av å gi god informasjon eller undervisning, slik at pasienter bedre kan takle sin livssituasjon. Studentene fikk innblikk i forskningsprosessen da de var ansvarlige for all datasamlingen i Helsedøgnet.

Deltakelsen i Helsedøgnet startet med en undervisning som skulle brukes ute i praksis. Studentene ble ivaretatt under hele prosessen og var en del av et fellesskap. Denne type praksis er en situert læringsprosess som vil være et supplement til den ordinære praksis. Min erfaring er at de fleste studentene er trygge i studentfellesskapet og ofte uttrykke i møte med praksis. Min rolle er å ta i mot sykepleierstudenter som skal ut i veiledet praksis. Mitt mål er å skape trygghet og legge opp til at de raskest mulig blir en del av praksisfellesskapet. Under kartleggingen av Helsedøgnet så jeg ikke noe tegn til nervøsitet eller utrygghet ved

studentene. Vil prosjekter som Helsedøgnet gi læring som kan minske gapet mellom teori og praksis? Er dette en arbeidsmetode som kan være brobygger mellom teori og praksis? Jeg antar gevinstene kan være mange for både praksis og studentene.

Min undersøkelse viser at deltakelse i et forskningsprosjekt og teoriundervisning knyttet til praksis ser ut til å gi et godt grunnlag for kunnskapsutvikling. Studentene gir uttrykk for at de har fått kunnskap og er blitt mer bevisste omkring livsstil og helse, noe som vil ha positive konsekvenser for deres praksis. Deltakelsen har vært en anledning til læring på flere områder. Mine funn kan tyde på at aktiv deltakelse i forskningsfellesskapet har en viktig rolle som brobygger mellom teori, forskning og praksis.

Utfordringer og veien videre

En utfordring er å legge opp studentenes praksis slik at vi utdanner selvstendige og faglig dyktige sykepleiere. I mitt prosjekt har jeg sett på utfordringer innen det helsefremmende arbeid og Helsedøgnet som en arbeidsmetode. Helsefremmende arbeid er et omfattende arbeid og innebærer ikke bare å kunne stille pasienter spørsmål om livsstil. I videre forskning kunne det være interessant å se nærmere på helsepersonellens kunnskaper omkring helsefremmende arbeid.

Det ville også være spennende å bruke deler av Helsedøgnet som en modell for prosjekter i praksis. Kanskje aksjonsforskning i et forskningssamarbeid mellom skole og praksis, og undervisning i aktuelle tema innen sykepleie, knyttet direkte til prosjektet? Det er også behov for å finne mer ut hvordan praksis kan tilrettelegges for å redusere gapet mellom teori, forskning og praksis ved å intervju helsepersonell og lærere.

Litteratur:

- Alvsvåg, H. (1997). *Sykepleie - mellom vitenskap og pasient*. Bergen: Fagbokforl.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bakke-Erichsen, A., & Øvrebø, R. (2003). *Fra observatør til aktiv deltaker: en kvalitativ studie av hvilken betydning arbeidsfellesskapet har for sykepleiestudentenes kunnskapsutvikling i praksis*. Stavanger: UiS.
- Bakke-Erichsen, A., & Øvrebø, R. (2009). *Fra teori til virkelighet - læringsmuligheter i et praksisfellesskap. Erfaringer fra sykepleiestudentenes første praksisperiode ved Stokka Undervisningssykehjem Våren 2008*. Stavanger: UiS.
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Buberg, L. I., & Hessevaagbakke, E. (2004). *Røde tråder i praktiske studier: et pedagogisk verktøy for sykepleierstudenter og deres veiledere*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Cope, P., Cuthbertson, P., & Stoddart, B. (2000). Situated learning in the practice placement. I *Adv Nurs*, 31(4), 850-856.
- Dysthe, O. (1996). *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning*. [Oslo]: Cappelen akademisk forl.
- Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (2007). Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk? I T.-J. Ekeland & K. Heggen (red.), *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* (s. S. [13]-28). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engelsen, B. U. (1997). *Kan læring planlegges: arbeid med læreplaner – hva, hvordan, hvorfor*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Granum, V. (1994). *Pasientundervisning*. [Oslo]: Ad notam Gyldendal.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Halvorsen, K. (2003). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Havnes, A. (1996). Læring som sosial praksis I *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning* (s. 136-174). [Oslo]: Cappelen akademisk forl.

