

Kjersti Samuelsen

Behandlingsrelasjonens kvalitet og dens betydning for
pasientens sykdomsmestring

En Q- metodologisk studie av leger og sykepleieres subjektive
opplevelse av behandlingsrelasjonens kvalitet og dens betydning for
pasientens sykdomsmestring.

Veiledere: Ragnvald Kvalsund & Espen Braathen

Masteroppgave i pedagogikk, fordypning rådgivning

Trondheim, januar 2014

Institutt for voksnes læring og rådgivningsvitenskap

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet

Trondheim

Ett er nødvendig

*Ett er nødvendig –her
i denne vår vanskelige verden
av husville og heimløse:*

Å ta bolig i seg selv

*Gå inn i mørket
og pusse sotet av lampen.*

*Slik at mennesker på veiene
kan skimte lys
i dine bebodde øyne.*

Hans Børli (2012, s.276)

Sammendrag

Denne masteroppgaven omhandler og beskriver en studie av leger og sykepleieres subjektive opplevelse av behandlingsrelasjonens kvalitet og dens betydning for pasientens sykdomsmestring. Forskningsmetoden valgt for denne studien kalles Q- metodologi, og kan hovedsakelig anses som en kvalitativ metode, men anvender også kvantitative teknikker i analysen av datamaterialet. Studien søker å få fram de ulike syn eller perspektiver som finnes hos disse yrkesgrupper, og på den måten synliggjøre deres subjektivitet. 20 deltakere, henholdsvis 10 sykepleiere og 10 leger fra ulike medisinske sykehusavdelinger har sortert utsagn ut i fra følgende instruksjonsbetingelse:

Du skal sortere ut i fra din opplevelse av dine relasjoner til pasient, og hvordan du opplever dens betydning for pasientens sykdomsmestring.

Utsagnene brukt i Q- utvalget er utarbeidet med utgangspunkt i teori om helseperspektivet salutogenese, personsystemet med fokus på relasjonsdimensjonene avhengighet, uavhengighet og gjensidighet samt oppøving av personlig kunnskap rundt egen kropp, mestring og helse, blant annet knyttet til sosiale relasjoner.

Statistisk analyse gjennom korrelasjon og faktoranalyse av datamaterialet har resultert i tre faktorer som representerer deltakernes syn. Faktorene har så gjennomgått en kvalitativ analyse gjort av meg som forsker. Gjennom denne prosessen er faktorene navngitte som: *”Fokus på gjensidighet og håp”*, *”Profesjonell og uavhengig”*, og *”Fagkunnskap og formidling”*.

Gjennom drøftingen blir blant behovet for personlig kompetanse hos behandler sentralt. Det diskuteres også empatiens betydning for gjensidighet, håpets relasjonelle karakter og behovet for komplementær kunnskap. Utvikling av bevissthet og selvinnsikt er et gjennomgripende tema, og kan sees i sammenheng med alle tema løftet opp. Sammenhengen mellom mestring og relasjoner er drøftet i et salutogenetisk perspektiv hvor behovet for kreativitet og fleksibilitet, også som behandler, kommer fram.

Abstract

This thesis describes a study on doctors and nurses subjective experiences on the therapeutic relationship's quality, and its significance for patients coping with disease. Research method chosen for this study is called Q- methodology, mainly acknowledged as a qualitative method, though it uses quantitative techniques in data analysis. The aim of the study is to show different perspectives shared by participants, and in this way illuminate their subjectivity. 20 participants, here 10 nurses and 10 doctors from different medical hospitalwards has sorted Q-statements following this condition of instruction:

Sort the statements in accordance with your experience of your therapeutic relationships, and how you experience the relationship's significance for the patients coping with disease.

The Q- statements are designed on the basis of theories on the salutogenetic health perspective, the person-system focusing on the relational dimensions dependency, independency and interdependency, and development of personal knowledge concerning body, coping and health, also connected to social relations.

Statistical analysis of data using correlation and factor analysis resulted in three different factors representing participant's perspectives. The factors are interpreted qualitatively, and are called: "*Focus on interdependency and hope*", "*Professional and independent*", and "*Expertise and dissemination*".

A discussion presents the need for professional health care workers to develop personal competency. Empathy as a foundation for interdependency, the relational character of hope and the need for complementary knowledge are also discussed. Development of self-awareness and self- insight are put in coherence with all elements in discussion, and may be perceived as a pervasive theme. Coping and relations are put in a salutogenetic perspective, where the need for creativity and flexibility, also as a doctor or nurse, appears.

Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært enklere og på samme tid mer krevende enn hva jeg hadde forestilt meg. Uttrykket ”å vokse med oppgaven” er beskrivende, og har fått ny mening. Jeg legger samtidig bak meg seks år som deltidsstudent, og ser fram til en ny hverdag. Jeg opplever meg selv som heldig som har fått delta i så mange flotte læreprosesser. Miljøet ved NTNU, Institutt for voksnes læring og rådgivningsvitenskap, har vært fantastisk å få være en del av og oppsummerer verdier jeg tar med meg videre i livet; varme, kunnskap, humor og ikke minst; visjonen om livslang læring og vilje til gjensidige relasjoner. Her står møtet med lærere og studenter fylt av inspirasjon og vilje til å skape gode relasjoner sentralt.

Jeg vil først og fremst rette en takk til alle forskningsdeltakerne som har med på å gjøre dette mulig. Jeg vil også rette en takk mot gode kolleger, venner og familie som har gitt meg mange oppmuntrende ord, gode innspill og hjulpet meg i prosessen.

Til mine veiledere, Ragnvald Kvalsund og Espen Braathen; dere har vært tålmodige og imøtekommende støttespillere, og jeg hadde ikke klart meg uten dere. Takk til Oscar for korrekturlesing, til Synne for vennskap og mange gode samtaler underveis. Takknemlighet går samtidig til Merete, fordi du er min venn og alltid tilstede når jeg trenger deg.

Til gode studievenner for berikende samtaler, tips, hjelp og støtte!

Takk også til René Kaland som har latt meg bruke et av hans flotte foto som forsidebilde!

Bergen, januar 2014

Kjersti Samuelsen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	iii
Abstract	v
Forord	vii
Innholdsfortegnelse	ix
1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling og formål med oppgaven	2
1.3 Oppbygging av oppgaven.....	2
1.4 Begrepsavklaring.....	3
1.4.1 Helse.....	3
1.4.2 Behandlingsrelasjon / den terapeutiske relasjon	3
1.4.3 Sykdomsbegrepet	4
1.4.4 Mestring	4
2.0 Teori.....	5
2.1 Salutogenese versus patogenese	5
2.2 Antonovsky og helsens mysterium	6
2.2.1 Opplevelse av sammenheng og mestring	7
2.3 Persondimensjonen.....	9
2.4 Relasjonsdimensjonene	9
2.4.1 Avhengighet	10
2.4.2 Uavhengighet.....	10
2.4.3 Gjensidighet	11
2.5 Empowerment	12
2.6 Kroppskunnskaping.....	13
2.7 Den sosiale dimensjonen ved Kroppskunnskaping.....	13
2.7.1 Kunnskap.....	14
2.7.2 Forståelse.....	14
2.7.3 Håp	14
2.7.4 Kvaliteter ved behandlingsrelasjonen	15
2.8 Holdning og forventning til mestring.....	15

2.9 Oppsummering av teori	16
3.0 Metodisk tilnærming.....	19
3.1 Valg av metode.....	19
3.2 Q- metode	19
3.2.1 Q- metodologiens opprinnelse og intensjon	19
3.2.2 Subjektivitet	20
3.2.3 Q- metoden plassert i en vitenskapsteoretisk sammenheng	21
3.3 Stegene i en Q- metodisk forskningsprosess	22
3.3.1 Valg av tema og identifisering av kommunikasjonsunivers	22
3.3.2 Utforming av Q- utvalget	23
3.3.3 Personutvalg	24
3.3.4 Instruksjonsbetingelse og Q- sortering.....	25
3.3.5 Faktoranalyse og korrelasjon.....	26
3.3.6 Faktorfortolkning	28
3.3.7 Abduksjon	29
3.3.8 Refleksjon rundt forskerrollen.....	30
3.4 Kvaliteten på studien	31
3.4.1 Reliabilitet	31
3.4.2 Validitet.....	33
3.5 Etske betraktninger.....	34
4.0 Presentasjon av funn og faktorfortolkning.....	35
4.1 Innledning.....	35
4.2 Faktorpresentasjon.....	36
4.3 Faktor 1: Fokus på gjensidighet og formidling.....	36
4.3.1 Oppsummering av faktor 1	39
4.4 Faktor 2: Profesjonell og uavhengig	39
4.4.1 Oppsummering av faktor 2.....	41
4.5 Faktor 3: Fagkunnskap og formidling.....	42
4.5.1 Oppsummering av faktor 3.....	44
4.6 Sammenfallende utsagn mellom faktorene	45
4.7 Oppsummering	46