- Heggen, K. (1995). *Sykehuset som "klasserom": praksisopplæring i profesjonsutdanninger*. Oslo: Universitetsforl.
- Helsinki-deklarasjonen. (2000). Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker.
- Hiim, H., & Hippe, E. (2001). *Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hultgren, Å. (2001). *Å undervise voksne: arbeidsplassen som læringsarena*. Skarnes: Compendius.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukervedvirkning og brukerperspektiv: honnørord med lavt presisjonsnivå. I *Brukernes medvirkning!: kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s. s. 15-33). Oslo: Universitetsforl.
- Hummelvoll, J. K. (2009). *Handlingsorientert forskning – teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner*. Paper presentert på Sogndalstrandseminaret.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., m.fl. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4), 244-249.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forl.
- Korfor. (2010). *Livsstil og somatisk helse Strategi for Stavanger Universitetssjukehus 2010-2012*. Stavanger
- Krogstad, U., & Foss, C. (2002). *Det handler om å kunne snu seg: sykepleie - kompetanse - handlekraft*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Kvale, S. (2003). Forord til den danske udgave. I *Situeret læring – og andre tekster* (s. s 7-12.). København: Reitzel.
- Lahn, L. C., & Jensen, K. (2008). Profesjon og læring. I A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 295-304). Oslo: Universitetsforl.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lave, J., & Wenger, E. (2003). *Situeret læring – og andre tekster*. København: Reitzel.
- Lejsgaard Christensen, S., & Huus Jensen, B. (2003). *Pedagogikk og pasientutdanning: sykepleiens pedagogiske felt*. Oslo: Akribe.
- Lærum, E. (2005). *Frisk, syk eller bare plaget?: innføring i medisinsk nøkkeltkunnskap*. Bergen: Fagbokforl.

- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. [Oslo]: TANO.
- Moxnes, P. (2000). *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet*. Oslo: P. Moxnes.
- Mundt, K. (2003). *Alkohol: forebygging på sykehus*. København: Klinisk Enhed for Sygdomsforebygging, Bispebjerg Hospital.
- NOU (1998:18). *Det er bruk for alle*. NOU, Helse- og omsorgsdepartementet, 02.11.1998.
- Oppedal, K., Nesvåg, S., Pedersen, B., Skjøtskift, S., Ullaland, S., Hersvik Aarstad, A. K., m.fl. (2009). Helse Blant Pasienter i Sykehus – en tverrsnittundersøkelse i Helseregionen Vest. Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest. Stavanger Universitetssjukehus(submitted).
- Ottawa-charteret. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion*
- Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1*. Lastet ned. fra http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf 25.02.2010.
- Pfizerundersøkelsen. (2008). Pfizerundersøkelsen [Elektroniske versjon], 94s. Lastet fra http://www.pfizer.no/upload/Om%20Pfizer/Pfizerundersoekelsen_Rapport%202008.pdf
- Rammeplan for sykepleierutdanning. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning, : fastsatt 25 januar 2008*. Fredrikstad: Kunnskapsdepartementet.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health behavior change: a guide for practioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Røen, I. (2009). Utvikling av spørreskjema krever spesialkompetanse. Hvordan være sikker på at skjemaet måler det fenomenet vi ønsker å måle? *Sykepleien Forskning*, 03, 1s.
- Rønning, R. (2007). Brukermedvirkning og empowerment – gammel vin på nye flasker. I O. P. Askheim & B. Starrin (red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 34 - 46). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skog, O.-J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener: en regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smeby, J.-C. (2008). Profesjon og utdanning. I *Profesjonsstudier* (s. s. 87-102). Oslo: Universitetsforl.
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*
Lastet ned 21.01.10. fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/Stmeld-nr-16-2002-2003-.html?id=196640>.