5.0 Drøfting	47
5.1 Faktorene sett i lys av relasjonsdimensjonene	48
5.2 En reell mulighet for gjensidighet.....	49
5.3 Empati som grunnlag for gjensidighet	50
5.4 Den betydningsfulle formidler av håp.....	51
5.5 Uavhengighetens frihet og ansvar	52
5.6 Kunnskap og makt.....	53
5.7 Profesjonell.....	54
5.8 Utvikling av bevissthet og selvvinnsikt	55
5.9 Mestring og relasjoner i et salutogenetisk perspektiv	56
6.0 Avslutning	59
6.1 Avsluttende kommentarer	59
6.2 Studiens begrensninger og forslag til videre forskning.....	59
6.4 Hva kunne vært gjort annerledes.....	60
Litteraturliste.....	61
Vedleggsliste.....	69
Vedlegg 1. Godkjenning fra NSD	70
Vedlegg 2. Informasjonsbrev og samtykkeerklæring til forskningsdeltakerne.....	71
Vedlegg 3. Q- utvalg med celletilhørighet	73
Vedlegg 4. Instruksjonsbetingelse for Q- sortering.....	77
Vedlegg 5. Sorterings skjema.....	80
Vedlegg 6. Gjennomsnittlig sortering faktor 1.....	81
Vedlegg 7. Gjennomsnittlig sortering faktor 2.....	81
Vedlegg 8. Gjennomsnittlig sortering faktor 3.....	81
Vedlegg 9. Særegne utsagn for faktor 1 og deres gjennomsnittlige faktorskår.	82
Vedlegg 10. Særegne utsagn for faktor 2 og deres gjennomsnittlige faktorskår.	83
Vedlegg 11. Særegne utsagn for faktor 3 og deres gjennomsnittlige faktorskår.	84
Vedlegg 12. Utsagnene og faktorenes plassering av dem	85
Vedlegg 13. Sammenfallende utsagn	88

1.0 Innledning

” *Being a good nurse or doctor is unnatural- but it’s doable*”.

- Eric Cassell

Helse er et sammensatt og komplisert fenomen. Hva god helse er, krever hensyn til mange forhold og ikke minst ens egen subjektivitet. Den *dualistiske* tankegang om helse, et todelt syn på kroppen hvor sjel og kropp er adskilt, er fremdeles i stor grad gjeldende i det vestlige helsevesen selv om en mer komplementær og holistisk tankegang er økende blant annet gjennom et større fokus på trening, kosthold og balanse i hverdagen. Flere studier de senere årene har vist til at også sosial støtte og gode relasjoner kan være en viktig og avgjørende faktor for opplevelsen av god helse og mestring av sykdom. Opplevelsen av støtte knyttes særlig til *kvaliteten* av relasjonene, hvor blant annet gjensidighet står sentralt (Fyrand, Moom, Finset & Glennas, 2003; Heggdal, 2003).

Arbeidet som lege eller sykepleier innebærer å være deltaker i *den terapeutiske relasjon*, i denne oppgaven kalt *behandlingsrelasjon*. Forskning tyder på at kvaliteter rundt denne relasjonen har stor betydning for diagnostisering, valg av behandling, pasientens etterlevelse, forløp og mestring av sin sykdomssituasjon (Heidenreich, 2001; Vaglum, 2002; Del Canale et. al, 2012; Haugan, Rannestad, Hanssen & Espnes, 2012; Holm & Severinsson, 2013). Som sykepleier og veileder håper jeg at forskning på temaet kan være bevisstgjørende i forhold til helsepersonell i deres atferd og kommunikasjon, samt at verdien og nødvendigheten av relasjonskompetanse kan bli tydeligere. Jeg håper også et økende fokus på temaet vil være med på å påvirke utdannelsen av helsepersonell, deres arbeidsforhold og behov for livslang læring og refleksjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleier med yrkeserfaring fra ulike sykehusavdelinger, humanitært arbeid og studentveiledning har jeg en naturlig interesse for helse. Jeg har i grunnen hele livet vært på søken etter forklaringer, etter viten om det ukjente, og fikk etter noen år i faget en sterk interesse for en mer helhetlig tenkning rundt helse. I sammenheng med egen erfaring av sykdom og min veilederutdanning ble fenomener som utvikling av selvbevissthet,

tilstedeværelse, og relasjonskvaliteter i møtet mellom mennesker framtrede interesse. Som sykepleier, veileder og privatperson er jeg i dag overbevist om at kunnskap og økt bevissthet rundt disse fenomenene ikke bare kan være med på å øke egen tilfredsstillelse i ens eget arbeid og liv. Det kan også være til personlig hjelp og støtte i møte med egen eller andres sykdom og kan derfor virke helsefremmende. Det er med stor interesse jeg utforsker hvordan annet helsepersonell opplever noen av disse temaene.

1.2 Problemstilling og formål med oppgaven

Forskningsspørsmålet som oppgaven bygger på lyder som følgende:

”Hvilken opplevelse har leger og sykepleiere (ved en medisinsk sykehusavdeling) av behandlingsrelasjonens kvalitet og dens betydning for pasientens sykdomsmestring?”

Jeg ønsker med denne oppgaven å undersøke hvordan leger og sykepleiere opplever behandlingsrelasjonens kvalitet, og hvordan de subjektivt vurderer sammenhengen mellom relasjon og mestring. Disse opplevelsene blir da til syn eller perspektiver innenfor dette feltet ved at flere personer deler noe eller har en felles opplevelse av samme fenomen. Disse perspektivene vil representere meninger, holdninger og oppfatninger som regjerer i forskningsfeltet, og som derfor kan bidra til å påvirke deltakernes atferd. Jeg synes også det er interessant å undersøke hvordan deltakerne vurderer muligheten for å oppnå gjensidighet i behandlingsrelasjonen da forskning taler for positive effekter ved dette (Berg & Danielson, 2007, Holm & Severinsson, 2013). Å skape gode relasjoner til syke mennesker kan være krevende og preget av utfordringer som behov for kontroll, trygghet og en opplevelse av mangel på tillit (Berg & Danielson, 2007; Heggdal, 2008). Det stilles derfor store krav til helsepersonells relasjonskompetanse i deres arbeid, og som sykepleier og masterstudent i rådgivningsvitenskap er dette naturlige interesser for meg. Generelt tenker jeg at forskning basert på behandlerens perspektiv kan virke bevisstgjørende og være med på å fremme en bedre og mer reflektert praksis.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven består totalt av seks kapitler. Det første kapitlet tar for seg en generell innledning, samt en kort forklaring over bakgrunn for valg av tema, formålet med oppgaven, oppgavens problemstilling og begrepsavklaring. Det andre kapitlet presenterer teori brukt for å belyse aktuell kommunikasjon rundt problemstillingen. Det tredje kapitlet inneholder en generell

gjennomgang og oversikt over valg av forskningsmetode, Q- metodologiens bakgrunn og intensjon, en utførlig forklaring av de ulike stegene i forskningsprosessen samt deler av den kvantitative analysen av datamaterialet. Kapittel fire presenterer resultatet og analysen av det innsamlede materialet, her hovedsakelig den kvalitative analysen gjort av meg som forsker. Det femte kapittel inneholder drøfting av funnene sett i sammenheng med blant annet tidligere presentert teori i kapittel to. I det sjette kapittel, som også er oppgavens siste, følger en oppsummering av resultater, refleksjoner rundt hva studien kan brukes til samt mine egne tanker om hva som kunne vært gjort annerledes og forslag til videre aktuell forskning.

1.4 Begrepsavklaring

Oppgavens bærende problemstilling er todelt og inneholder noen sentrale begreper som jeg ønsker å avklare. Begrepene er sammensatte, og noen kan forstås på flere måter. I det følgende presenteres valg av teoretisk støtte for begrepene helse, behandlingsrelasjoner, sykdom og mestring slik de benyttes i denne oppgaven.

1.4.1 Helse

Helsebegrepet er vanskelig å avgrense, og har ofte blitt kritisert for å være for ambisiøst og favne om for mange hensyn. I denne oppgaven brukes Hjorts helsedefinisjon hvor han forstår helse som : *overskudd i forhold til (hver)dagens krav* (Hjort, 1982, s.16) .

1.4.2 Behandlingsrelasjon/ den terapeutiske relasjon

Ordet behandlingsrelasjon forstås i denne oppgaven som :

en terapeutisk relasjon mellom lege og pasient eller mellom sykepleier og pasient.

En terapeutisk relasjon kjennetegnes ved at en av personene tilbyr hjelp, støtte eller omsorg til en annen som har behov for dette. En profesjonell terapeutisk relasjon oppstår når to personer møtes, og hvor den ene har kunnskap eller ferdigheter som den andre trenger for å lindre lidelse eller oppnå bedre helse og velvære. En profesjonell terapeutisk relasjon foregår innen en bestemt ramme eller setting, for eksempel et sykehus eller annen institusjon, og er regulert av lover samt profesjonelle og etiske retningslinjer (Fox, 2008).

I Norge reguleres denne relasjonen blant av Helsepersonelloven (1999), Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) og Etiske regler for leger (2002).

1.4.3 Sykdomsbegrepet

Kleinmann (1988) definerer sykdomsbegrepet ut i fra tre dimensjoner ; disease, illness og sickness. *Disease* kan forstås som svikt i organenes normalfunksjon og er ofte behandlerens perspektiv. *Illness* er pasientens sykdomsopplevelse i form av for eksempel smerter, sorg eller tap av kroppsfunksjoner. *Sickness* beskrives som måten pasientens disease og illness blir tatt imot eller møtt på i samfunnet. Disse er ikke atskilte begreper, men sammenfallende og komplementære i en utvidet sykdomsforståelse.

1.4.4 Mestring

Vifladd og Hopen (2004) beskriver en praktisk forståelse av mestring slik:

”Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll i eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre” (Vifladd & Hopen, 2004, s.61).

Denne definisjonen er også sammenfallende med Antonovskys forståelse av mestring som forklares nærmere i et senere kapittel.

2.0 Teori

I valg av teori har jeg tatt utgangspunkt i min egen eksistensialistisk- humanistiske forankring som veileder hvor tro på individet og evne til kontroll i eget liv står sentralt. Sett som en overhengende teori har jeg valgt Antonovskys teori om helse, og hans forståelse av begrepet *opplevelse av sammenheng*. Denne teorien gir et utvidet perspektiv på helse og hvilke faktorer som medvirker til utvikling av mestring og egenomsorg. Da oppgavens problemstilling omhandler relasjonskvaliteter er Ragnvald Kvalsunds (1998) arbeid om personen og de ulike relasjonsdimensjoner valgt. Her blir blant annet fenomenet *gjensidighet* beskrevet og forutsetninger for å oppnå dette. Gjensidighet er et viktig moment når det kommer til Kristin Heggdals (2008) teori *Kroppskunnskaping*. Her presenteres hennes forskning på mestring hos kronisk syke pasienter og hvordan relasjoner og sosiale kvaliteter spiller en rolle i dette. Hennes teori kan også forstås som en *salutogenetisk* teori, i tråd med Antonovskys ideer, men også et bidrag til hvordan en kan styrke individets evne til egenomsorg, eller bidra til *empowerment*. Begrepet empowerment vil kun kort gjøres rede for da dette begrepet også kan forstås gjennom de andre teoriene; nemlig stimulering til uavhengighet, styrking av individet, tro på egne ressurser og mulighet for å oppnå gjensidighet.

2.1 Salutogenese versus patogenese

Antonovsky (2012) introduserte begrepet *salutogenese*. Begrepet kan sies å være et perspektiv som søker å forstå hvorfor noen menneskers helseutfall, til tross for store belastninger, blir bedre enn andres (Antonovsky, 2012).

Salutogenesens motsats er *patogenese*. Patogenese-perspektivet setter fokus på de sykkelige prosessene som sykdomsårsakene setter i gang i organismen, og som utvikler tilstanden frem til dens endelige form (Store medisinske leksikon, 2007). Patogenese kan også forstås som kunnskapen om ”hva som gjør oss syke” (Walseth & Malterud, 2004, s.65).

2.2 Antonovsky og helsens mysterium

Antonovsky (2012) utviklet gjennom sitt arbeid teorien om det *salutogene perspektivet*. Innenfor dette perspektivet søker en å forstå hva som gjør at noen mennesker tolererer stressbelastning bedre enn andre. Stilt overfor en stressfaktor¹, oppstår det en anspent tilstand som en må håndtere. Hvorvidt utfallet av stresshåndteringen blir patologisk, nøytral eller helsebringende, avhenger om spenningen håndteres på en adekvat måte. Antonovsky fant at *generelle motstandsressurser*² – blant annet penger, egostyrke, kulturell stabilitet og sosial støtte kunne være medvirkende til dette. Antonovsky opplevde imidlertid at han manglet en klar definisjon av hva som utgjør en generell motstandsressurs i denne sammenheng og som samtidig kunne gi en forståelse av hvordan noe kan fungere som dette. Hans endelige definisjon av dette spørsmålet, var begrepet han valgt å kalle ”*Opplevelse av sammenheng*”. Antonovsky så dette som felles for *alle* generelle motstandsressurser, og gjorde det mulig å sette *alle* utallige stressfaktorer som en blir utsatt for hele tiden, inn i en meningsfylt sammenheng. Tre kjernekomponenter er brukt for å operasjonalisere ”*opplevelse av sammenheng*”, nemlig begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Begripelighet: Begrepet handler om i hvilken grad man opplever at stimuli man utsettes for er kognitivt forståelige (sammenhengende, strukturerte og klare i sin informasjon). Dette framfor opplevelsen av stimuli som støy/kaos, uorganiserte, tilfeldige, uventete eller uforståelige. Dette innebærer også en forventning om at stimuli vedkommende vil møte i fremtiden, også vil være forutsigbare eller kunne plasseres i en sammenheng og dermed forklares.

Håndterbarhet: Begrepet omhandler i hvilken grad man opplever å ha tilstrekkelige ressurser til å kunne takle kravene man utsettes for. Dette kan være ressurser en selv har kontroll over, eller andre personer en har tillit til (ektefelle, venn, kollega, Gud, partileder, lege).

¹ Stressfaktor i denne sammenheng defineres som ”*krav som man ikke har noen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på*”, eller en ”*livsopplevelse preget av manglende sammenheng, under- og overbelastning og utestengelse i beslutningstaking*” (Antonovsky, 2012, s.50).

² Generelle motstandsressurser kan også forstås som ”*alle forhold som gir effektiv beskyttelse mot en lang rekke stressfaktorer*” (Antonovsky, 2012, s. 16).

En sterk opplevelse av håndterbarhet forebygger opplevelsen av å være i en offerrolle eller at livet er urettferdig. Det gir også tro på at en kan takle motgang og sorg, og like fullt få opplevelsen av å komme seg videre.

Meningsfullhet: Denne komponenten handler om i hvilken grad en opplever livet som forståelig rent følelsesmessig, og at noen av tilværelsens problemer og krav er verdt å bruke tid og krefter på. Innenfor denne komponenten ligger også motivasjonselementet. Personer som skårer høyt på denne faktoren³ er med andre ord villige til å ta utfordringer de blir stilt overfor, er bestemte på å finne mening i dem, og villige til å gjøre sitt beste for å komme gjennom dem på en anstendig måte (Antonovsky, 2012).

”Opplevelse av sammenheng” kan i følge Antonovsky (2012) oppsummeres slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i (s.41).

2.2.1 Opplevelse av sammenheng og mestring

Antonovsky beskriver en sterk⁴ ”opplevelse av sammenheng” som evnen til å utvikle et repertoar av ulike mestringsstrategier. Tilværelsen stiller en overfor mange og ulike stressfaktorer. Å utvikle et bestemt og rigid handlingsmønster vitner om en dårlig utviklet evne til å vurdere stressfaktorens karakter, og vil derfor være med på å redusere sjansen for mestring. Dette kan vise seg hos personer som for eksempel *alltid* velger å slåss, flykte eller bli paralyisert. Eventuelt å *alltid* velge å stole på seg selv eller andre.

³ Viser til spørreskjema som brukes for å måle en persons opplevelse av sammenheng. *Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet* er faktorene som måles ved rangering av tall fra 1 til 7. For detaljer se A. Antonovsky (2012) *Helsens Mysterium*, vedlegg 1, s.194.

⁴ Personer som i følge Antonovskys definisjon har en *sterk* OAS, skårer høyt på faktorene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (viser til samme vedlegg som fotnote 3, Antonovsky, 2012).

Antonovskys (2012) definisjon av sammenhengen mellom mestring og ”opplevelse av sammenheng” er formulert slik: *”En person med en sterk opplevelse av sammenheng velger den mestringsstrategien som virker best egnet til å håndtere stressfaktoren han eller hun må håndtere”* (s.148). Personen velger da fra sitt repertoar av generelle og konkrete motstandsressurser vedkommende har til rådighet, og som virker best egnet for den aktuelle situasjonen. Sagt på en annen måte, vil *”evnen til kognitivt og følelsesmessig å kunne strukturere oppfatningen man har av en stressfaktor, og akseptere at man er nødt til å håndtere den, bidra til mestring”* (s.147). Personer med en sterk ”opplevelse av sammenheng”⁵, vil derfor ha et fortrinn fordi de har en generell forventning om at det ligger noe meningsfylt og begripelig i stresset. Dette vil igjen utgjøre grunnlaget for kognitiv respons og motivasjon, og på den måten forhindre omdannelse av spenning til stress.

Det salutogene perspektivet (Antonovsky, 2012) søker å finne svar på hva som virker helsefremmende. Med bakgrunn i studiens problemstilling vil teori om personsystemet og relasjonsdimensjonene på neste side presenteres. Denne teorien kan også sees i det salutogene perspektivet da den omhandler en medvirkende faktor til god helse.

⁵ Detaljer rundt empiriske funn som understøtter hypotesen om sammenhengen mellom OAS og helse kan leses i A. Antonovsky *Health, Stress and Coping*, 1979.