- St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening
Framtidas omsorgsutfordringer*. Lastet ned 02.02.10. fra
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>
- St.meld.nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen
Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Lastet ned 20.01.10. fra
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Sykepleien. (13.06.2008). En av fem pasienter drikker for mye [Elektroniske versjon].
Sykepleien. Lastet fra
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=116662 22.02.2010.
- Syse, A. (2001). *Pasientrettighetsloven (1999)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Syse, A. (2008-2009). *Norges Lover Lovsamling for helse- og sosialsektoren* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Säljö, R. (2001). *Læring i praksis: et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker – : om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforl.
- Vik, L. J. (2007). Makt og myndiggjering: utfordringer for helse- og sosialarbeidarar. I *Meistring og myndiggjering: – reform eller retorikk?* (s. [83]-101). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wenstøp, F. (1991). *Statistikk og dataanalyse*. [Oslo]: TANO.
- Øhra, M. (1999). IKT og nye læreprosesser i lys av medieteknologisk historie. I E. B. Jacobsen (red.), *"Forskningsdagene '99": en tverrfaglig artikkelsamling basert på ti foredrag i avd. for lærerutdanning* (s. 31-46). Tønsberg: Høgskolen i Vestfold.
- Aadnanes, P. M. (2007). Den uavhengige avhengige: empowerment-idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren : eit kulturanalytisk perspektiv. I *Meistring og myndiggjering: - reform eller retorikk?* (s. S. [224]-245). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aalto, M., Pekuri, P., & Seppa, K. (2002). Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug Alcohol Depend*, 66(1), 39-43.
- Aalto, M., & Seppa, K. (2001). At which drinking level to advise a patient? General practitioners' views. *Alcohol & Alcoholism*, 36(5), 431-433.

Aalto, M., & Seppa, K. (2004). Usefulness, length and content of alcohol-related discussions in primary health care: the exit poll survey. *Alcohol Alcohol*, 39(6), 532-535.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i spørreundersøkelse omkring sykepleierstudentenes erfaringer med deltakelse i pasientundersøkelsen "Helse Blant Pasienter i Sykehus"

Mitt navn er Tone Brandeggen. Jeg er student ved Universitetet i Stavanger, helse og sosialfag. For tiden holder jeg på med min masteroppgave. Dette er en forespørsel til deg om du vil delta i en spørreskjemaundersøkelse.

Formål og bakgrunn

Formålet er å undersøke sykepleierstudentenes erfaringer med og betydning av å delta i pasientundersøkelsen "Helse Blant pasienter i Sykehus" (Helsedøgnet).

Pasientundersøkelsen innebar å stille spørsmål om pasientens livsstil og helserisiko. I denne undersøkelsen ønsker jeg å spørre om hvordan du opplevde å stille disse spørsmålene og de reaksjonene du fikk fra ansatte og pasienter. Jeg ønsker også å finne ut hvilken betydning undervisningen og deltakelsen vil kunne få for din fremtidige praksis og mulige intervensjoner/tiltak som bør iverksettes.

Metode

Spørreskjemaet er sendt ut til alle de 350 sykepleierstudenter fra Høgskolen i Bergen, Haraldsplass Diakonale Høyskole og Universitetet i Stavanger. Spørreskjema ligger på linken nedenfor.

<http://mrspssweb.iris.no/mrIWeb/mrIWeb.dll?I.Project=KORFOR>

Frivillig deltakelse

Deltakelsen i denne undersøkelsen er helt frivillig. Du samtykker i deltakelse ved å svare på undersøkelsen. Opplysningene kan muligens identifiseres pga spørsmål om kjønn, skole osv men vil ikke bli brukt til det. Opplysningene vil bli behandlet strengt konfidensielt. Data vil bli lagt på fil som blir oppbevart sikret i låst rom. Det er kun meg og veileder som vil ha tilgang på data. Resultatene vil bli publisert som gruppedata uten personopplysninger. Når data er behandlet vil de bli slettet snarest og senest innen prosjektet er tenkt avsluttet i juni 2010.

Veileder for dette prosjektet er Sverre Nesvåg. Ansvarlig på UIS er Helene Hanssen.

Ved spørsmål kan du kontakte:

Tone Brandeggen
Telefon 47239212
tone.brandeggen@sus.no

Vedlegg 2: Spørreskjema



Velkommen til spørreundersøkelse omkring sykepleiestudentenes erfaringer med deltakelse i pasientundersøkelsen "Helse Blant Pasienter i Sykehus".

Først litt om deg selv:

Sp1 Kjønn

- Mann
 Kvinne

Sp2 Fødselsår:
1900 - 2000

--	--	--	--

Sp3 Skole:

- Haraldsplass Diakonale Høyskole
 Høgskolen i Bergen
 Universitetet i Stavanger

Om opplæringen og informasjonen før Helseøgn 2009

Sp4 Ta stilling til følgende påstander:

	Enig	Delvis enig	Verken enig/uenig	Delvis uenig	Uenig
Jeg fikk god nok informasjon i forkant av helseøgn 2009.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonen vil være nyttig for meg i mitt videre arbeid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fikk god nok opplæring til å utføre mine oppgaver i gjennomføringen av undersøkelsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplæringen vil være nyttig for meg i mitt videre arbeid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er blitt mer positiv til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen i Helseøgn 09.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltakelsen i Helseøgn 09 vil være til god hjelp for meg i arbeidet med å motivere pasienter i forhold til livsstil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om gjennomføringen av Helseøgn 2009.

Sp5 Omtrent hvor mange pasienter (både de som ønsket og de som ikke ønsket å delta) fyllte du ut skjema for under Helseøgn 2009?

--	--	--



Sp6 Hvilke type reaksjoner fikk du fra personalet i forhold til å spørre om?

	Overveiende positive	Både positive og negative	Overveiende negative	Ingen reaksjoner
Fare for underernæring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overvekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk inaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daglig røyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sp7 Var det noen reaksjoner fra personalet du opplevde som spesielt hyggelige eller vanskelige?

Sp8 Hvilke reaksjoner fikk du fra pasientene i forhold til å spørre om?

	Overveiende positive	Både positive og negative	Overveiende negative	Ingen reaksjoner
Fare for underernæring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overvekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk inaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daglig røyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sp9 Var det noen reaksjoner fra pasientene du opplevde som spesielt hyggelige eller vanskelige?

Spørsmålene som ble stilt i undersøkelsen, var de:

Forståelige - ordlyden i skjemaet og innholdet gir umiddelbar mening,

Anvendelige - det gikk greit å bruke denne registreringer i praksis og

Dekkende - spørsmålene var til hjelp for å avklare risikofaktorene,

for å få et bilde av de aktuelle livsstilsfaktorene?

Sp10 Fare for underernæring

	Ja	Nei	Vet ikke
Forståelige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anvendelige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekkende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sp11 Overvekt

	Ja	Nei	Vet ikke
Forståelige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anvendelige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekkende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sp12 Fysisk inaktivitet

	Ja	Nei	Vet ikke
Forståelige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anvendelige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekkende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sp13 Daglig røyking

	Ja	Nei	Vet ikke
Forståelige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anvendelige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekkende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sp14 Alkoholvaner

	Ja	Nei	Vet ikke
Forståelige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anvendelige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekkende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sp15 Ut fra de spørsmål som ble stilt i Helsedøgnet 09, vurderer du din egen livsstil som en helserisiko ift:

	Ja	Nei	Vet ikke
Fare for underernæring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overvekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk inaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daglig røyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sp16 Er du gjennom deltakelse i Helsedøgnet blitt mer bevisst din egen livsstil?

- Ja
- Nei



Vedlegg 3: Brev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Helene Hanssen
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 11.06.2009

Vår ref: 22011 / 2 / PB

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.05.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 10.06.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22011	<i>Sykepleierstudentenes erfaringer med deltakelse i en pasientundersøkelse</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Helene Hanssen</i>
Student	<i>Tone Brandeggen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Pernilla Bollman

Kontaktperson: Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Tone Brandeggen, Lensmann Blixvei 15, 4026 STAVANGER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svl.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Helene Hanssen
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 Stavanger

Dato: 26.11.2009

Vår ref: 22011 P8/LR

Deres dato:

Deres ref:

ENDRING AV FORSKNINGSPROSJEKT

Vi viser til endringsskjema mottatt 19.11.2009, gjeldende prosjektet

22011 Sykepleierstudentenes erfaringer med deltakelse i en pasientundersøkelse


I endringsskjema opplyses det om at man på bakgrunn av dårlig respons på spørreskjema ønsker å foreta en oppfølgingsstudie ved å oppsøke en mindre del av utvalget (8-10 personer) og gjennomføre intervjuer med utgangspunkt i det foreliggende spørreskjemaet. Lydopptak vil ikke bli tatt i bruk.

Personvernombudet for forskning har ingen kommentarer til endringen utover at utvalget skal motta relevant informasjon om studien.

Endringen har ingen konsekvenser mht. ombudets opprinnelige vurdering og tilråding av prosjektet, jf. brev fra ombudet datert 11.06.2009.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Pernilla Bollman

Kopi: Tone Brandeggen

Vedlegg 4: Frekvenser

Sp 4. Ta stilling til følgende påstander: n-147 Absolutte tall (prosentuert)

Jeg fikk god nok informasjon i forkant av helsedøgnet 2009

Enig	Delvis enig	verken enig/uenig	delvis uenig	uenig	m-0
89(61)	38(26)	14(10)	2(1)	4(3)	

Informasjonen vil være nyttig for meg i mitt videre arbeid

Enig	Delvis enig	verken enig/uenig	delvis uenig	uenig	m-0
23(16)	49(33)	47(32)	17(12)	11(8)	