2.3 Persondimensjonen

” *It’s not about bodies, it’s about persons!* ”

- Eric Cassell

For å være en *person* kreves det helhetlig handling med sin kropp, tanker og følelser. Det betyr også å være i relasjon med andre, da dette er den eneste måten å forstå seg selv på (Kvalsund & Meyer, 2005). I følge Buber (2003) kan en først bli et menneske i møte med et ”*Du*”, hvor ”*Jeg’et*” blir til i møte med et ”*Du*”. Dette framfor et møte mellom ”*Jeg- Det*” som er beskrevet som en kilde til fremmedgjøring og objektivisering (Buber & Simonsen, 2003). Et ”*Jeg*” og et ”*Du*” kan sees som to likeverdige helheter som hver for seg utgjør det individuelle, men som til sammen utgjør ”*personen*”. Personen er derfor i det minste avhengig av en annen – ”*den Andre*”, for å avgjøre hvem et ”*Jeg*” er og hvem et ”*Du*” er. Et ”*Jeg*” identifiseres i møte med et ”*Du*” som både likt og forskjellig, og nettopp denne sammensatte og doble erfaringen er grunnlaget for personsystemet (Kvalsund & Meyer, 2005).

2.4 Relasjonsdimensjonene

Den skotske filosofen Macmurray så på mennesket som en agent i verden, og hadde dette som utgangspunkt for sin tese om ”*Personer i relasjon*” (Macmurray, 1961/1999). Denne tesen er også basis for Kvalsunds (1998) doktorgradsarbeid rundt personen og relasjonsdimensjonene.

Innenfor dette synet sees mennesket som aktivt handlende i verden i relasjon med ”*den Andre*” (Allgood & Kvalsund, 2003). ”*Den Andre*” skal ikke forstås som et objekt som kan manipuleres, brukes eller forandres, men som en person en er i relasjon med hvor selve *relasjonen* også anerkjennes som et sted hvor forståelse og selvforståelse kan skapes. Tre hovedtyper av relasjoner utgjør persondimensjonens ”*Jeg og Du- møter*”. Dette er avhengighets, uavhengighets- eller gjensidighetsrelasjoner. Et møte kan være positivt eller negativt innenfor hver relasjon. Vekslingen mellom disse relasjonelle kvalitetene er flytende og skiftende gjennom hele livet, men kommer likevel sterkest til uttrykk i den formative fasen av livet hvor mest læring og utvikling skjer, nemlig fra 0 til 25 år (Kvalsund, 1998). Gjensidighetsdimensjonen er vurdert til å være det mest inkluderende utviklingsstadiet. Innenfor denne dimensjonen har en kapasitet til å romme *både* avhengighet og uavhengighet som nødvendige nivåer for å kunne fungere som modne, relasjonelle Selv (Allgood &

Kvalsund, 2003). De ulike relasjonsdimensjonene avhengighet, uavhengighet og gjensidighet vil i det følgende beskrives nærmere.

2.4.1 Avhengighet

I avhengighetsdimensjonen er "*Jeget*" helt avhengig av et "*Du*" (Kvalsund, 1998). Relasjonene er preget av asymmetri, og at en av partene i relasjonen har et større behov for omsorg enn den andre. Denne asymmetrien blir tydelig ved omsorgsmottakers totale avhengighet av den andre i motsetning til omsorgsgivers relative frihet og uavhengighet (Kvalsund, 1998). Slike relasjoner er ikke bare knyttet til barn-foreldre, men aktuelle og forekommende i alle livets faser (Kvalsund, 1998). Å uttrykke egne behov er vanskelig eller enda ikke lært, og blandes derfor lett sammen med alle andres. Dette kan gjøre det vanskelig å sortere ut hva som er hva. En stoler derfor på at "*den Andre*" vil forstå og dermed fortolke ens verden for en (Kvalsund, 1998). En avhengighetsrelasjon er positiv så lenge avhengigheten erkjennes som et gjensidig behov, og hvor det er fornuftig grunnlag for å kreve at noen hjelper, tenker eller handler for en annen (Kvalsund, 1998; Kvalsund & Meyer, 2005). Det negative kan inntreffe dersom en av partene ikke lenger opplever denne avhengigheten som fruktbar i et utviklingsperspektiv, eller generelt opplever seg selv som mindre avhengig. Dersom avhengighetsrelasjoner opprettholdes på tross av at det ikke lenger foreligger noe reelt grunnlag for dette, vil forholdet etter hvert preges av negativisme, eventuell tvang og dermed ufrihet (Kvalsund & Meyer, 2005).

2.4.2 Uavhengighet

En sentral verdi i uavhengighetsdimensjonen er å vinne fram med sine egne behov og interesser (Kvalsund & Meyer, 2005). En er heller ikke lengre avhengig av andre for å kunne realisere egne ønsker eller mål. Det foreligger imidlertid også en tendens til konflikter på grunn av denne uavhengigheten. Jo mer uavhengige personene er, jo større er potensialet for konflikt og maktkamp med jevnbyrdige andre. Fordi personene opplever en forløsning av selvstendige tanker og følelser, oppleves det heller ikke som nødvendig å få bekræftelse eller tillatelse fra andre for å kunne fungere som et unikt og selvstendig individ. Uavhengigheten er positiv når begge parter har tillit til uavhengigheten hos hverandre, samt anerkjenner hverandres behov for samme frihet. Dette gir symmetri og balanse i relasjonen, noe som henger sammen med evnen til å styre sitt eget liv (Kvalsund, 1998). Hvis derimot den ene parten ikke viser oppmerksomhet når den andres uavhengighet blir såret, krenket eller vraket, så blir selve uavhengigheten forvandlet til et absolutt og kun tilgjengelig for de sterkeste. For

personer som da ikke kan konkurrere med samme styrke, oppleves et krav om underordning, tap av autoritet og utvikling i retning av et asymmetrisk forhold. Dette vil introdusere avhengighet i form av en over- og underordning. Slike negative uavhengighetsrelasjoner preges ofte av uenighet eller konflikt (Kvalsund & Meyer, 2005). En vanlig måte å bevare sin uavhengighet på er å trekke seg unna da lydighet og eventuell underordning vil føre til avhengighet. Alternativet er å bruke makt, og forsøke å gjøre den andre avhengig, slik at symmetrien kan forsøkes gjenopprettet. Negative, uavhengige relasjoner preges av rivalisering og liten vilje og evne til samarbeid (Kvalsund & Meyer, 2005).

2.4.3 Gjensidighet

Gjensidighetsdimensjonen oppnås når partene erkjenner at de er avhengige av hverandre for å kunne realisere seg selv og utvikle sitt eget potensial (Kvalsund, 1998). Ved at hverandres forskjellighet er verdsatt, vil en også søke å ivareta den andres uavhengighet når den blir truet (Kvalsund & Meyer, 2005). Opplevd uavhengighet for begge parter er en nødvendig forutsetning for en genuin gjensidighet. En må også kunne anerkjenne at begge aktører i relasjonen både er avhengige, uavhengige og gjensidige, og at en i et utviklingsperspektiv vil måtte erkjenne både de positive og negative sidene ved disse relasjonskvalitetene (ibid). Samtidig kan gjensidigheten sies å være en flyktig opplevelse, ikke bare gjennom livsfaser, men også fra øyeblikk til øyeblikk. Enhver ny situasjon eller relasjon vil alltid introdusere avhengigheten. Utviklingspotensialet ligger da i evnen til også å anerkjenne behovet for uavhengighet og selvstendigjøring. Ved å akseptere å leve i dette paradokset, kan en oppnå gjensidighet (Kvalsund & Meyer, 2005). Teorien om relasjonsdimensjonene må derfor sees på som en dynamisk og ikke en lineær teori.

I lys av relasjonsdimensjonene, er det vanskelig å utelate begrepet *empowerment* da dette perspektivet kan sees på som et ønske om å påvirke mennesker, til å bevege seg fra bort fra avhengighet til en større grad av uavhengighet, og slik kunne skape et potensiale for relasjoner preget av gjensidighet. Begrepet vil i det følgende kort redegjøres for.

2.5 Empowerment

Begrepet *empowerment* springer ut fra et humanistisk menneskesyn, og innebærer en tro på menneskets evner og ferdigheter (Sørensen, Graff- Iversen, 2001). Begrepet lar seg vanskelig oversettes til norsk, men kan forstås som myndiggjøring, medvirkning, bemyndigelse eller egenmakt (Tveiten, 2012). Personer som er i en avmaktssituasjon skal gjennom *empowermentprosessen*, ved hjelp av maktomfordeling, medvirkning og opplevelse av å bli anerkjent som ekspert på seg selv, opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten. *Empowerment prosessen* kan her ses på som det som skjer i pasienten, som et kontinuum mellom bevissthet om noe og forandring, en prosess hvor helsepersonell samhandler med pasienten (Tveiten, 2012).

Tidligere nevnt i oppgaven, kan Heggdals (2008) teori om *Kroppskunnskaping* også sees på som et bidrag til empowerment, eller til en salutogenetisk tenkning. Hennes teori har også et fokus på den sosiale dimensjonen ved sykdomsmestring, og hvordan ulike kvaliteter ved sosiale relasjoner er særlig viktige. Teorien vil på neste side bli presentert.