Jeg fikk god nok opplæring til å utføre mine oppgaver i gjennomføringen av undersøkelsen

Enig	Delvis enig	verken enig/uenig	delvis uenig	uenig	m-0
85(58)	45(31)	8(5)	6(4)	3(2)	

Opplæringen vil være nyttig for meg i mitt videre arbeid

Enig	Delvis enig	verken enig/uenig	delvis uenig	uenig	m-1
15(10)	53(36)	45(30)	19(13)	14(10)	

Jeg er blitt mer positiv til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen i Helsedøgnet 09

Enig	Delvis enig	verken enig/uenig	delvis uenig	uenig	m-0
25(17)	44(30)	47(32)	20(14)	11(8)	

Deltakelsen i Helsedøgnet 09 vil være til god hjelp for meg i arbeidet med å motivere pasienter i forhold til livsstil

Enig	Delvis enig	verken enig/uenig	delvis uenig	uenig	m-0
28(19)	47(32)	40(27)	18(12)	14(10)	

Sp 6. Hvilke type reaksjoner fikk du fra personalet i forhold til å spørre om:

Absolutte tall (prosentuert)

	Overveiende positive	Både positive og negative	Overveiende negative	Ingen reaksjoner	
Fare for underernæring	22(16)	40 (28)	3 (2)	77(54)	n-142 5 missing
Overvekt	21(15)	41(29)	1 (1)	78(55)	n - 141 6 missing
Fysisk inaktivitet	26(18)	39(28)	2(1)	75(53)	n-142 5 missing
Daglig røyking	25(18)	34(24)	8(6)	74(53)	n- 141 6 missing
Alkoholvaner	22(16)	38(27)	15(11)	67(47)	n- 142 5 missing

Sp 8. Hvilke reaksjoner fikk du fra pasientene i forhold til å spørre om:

Absolutte tall (prosentuert)

	Overveiende positive	Både positive og negative	Overveiende negative	Ingen reaksjoner	Missing (n)
Fare for underernæring	29 (20)	61(42)	3(2)	51(35)	3 (144)
Overvekt	22(15)	73(51)	18(13)	31(22)	3 (144)
Fysisk inaktivitet	30(21)	73(51)	12(8)	29(20)	-3 (144)
Daglig røyking	21(19)	68(47)	19(13)	30(21)	-3 (144)
Alkoholvaner	21(15)	79(55)	32(22)	12(8)	3 (144)

Sp 10 Spørsmålene som ble stilt i undersøkelsen, var de *Forståelige, Anvendelige, og Dekkende* for å få et bilde av de aktuelle livsstil faktorene?

Forståelige – ordlyden i skjemaet og innholdet gav umiddelbar mening

Anvendelige – Det gikk greit å bruke denne registreringen i praksis

Dekkende – Spørsmålene var til hjelp for å avklare risikofaktorene, for å få et bilde av risikofaktorene

Absolutte tall (prosentuert)

Sp 10. Fare for underernæring	Ja	Nei	Vet ikke	
Forståelige	111(82)	8(6)	16(12)	(135) Miss- 12
Anvendelige	98(73)	10(8)	26(20)	(134) m-13
Dekkende	78(59)	22(17)	1(24)	(132) m-15
Sp 11. Overvekt	Ja	Nei	Vet ikke	
Forståelige	114(86)	8(6)	11(8)	(133) m-14
Anvendelige	100(75)	11(8)	23(17)	(134) m- 13
Dekkende	76(59)	23(18)	31(24)	(130) m- 17
Sp 12. Fysisk inaktivitet	Ja	Nei	Vet ikke	
Forståelige	90(68)	29(22)	13(10)	(132) m-15
Anvendelige	89(66)	26(19)	19(14)	(134) m-13
Dekkende	63(49)	36(28)	30(23)	(129) m-18
Sp 13. Daglig røyking	Ja	Nei	Vet ikke	
Forståelige	122(91)	5(4)	7(5)	(134) m-13
Anvendelige	109(83)	9(7)	13(10)	(131) m-16
Dekkende	96(74)	14(11)	20(15)	(130) m-17
Sp 14. Alkoholvaner	Ja	Nei	Vet ikke	
Forståelige	86(65)	34(26)	12(9)	(132) m-15
Anvendelige	78(59)	37(28)	18(14)	(133) m-14
Dekkende	69(53)	32(24)	30(23)	(131) m-16

Sp 15. Ut fra de spørsmål som ble stilt i Helsedøgnet 09, vurderer du din egen livsstil som en helserisiko ift:

Absolutte tall (prosentuert)

	Ja	Nei	Vet ikke	
Fare for underernæring	5(4)	127(93)	4(3)	(136) m-11
Overvekt	25(18)	106(77)	6(4)	(137) m- 10
Fysisk inaktivitet	21(15)	109(80)	6(4)	(136) m-11
Daglig røyking	9(7)	123(90)	5(4)	(137) m-10
Alkoholvaner	17(13)	105(77)	14(10)	(136) m-11

Sp 16. Er du gjennom deltakelse i Helsedøgnet blitt mer bevisst din egen livsstil?

Absolutte tall (prosentuert) N-136 missing 11

Ja	55(40)
Nei	81(60)

Vedlegg 5: Korrelasjoner

Forberedelser

Sammenheng mellom forberedelser

Correlations

			Sp4_Jeg_fikk_god_no3_GV1 Jeg fikk god nok opplæring til å utføre mine oppgaver i gjennomføringen av undersøkelsen. : Ta stilling til følgende påstander:	Sp4_Jeg_fikk_god_nok_GV1 Jeg fikk god nok informasjon i forkant av helsedøgnet 2009. : Ta stilling til følgende påstander:
Spearman's rho	Sp4_Jeg_fikk_god_no3_GV1 Jeg fikk god nok opplæring til å utføre mine oppgaver i gjennomføringen av undersøkelsen. : Ta stilling til følgende påstander:	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1.000 . 147	.458** .000 147
	Sp4_Jeg_fikk_god_nok_GV1 Jeg fikk god nok informasjon i forkant av helsedøgnet 2009. : Ta stilling til følgende påstander:	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.458** .000 147	1.000 . 147

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Sammenheng mellom pasientreaksjoner og forberedelsen.

Spearman's rho korrelasjonskoeffisient mellom fare for underernæring, overvekt, fysisk inaktivitet, daglig røyking og alkoholvaner. N- 147

	Fare for underernæring	Overvekt	Fysisk inaktivitet	Daglig røyking	Alkoholvaner
<i>Jeg fikk god nok informasjon forkant av Helsedøgnet</i>	0,099	0,183*	0,150	0,194*	0,226**
<i>Jeg fikk god nok opplæring til å utføre mine oppgaver i gjennomføringen av undersøkelsen.</i>	0,033	0,114	0,013	0,067	0,184*

Sammenheng mellom egen livsstil og forberedelsen.

Spearman's rho korrelasjonskoeffisient mellom vurdering av egen livsstil og forberedelsene. N- 147

	<i>Jeg fikk god nok informasjon forkant av Helsedøgnet</i>	<i>Jeg fikk god nok opplæring til å utføre mine oppgaver i gjennomføringen av undersøkelsen</i>	<i>Er du gjennom deltakelse i Helsedøgnet blitt mer bevisst din egen livsstil.</i>
<i>Jeg fikk god nok informasjon forkant av Helsedøgnet</i>			0,194*
<i>Jeg fikk god nok opplæring til å utføre mine oppgaver i gjennomføringen av undersøkelsen</i>			0,192*
<i>Er du gjennom deltakelse i Helsedøgnet blitt mer bevisst din egen livsstil.</i>	0,194*	0,192*	

**Sammenheng mellom konsekvenser for fremtidig arbeid og forberedelsene.
Resultat korrelasjon**

Spearman korrelasjonskoeffisienter mellom konsekvenser for fremtidig arbeid og forberedelsene. N- 147

	Jeg fikk god nok opplæring til å utføre mine oppgaver i gjennomføringen av undersøkelsen	Jeg fikk god nok informasjon forkant av Helsedøgnet	Opplæringen vil være nyttig for meg	informasjonen vil være nyttig for meg	deltakelse i H 09 vil være til god hjelp for meg i arbeidet med å motivere pasienter
Jeg fikk god nok opplæring til å utføre mine oppgaver i gjennomføringen av undersøkelsen					
Jeg fikk god nok informasjon forkant av Helsedøgnet					
Opplæringen vil være nyttig for meg	0,248**	0,349**			
informasjonen vil være nyttig for meg	0,379**	0,322**	0,725**		
deltakelse i H 09 vil være til god hjelp for meg i arbeidet med å motivere pasienter	0,257**	0,168*	0,541**	0,619**	
jeg er blitt mer positiv til å spørre pasienter om livsstil etter deltakelsen i helsedøgnet	0,367**	0,335**	0,575**	0,624**	0,637**