2.6 Kroppskunnskaping

Denne teorien har opphav i Kristin Heggdals (2008) forskningsarbeid over femten år, hvor hun har intervjuet og analysert personers erfaringer med å leve med ulike typer langvarige og kroniske helseplager. Gjennom dette arbeidet har hun utviklet en teori som hun har valgt å kalle *Kroppskunnskaping*. Forfatteren selv forklarer begrepet som ” *en grunnleggende prosess for utvikling av personlig kunnskap om egen kropp, mestring, helse og velvære*” (Heggdal, 2008, s.34). Prosessen involverer både fysiologiske, psykososiale, kulturelle og eksistensielle dimensjoner ved mennesket. Prosessen kan også sees på som en langvarig øvelse i kroppsbewusstheit og oppmerksomhet:

Kroppskunnskaping innebærer å lære seg oppmerksomhet i forhold til kroppens tegn, lære seg hvordan tegnene kan fortolkes, og hvordan symptomer og plager kan håndteres. Ikke minst innebærer prosessen å lære seg hva som bidrar til mestring, helse og velvære i eget liv (ibid., s. 41).

Målet med prosessen er å øke pasientens kroppskunnskap, kunnskap om seg selv, sin kropp og individuelle erfaringer. Kroppskunnskaping skal være en læreprosess der kunnskapen som etableres er personlig og helsefremmende, i sterk sammenheng med Antonovskys ideer om salutogenese. Kroppskunnskaping er både en personlig og en relasjonell prosess, og handler om pasientens forhold til seg selv, til nære andre og til samfunnet (Heggdal, 2008).

2.7 Den sosiale dimensjonen ved Kroppskunnskaping

Den sosiale dimensjonen ved Kroppskunnskaping kommer til syne og blir viktig i personens møte med samfunnet og andre mennesker (Heggdal, 2008). Det viktige i denne sammenheng er det meningsbærende uttrykk i den aktuelle konteksten. Dette kan være hvordan menneskene tolker seg selv og sin situasjon, eller hvordan de handler på bakgrunn av sine egne eller andres tolkninger. Forskningsarbeidet rundt Kroppskunnskaping har vist at tre egenskaper ved sosiale kontekster er spesielt viktige når det gjelder å fremme helsefremmende prosesser. Dette er *kunnskap, forståelse* og *håp*. Egenskapene er først og fremst knyttet til *kvaliteten* av de sosiale relasjonene, til det som også kan kalles sosial støtte.

2.7.1 Kunnskap

Kunnskap forstås her som kunnskap om

- sykdomsprosesser, behandlings- og rehabiliteringstiltak, trygderettigheter og klinisk fagkunnskap.
- hvordan en kan skape muligheter for at pasient og pårørende kan komme fram med sine erfaringer.
- hvordan fagkunnskap, pasient- og pårørendekunnskap kan kombineres for å oppnå best mulig resultat av foreliggende tiltak.

Kunnskap er viktig fordi det bidrar til å utvide perspektiver og gir grunnlag for å fatte kloke beslutninger (Heggdal, 2008).

2.7.2 Forståelse

Forståelse er viktig da evne og vilje til dette åpner opp for mennesker å kunne møtes og uttrykke hverandres erfaringer (Heggdal, 2008). Forståelse innebærer å kunne lytte og respektere personens erfaring med sykdom, samt å kunne stille åpne spørsmål som kan bidra til en dypere forståelse. Fenomenet er nært knyttet til evnen å vise empati, og at den som viser forståelse, ikke bare opptrer som en profesjonell, men også oppleves som et medmenneske. Å kunne utvise autentisk forståelse utfordrer evnen til innlevelse (Heggdal, 2008).

2.7.3 Håp

Heggdal (2008) bruker i sin teori Kroppskunnskaping Erik Fromms definisjon av håp. Han forstår håpet som et av de sentrale elementene i et menneskes liv. Håpet er knyttet til tro, og tro er en visshet om det som ennå ikke er bevist, en kjennskap til en reell mulighet (Fromm, 1971). I møte med kronisk sykdom og lidelse, blir håpet sentralt. Mennesker håper at behandling skal virke, at sykdommen kureres og at livet bevares. Håpet er knyttet til å mestre noe av betydning og som gir glede i et menneskes liv. Håpet står også sentralt i møte med eksistensielle spørsmål, da håpet og troen blir den drivende kraften som kan skyve personen videre i en helsefremmende prosess (Heggdal, 2008). Helsepersonell og andre kan bidra til å styrke eller svekke dette håpet gjennom handlinger og ord. Håpet hviler på tillit og innebærer å våge risiko ved for eksempel å overlate livet sitt i andres hender. Håpet handler også om å finne fram til sannhet og mening med eget liv, komme seg ut av en potensiell offerrolle og ta ansvar for eget liv.

2.7.4 Kvaliteter ved behandlingsrelasjonen

Heggdal (2008) ser fenomenet likeverd som en betingelse for å få en behandlingsrelasjon til å fungere som en kilde til brobygging og samarbeid. Etableringen av en likeverdig relasjon bygger på et subjekt- subjekt forhold. Det grunnleggende i en slik relasjon er tillit.

Likeverdigheten har med ydmykhet å gjøre, forstått som en erkjennelse av egne begrensninger og behov for livslang læring.

2.8 Holdning og forventning til mestring

Begrepet mestring er i denne oppgaven gjort rede for tidligere i teorikapittelet, både gjennom Vifladt og Hopens (2004) definisjon, samt gjennom Antonovskys (2012) syn på helse. I dette avsnittet skal jeg redegjøre for to hensyn knyttet til dette, noe som også er brukt i utforming av studiens teoretiske design. Dette er *holdning* og *forventning*.

Vroom (1964) så evnen til mestring gjennom troen på oppnåelse av resultater. I hans teori gjør han rede for hvordan individet vil styre sin atferd ut i fra forventninger om resultat. Forventning kan her forstås som troen på sannsynligheten av at en bestemt handling vil følges av et bestemt resultat. Dette kan da sees som *mestringsholdning*.

Bandura (1925/1997) introduserte begrepet ”*self- efficacy*” som på norsk kan oversettes til ”mestringstro”. Dette var et nøkkelbegrep i hans sosial-kognitive teori, og omhandler hvordan personens egen mestringstro påvirker ens egen bedømming av muligheten til å utføre bestemte oppgaver. Dette kan da sees som *mestringsforventning*.

Mestringsforventning er også i teoretisk sammenheng forstått gjennom Antonovskys (2012) ”Opplevelse av Sammenheng” og faktoren ”meningsfullhet” som handler om villighet til å ta utfordringer, samt en positiv innstilling til å komme gjennom dem.

2.9 Oppsummering av teori

Antonovsky (2012) sin teori om *salutogenese* og *opplevelse av sammenheng* presenterer en utvidet teori om bidragsytende faktorer til mestring og bedre helse. Den kan også i denne oppgaven sees som en meta-teori i forhold til de to andre teoriene da den virker sammenfattende og inkluderende overfor begge deres perspektiver. En salutogenetisk tankegang innebærer i hovedsak å søke etter hva som gir god helse, og forklare hvorfor noen mennesker til tross for store belastninger klarer seg bedre enn andre. Sentralt i en ”opplevelse av sammenheng” står begrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. I forbindelse med mestring betyr dette også evnen til å utvikle et kreativt og mangfoldig repertoar av motstandsressurser, dette kan eksempelvis være egostyrke, penger eller sosial støtte.

Kvalsunds (1998) arbeid rundt personsystemet og relasjonsdimensjoner bygger på Macmurrays (1961/1999) tese om *Personer-i-Relasjon*. Innenfor dette synet sees mennesket som agent i verden, hvor relasjonen ”Jeg- Du” står sentralt. Mennesket sees som grunnleggende relasjonelt, og avhengig av ”den Andre” for å kunne forstå og realisere seg selv. Tre hovedtyper av relasjoner, nemlig avhengighets, uavhengighets- eller gjensidighetsrelasjoner utgjør persondimensjonens ”Jeg-Du” møter. Vekslingen mellom de ulike dimensjonene er flytende og dynamiske, og livet innebærer en kontinuerlig veksling mellom dem men er likevel mest framtreddende i årene med størst utvikling (0-25 år). Gjensidighetsdimensjonen kan sees på som det mest inkluderende utviklingsstadiet hvor hverandres behov for både avhengighet og uavhengighet rommes og inkluderes. Genuin gjensidighet skaper mulighet for personer å fungere som modne, relasjonelle Selv i relasjon med hverandre.

I Heggdals (2008) teori presenteres en for begrepet *Kroppskunnskaping*, en prosess som innebærer utvikling av personlig kunnskap om egen kropp, mestring, helse og velvære for pasienter med langvarig kronisk sykdom. Sentralt i dette står pasientens sosiale dimensjon hvor relasjoner og opplevelse av sosial støtte er viktige faktorer. Den sosiale støtten knyttes særlig til *kvaliteten* på relasjonene, og forskningen hennes har vist at tre egenskaper spiller en større rolle her. Dette er kunnskap, forståelse og håp. Det er også et avgjørende moment at relasjonene preges av gjensidighet. Om kvaliteter rundt behandlingsrelasjonen bruker hun begrepet *likeverdighet* som en betingelse for godt samarbeid og gode resultater.

Begrepene mestringsholdning og mestringsforventning er gjort kort rede for gjennom Vrooms (1964) teori om forventninger om resultat, og Banduras (1925/1997) ”self-efficacy”. Disse omhandler hvordan egen tro og oppfatning av evne til å gjennomføre bestemte oppgaver påvirker resultat og mulighet til mestring.

Disse teoriene vil i det femte kapitlet brukes for å drøfte funnene jeg har gjort i analysen av mitt datamateriale. Det vil bli aktuelt å diskutere flere tema som er kommet fram i dette arbeidet, og de ulike tema kan sees som deler av en større helhet. Denne prosessen kan også sees på som en fenomenologisk- hermeneutisk fortolkningsprosess hvor del og helhet påvirker hverandre og virker utfyllende. Jeg opplever alle tre teorier som viktige bidrag og gjensidig komplementære i denne sammenheng.

Det neste kapittel vil omhandle valg av forskningsmetode, Q- metodologiens intensjon og bakgrunn, samt en grundig beskrivelse av forskningsprosessen.

3.0 Metodisk tilnærming

3.1 Valg av metode

I forskning er det alltid problemstillingen som er avgjørende for hvilken metode en velger for å studere det aktuelle fenomenet (Moen & Karlsdottir, 2011). Denne studiens problemstilling (gjentatt under) utforsker helsepersonaleets subjektive opplevelse. Q- metodologi ble derfor valgt som vitenskapelig tilnærming da metodens hovedmål er å undersøke og synliggjøre enkeltindividets subjektivitet.

”Hvilken opplevelse har leger og sykepleiere (ved en medisinsk sykehusavdeling) av behandlingsrelasjonens kvalitet og dens betydning for pasientens sykdomsmestring?”

Jeg tiltrekkes ikke bare av metodens prinsipper og teknikk, men også av dens enorme potensial til personlig læring og vekst som ligger i selve Q- sorteringen (Allgood & Kvalsund, 2010). Q- sorteringen kan muligens beskrives som selve kjernen i Q-metoden, og gjennomføres ved at deltakerne sorterer utsagn presentert av forskeren i et bestemt mønster alt etter egen opplevelse av psykologisk signifikans eller enighet/ uenighet. De ulike stegene i forskningsprosessen, samt en beskrivelse av metodens hovedtrekk og intensjon, vil i det følgende kapittelet presenteres.

3.2 Q- metode

3.2.1 Q- metodologiens opprinnelse og intensjon

I 1935 presenterte William Stephenson for første gang sin forskningsmetode Q- metodologi i et brev til tidsskriftet *Nature* (Watts & Stenner, 2012). Med sin egen bakgrunn i psykologi og fysikk var hans mål å utvikle en metode særlig velegnet til å studere subjektivitet. Stephenson så dette som et nødvendig bidrag da han opplevde at den tradisjonelle R- metoden, basert på Pearsons korrelasjonsstatistikk, ikke kunne skille ut ulike perspektiver til enkeltindivider, kun forskjeller mellom *variabler* (Watts & Stenner, 2012). Han beskrev R- metoden som dissekerende, og hvor mennesket ble delt opp i biter for analyse. Fra hans ståsted manglet denne metoden en måte å undersøke mennesker på en helhetlig måte (Brown, 1980). Bokstaven Q ble valgt for nettopp å skille denne metoden fra andre tradisjonelle metoder (Brown, 1980; Kvalsund, 1998).

3.2.2 Subjektivitet

Det sentrale begrepet i Q- metodologi er subjektivitet (Wolf, 2010). Subjektivitet kommer til uttrykk og tar form gjennom ens forestillinger og samtaler, og det er i disse formene den kan studeres i et vitenskapelig henseende av andre (Wolf, 2010). I en Q- sortering verdsettes eller måles et utsagn på bakgrunn av instruksjonsbetingelsen. Denne *subjektive prosessen*; personens ”strøm” av indre samtale- ens villighet til å handle, iblandet eksistensperspektiver, eller sagt med ett ord: *følelse*, fører til *operante* faktorstrukturer (Wolf, 2010). Det foreligger altså ingen *direkte* linje mellom de stimuli deltakerne utsettes for og den responsen de gir. Q- sorteringsutsagn framkaller en respons hos den som sorterer, som ikke kan forklares ut i fra forskjellene i testeffektene. Temaet gir imidlertid rom for spekulasjoner omkring sammenhenger (Wolf, 2010).

Begrepet *operant* kan også forstås gjennom motstykket til Q- metodologien, nemlig behaviorismen og den objektive, observerbare atferden som kalles læring. Behaviorismen var i stor grad preget av den amerikanske psykologen B. F. Skinner og hans arbeid rundt operante betingelser (Ivey, D’Andrea, Ivey & Simek- Morgan, 2009). Dette begrepet springer ut i fra en tro på at mennesket kan velge hvilken type atferd en ønsker å forsterke i sitt liv. Skinners teorier gikk i hovedtrekk ut på at bestemte typer atferd kan styrkes eller svekkes gjennom negative eller positive operante betingelser. Dette fører da til en *læring* av atferd gjennom gitte betingelser fra omgivelsene (ibid.). For Stephenson var denne metodens tendens til å skape respons hos deltakerne som *lært atferd* et argument for å framheve personens indre erfaringer, altså ens *subjektivitet* (Stephenson, 1953). Stephenson framholdt at en persons subjektivitet er *kommunikativ atferd*, og er på den måten en hendelse som kan bli målt og studert (Stephenson, 1953). Q- metodens teknikk gir oss derfor en måte å oppdage mønstre i hvordan en kommuniserer med seg selv eller andre (Wolf, 2010).

Forskerens subjektivitet er også alltid involvert i en Q- metodologisk studie, og viser seg blant annet i utforming av utsagnene deltakerne presenteres for, og i den senere tolkningen av datamaterialet. En kan derfor si at subjektivitet kommer både fra forskeren og deltakerne og står på den måten i et dynamisk forhold til hverandre (Allgood & Kvalsund, 2010).

3.2.3 Q- metoden plassert i en vitenskapsteoretisk sammenheng

Q- metoden kan i utgangspunktet anerkjennes som en kvalitativ forskningsmetode, hovedsakelig på grunn av dens utgangspunkt og mål; nemlig å beskrive og løfte fram individets subjektivitet (Brown, 1980; Kvalsund, 2005). Metoden tar imidlertid også bruk av mer tradisjonelt sett anerkjente kvantitative metoder som er forankret i positivismen, grunnet dens virksomhet med matematisk korrelasjon og faktoranalyse. Den kan derfor sees på som en metode som havner innenfor både det kvalitative og kvantitative feltet. I Q-metode ønsker en å utforske informantenes subjektive meninger, opplevelser eller perspektiver rundt et fenomen. Q-metode kan på den måten knyttes opp mot fenomenologien som vitenskapsfilosofi. Heller enn å forklare fenomenet ut i fra positivistiske testeffekter i designen (R- metode), handler det om å være åpen for fenomenet og fortolke det slik det framtrer i erfarings- og responsfeltet (Kvalsund, 2005). Fortolkningen av datamaterialet i en Q- metodologisk studie kan også sees i et hermeneutisk lys; nemlig en toveis interaksjon mellom de enkelte delene og helheten hvor del og helhet blir brakt sammen og avdekker en dypere forståelse (Postholm, 2010).

I følge Watts og Stenner (2012) er sosialkonstruksjonismen den mest populære og vanligste teoretiske tilnærmingen brukt for å kunne sette Q- metoden i en vitenskapsteoretisk sammenheng. Postholm (2010) taler for at nærmest all kvalitativ forskning vil, grunnet dens nærhet mellom forskeren og forskningsdeltakerne, havne innenfor det konstruktivistiske paradigmet. I ulike bøker blir termene “konstruktivisme” og “konstruksjonisme” brukt forskjellig, og det er noe ulike tolkninger av hva disse ulike retningene inneholder. Watts og Stenner (2012) argumenterer for en oppdeling hvor det konstruktivistiske perspektivet fokuserer på individet, og hvor betydningen av personlige og psykologiske aspekter ved meningskonstruksjon er det framtrede. Som motsetning, fokuserer konstruksjonismen mer på det sosiale og de sosiologiske aspektene ved disse prosessene. I sosialkonstruksjonistisk teori er virkeligheten en språklig konstruksjon som mennesket skaper i sosiale relasjoner. I følge Gergen (Postholm, 2010) må de språklige konstruksjonene forstås *i forhold* til den konteksten de er skapt i. Det finnes altså ingen “sannhet” i sosialkonstruksjonismen. Den kan derfor brukes som et redskap til å sette spørsmål ved eksisterende begreper, og slik bidra til å utvide vår kunnskap. Dette er i tråd med intensjonen både i masterprogrammet i rådgivningsvitenskap, og i Q- metodens grunnleggende vitenskapspotensial; nemlig å gjøre nye oppdagelser, og lære mer om seg selv *i relasjon* til andre mennesker (Allgood & Kvalsund, 2010).

3.3 Stegene i en Q- metodisk forskningsprosess

3.3.1 Valg av tema og identifisering av kommunikasjonsunivers

For å gjennomføre en Q- metodisk forskningsprosess, valgte jeg først et tema av interesse. Dette aktuelle tema samlet jeg så inn mest mulig informasjon om. Innen Q- metodologi brukes begrepet ”*concourse*” om denne prosessen. Oversatt til norsk kan dette forstås som ”*kommunikasjonsunivers*”, og representerer all mulig kommunikasjon omkring et tema, noe som er i prinsippet uendelig (Thorsen & Allgood, 2010). Dette kan videre forklares som holdninger, verdier, meninger eller oppfatninger som uttrykk for subjektivitet, noe som kan komme til uttrykk både gjennom språk eller andre stimuli (Thorsen & Allgood, 2010). I denne studien er det leger og sykepleieres *subjektive* opplevelse av behandlingsrelasjonens kvalitet, og dens betydning for pasientens sykdomsmestring som er utgangspunkt for en slik innsamling. Kommunikasjonsuniverset kan da sees på som all mulig kommunikasjon tilhørende dette temaet. Det er også utgangspunkt for min utforming av *Q- utvalget*, eller utsagn/påstander om den aktuelle problemstillingen, som deltakerne senere skal presenteres for.

For å identifisere kommunikasjonsuniverset tilhørende denne studien, har jeg over flere måneder samlet på avisutklipp, fulgt med i debatter på tv/radio, oppfordret venner og familie med pasienterfaring til å beskrive sine opplevelser rundt relasjoner til behandlere, intervjuet lege- og sykepleierstudenter samt drøftet temaet sammen med kolleger. Ulik litteratur om temaet er også anvendt for å stimulere ytterligere til mangfold og best mulig balanse. Som sykepleier er jeg også en del av kommunikasjonsuniverset, noe som er umulig å ignorere fullstendig i et slikt arbeid. Det kan imidlertid også sees på som en styrke da det gir meg god kjennskap til feltet jeg studerer, hvor utfordringen ligger i å være bevisst og kritisk til sine egne tolkninger. Jeg har derfor formulert utsagnene i Q- utvalget basert på innsamlet materiale, og ikke på egne subjektive oppfatninger.

3.3.2 Utforming av Q- utvalget

Et Q- utvalg skal være tilpasset det jeg som forsker gjennom problemstillingen søker å finne svar på (Watts & Stenner, 2012). Det skal være et representativt utvalg av utsagn som favner ulike retninger, forståelser og meninger innen kommunikasjonsuniverset slik at det blir balansert (Allgood & Kvalsund, 2010). Ubalanserte eller skjeve utvalg gir en dårlig representasjon av kommunikasjonsuniverset, og kan derfor frata deltakerne mulighet for å uttrykke andre eller divergerende syn. For å motvirke dette og tilstrebe best mulig balanse, har jeg tatt i bruk en metode som er vanlig å bruke, nemlig *Fisher balanced block design*. Denne metoden går ut på å utvikle en teoretisk design som representerer det en tror operer logisk i kommunikasjonen rundt det valgte temaet (Kvalsund, 1998; Allgood & Kvalsund, 2010). Basert på problemstillingen, litteraturstudie, samt refleksjon med veiledere og andre medstudenter valgte jeg følgende teoretisk design for utforming av utsagn i denne studien (se tabell 1).

Tabell 1 *Studiens teoretiske design*

Effekt		Nivå		Celler
Relasjon	Avhengighet (a)	Uavhengighet(b)	Gjensidighet (c)	3x
Kvalitet	Forståelse (d)	Håp (e)		2x
Mestring	Forventning (f)	Holdning (g)		2

= 12

Designen er bygd opp av tre effekter som inneholder to eller tre nivåer. Når en da kombinerer et nivå fra hver effekt med hverandre blir de ulike kombinasjonene slik: adf, adg, aef, aeg, bdf, bdg, bef, beg, cdf, cdg, cef, ceg.

Et eksempel på et utsagn og dets celletilhørighet kan være utsagn nummer 5 (celletilhørighet aeg): *Pasienter som har gitt opp seg selv kan ikke jeg eller noen andre hjelpe. En må elske seg selv skal en finne gode måter å mestre sykdom på.*

Hvert utsagn blir til gjennom at et nivå fra hver effekt er kombinert med hverandre vertikalt. Antall celler i hver effekt er så multiplisert med hverandre ($3 \times 2 \times 2 = 12$). For da å sikre et mangfold av utsagn laget jeg 3 replikasjoner av hver kombinasjon, antall utsagn blir da $12 \times 3 = 36$. Utsagnene er så randomisert for å unngå at deltakerne oppdager noe mønster eller

bestemt rekkefølge, noe som kan være med å påvirke dem under Q- sorteringen (Kvalsund & Allgood, 2010). Se vedlegg 3 for alle utsagn i Q- utvalget og deres celletilhørighet.

3.3.3 Personutvalg

Personutvalget i Q- metodologi kalles P- set eller oversatt til norsk som P- utvalg. For å få et representativt utvalg til en Q- metodologisk studie, anvendes andre prinsipper enn i en tradisjonell R- forskning. Antall deltakere er vurdert etter andre kriterier, og det er ikke slik at flere deltakere nødvendigvis gjør kvaliteten på studien bedre (Watts & Stenner, 2012). Det er derimot viktig at deltakerne er tilhørende og representative for kommunikasjonsuniverset som tilhører det undersøkte fenomen, og derfor kan gi stemme til ulike syn og subjektive perspektiver som kan tenkes å finne der (Thorsen & Allgood, 2010). Kort sagt, kan en si at det kreves nok deltakere til at flere syn, og dermed flere faktorer kan etableres (van Exel & de Graaf, 2005). Brown (1980) anbefaler at det fins nok deltakere til at fire til fem personer kan representere en faktor. Watts og Stenner (2012) anbefaler som en generell regel at en holder seg til et antall deltakere som er lavere enn antall utsagn i Q- utvalget.

Rekruttering av deltakere til denne studien startet ved utdeling av informasjonsmateriale (se vedlegg 2) til ulike medisinske sykehusavdelinger hvor interesserte sykepleiere meldte seg. Totalt 17 sykepleiere ga sitt samtykke til å delta. For å kunne velge ut 10 personer, valgte jeg å få hjelp av en venninne som kunne trekke ut disse 10 ved hjelp av lapper i en skål. Jeg fikk henne også til å trekke en ekstra gang da fordelingen mellom de ulike avdelingene var noe ujevn første gang. 8 kvinner og 2 menn i alderen 22 til 54 år representerer sykepleierne i denne gruppen. Utdanningsnivået deres varierer fra bachelor i sykepleie med eller uten ulike videreutdanninger til mastergradsnivå. 10 leger er rekruttert ved direkte forespørsel da denne gruppen er praktisk mye vanskeligere å nå på andre måter. Jeg valgte da å forsøke å balansere utvalget basert på to kriterier; erfaring og kjønn. 6 menn og 4 kvinner i alderen 28 til 65 år representerer legeutvalget. Deres erfaring/utdanningsnivå strekker seg fra turnuslege til overleger med ulike spesialiteter med eller uten ph.d grad. Totalt er det altså 20 deltakere i denne studien, hvor antall deltakere begrunnes gjennom muligheten for å skape mangfold og varierende syn, og på den måten få fram flere faktorer i datamaterialet (van Exel & de Graaf, 2005).

3.3.4 Instruksjonsbetingelse og Q- sortering

I en Q- metodologisk studie blir deltakerne presentert for det endelige Q- utvalget, som så skal rangeres i et sorteringsskjema med et gitt mønster. Sorteringsskjemaet som utsagnene skal plasseres i inneholder en skalering fra for eksempel – 5 til +5, hvor tallene indikerer grad av psykologisk signifikans (kan forstås som følelsesmessig betydning) for deltakeren. Denne prosessen kalles for Q- sortering, og kan sees på som det sentrale ”møtet” mellom deltakerne og de stimuli som forskeren har laget. Sett i lys av teori om de ulike relasjonsdimensjonene (se kapittel 2.4), kan denne prosessen også sees som en virtuell *gjensidig avhengighet* eller en symbolsk samhandling mellom Q- sortereren og utvalget hvor deltakeren responderer på stimuli jeg som forsker har laget. Det er også i denne dynamiske dialogen mellom Q- sortereren og utvalget at grunnlaget for faktoranalysen, faktorløsningen og faktorfortolkningen blir lagt (Allgood & Kvalsund, 2010). Kvalsund (1998) beskriver dette møtet også som en potensiell kilde til å oppdage mer om seg selv:

(...) he does not yet know objectively about his own subjective knowledge in his immediate action. It is first, through understanding the Other (here the sample of statements), and thereby, viewing the other in relation to himself that the possibility for self- knowledge occurs in the form of systematic knowledge (s.219).

I denne studien ble deltakerne presentert for 36 utsagn som skulle plasseres i et sorteringsskjema med et kontinuum fra -5 til +5, hvor utsagn med høy psykologisk signifikans plasseres i ytterkantene, mens de med lav psykologisk signifikans rangeres i midten (for detaljer se sorteringsskjema, vedlegg 5). Deltakeren rangerer da utsagnene i henhold til instruksjonsbetingelsen og plasserer dem på ønsket plass i sorteringsskjemaet (van Exel & de Graaf, 2005).

Instruksjonsbetingelsen legger vekt på betingelse, en situasjon, og brukes for å styre eller fokusere oppmerksomheten under en Q- sortering (Thorsen & Allgood, 2010). I denne studien ble deltakerne bedt om å sortere under følgende betingelse:

Du skal sortere ut i fra din opplevelse av dine relasjoner til pasient, og hvordan du opplever dens betydning for pasientens sykdomsmestring. Det er viktig at jeg som forsker tilstreber at deltakerne forstår denne instruksjonsbetingelsen, slik at utsagnene leses og forstås i forhold til de samme betingelser som jeg ønsker (Thorsen & Allgood, 2010).

Deltakerne som sorterte under denne studien fikk en utførlig skriftlig forklaring samt en muntlig instruks om hvordan sorteringen skulle foregå (se vedlegg 4). Jeg la lagt særlig vekt på at utsagnene skulle forstås *subjektivt*, og at det ikke eksisterer rette eller gale svar. Fordi deltakerne i denne studien er spredt over flere avdelinger og arbeider i turnus, ble det praktisk vanskelig å gjennomføre en samlet sortering med meg tilstede. Jeg valgte derfor å la deltakerne sortere hjemme med valgfrihet til å svare på mail eller levere sorteringsskjemaet ferdig utfylt tilbake til meg. Jeg oppga også kontaktdetaljer slik at deltakerne kunne stille spørsmål underveis i prosessen dersom noe skulle være uklart. Jeg fikk flere henvendelser fra deltakerne underveis i prosessen. De lurte på om de gjorde noe galt dersom de sorterte to motstridende utsagn på samme tall i sorteringsskjemaet, eller hvordan de skulle forholde seg til utsagn som hadde to ulike setninger. To av deltakerne mente for eksempel at de kunne være enig med den første setningen, men ikke den andre. Jeg gav dem til svar at utsagnene var ment som en subjektiv stimulans, og at det ikke eksisterte noen rette eller gale svar. Jeg understreket også at det er fullt mulig å være selvmotsigende i sin subjektivitet. Jeg forsøkte igjen å forklare at en skulle forholde seg *subjektivt* til utsagnene, og at de var utformet slik for å gi en mer fyldig beskrivelse av hva som menes.

3.3.5 Faktoranalyse og korrelasjon

Datamaterialet i en Q- metodologisk studie er deltakernes ferdig utfylte sorteringsskjemaer. Disse tallene, som angir deltakernes plassering av de ulike utsagnene, plottet jeg inn i analyseprogrammet PQMethod (2012) hvor korrelasjon og Q- faktoranalyse benyttes (Thorsen & Allgood, 2010). Faktoranalysen brukes for å avdekke mønstre eller likheter mellom de ulike Q- sorteringene, og på den måten oppdage ulike faktorer eller syn i deltakernes subjektive oppfatninger av temaet studert (Watts & Stenner, 2012). Når antall faktorer er bestemt kalkuleres en faktorskår (også kalt z- skår, nærmere forklart i pkt. 3.4.1) for hvert utsagn i en faktor. Dette danner da en konstruert sortering som definerer gjennomsnittsmønsteret for de Q- sorteringene som definerer faktoren (van Exel & de Graaf, 2005). Det er når personer sorterer utvalget på samme måte (har samme skårverdier i sorteringsskjemaet) at de korrelerer⁶ høyt med hverandre, og derfor også med den faktoren de definerer i Q- faktoranalysen (Kvalsund & Allgood, 2010).

⁶ Korrelasjon kan også forstås som *samsvar* eller *samvariasjon* (Johannessen, Tufte, Christoffersen, 2010).

Faktoranalyse har mange forskjellige løsninger, og det er derfor opp til meg som forsker å velge den løsningen som tjener studiens hensikt og sikrer kvalitet (Watts & Stenner, 2012). Et viktig mål er å fremme ren struktur mellom de ulike faktorene, bedre forklart som lavest mulig korrelasjon mellom dem. Dette skaper da rene faktorer, og skiller derfor ulike meninger og syn fra hverandre (Kvalsund & Allgood, 2010).

20 personer, leger og sykepleiere (P- utvalget) sorterte Q- utvalget, og dannet grunnlaget for korrelasjonsmatrisen og uttrekking av faktorer i denne studien.

I faktoranalyseprogrammet PQMethod 2.32 ble det gjennomført en Principal Components analysemetode som trakk ut åtte uroterte faktorer (se tabell 2).

Tabell 2 Uroterte faktorer

Urotert faktor	1	2	3	4	5	6	7	8
Eigenverdi	9,7543	1,4861	1,3955	1,2394	1,0843	0,8971	0,7771	0,5890
% Forklart varians	49	7	7	6	5	4	4	3

Tabellen gir også informasjon om faktorenes *Eigenverdi* og *Forklart varians*. Dette kan sees på som kvalitetsmål for de enkelte faktorene, og er nyttig informasjon for meg som forsker. Generelt kan en si at den valgte faktorløsningen skal forklare så mye av den totale forklarte variansen som mulig, og at høy Eigenverdi (> 1) og totalt forklart varians *kan* være tegn på gode faktorløsninger. Det bør også være minst to personer som lader signifikant på de aktuelle faktorene (Brown 1980; Watts & Stenner, 2012). En må imidlertid anvende mer enn statistiske prinsipper i valg av en god faktorløsning. En faktor kan også defineres av kun en person og like fullt være riktig eller verdifull for studien. Dette er aktuelt når denne ene personen kan representere et divergerende eller utfyllende syn i forhold til de andre faktorene. Denne personen kan for eksempel ha en spesiell stilling eller posisjon (for eksempel en leder), og på den måten være viktig for å fortolke det aktuelle fenomenet studert (Brown, 1980). En må derfor ta ulike sosiale eller politiske forhold med i vurderingen av en egnet faktorløsning.

I min studie ble det så valgt en Varimax rotasjon og forsøkt med ulike faktorløsninger. Det viste seg da hensiktsmessig å velge en tre-faktorløsning da den inkluderte flere av deltakerne enn andre løsninger gjorde. Den totale forklarte varians (se nederste linje i tabell 2) blir da 63 (49+7+7). Dette betyr at 63% av all mulig mening innhentet i studien er fanget opp i denne faktorløsningen.

Tabell 3 Korrelasjon mellom faktorene

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Faktor 1	1.0000	0.4737	0.3601
Faktor 2	0.4737	1.0000	0.2932
Faktor 3	0.3601	0.2932	1.0000

Det foreligger en moderat til svak korrelasjon mellom de ulike faktorene (se tabell 3), noe som også indikerer at faktorene har flere likheter. Faktor 2 og 3 har lavest korrelasjon, og er derfor mest ulike. Dette viser kun den statistiske delen av analysen, og selv om faktorene har deler som kan oppfattes som like skal hver faktor fortolkes *gjennom helheten* og ikke minst gjennom den kvalitative analysen gjort av meg som forsker. Den vil i sin helhet bli presentert i kapittel 4.

3.3.6 Faktorfortolkning

Q- sorteringen utvikler et portrett eller et bilde. Dette portrettet blir til gjennom deltakernes opplevelse av selvreferanse og utkrystallisering av mening av utsagnene styrt av instruksjonsbetingelsen (Wolf, 2010). Faktorbildet representerer da modellen som utgjør det teoretiske gjennomsnittsmønsteret av de sorteringer som definerer faktoren. Hver faktor viser da til synspunkter operative i kommunikasjonen ved de medisinske sykehusavdelingene, og er således et uttrykk for operant subjektivitet. Q- metodologiens fortolkningsprosess kan i følge Brown (1980) forstås som en gestaltisk prosess hvor målet er å forstå subjektivitet som en hermeneutisk helhet. En kan også si at det er vekslingen mellom helhet og del som gjør Q-faktor analysen til en fenomenologisk- hermeneutisk orientert fortolkningsprosess (Kvalsund & Allgood, 2010). Ved å åpne for denne helhet- og delutvekslingen, kan en oppdage ulike meninger eller forståelser av hvordan de ulike faktorbildene er tegnet (Kvalsund & Allgood, 2010). Her blir prinsippet om en *abduktiv* (se pkt. 3.3.7) tilnærming til materialet viktig.

Det foreligger ingen bestemt mal for hvordan jeg som forsker skal gjennomføre den kvalitative analysen av en Q- metodologisk studie, men det er viktig å få tak i et *helhetlig* perspektiv (Watts & Stenner, 2012). Jeg brukte i hovedsak hver enkelt faktors gjennomsnittssortering som grunnlag for denne analysen. Utsagn som ligger i ytterkantene av sorteringsskjemaet (her henholdsvis +5, -5, +4,-4) fortalte meg hvilke utsagn deltakerne i den enkelte faktoren opplever som betydningsfulle (psykologisk signifikante) og gjenkjennende for deres egen beskrivelse. Dette er utsagn som angir forgrunnen i analysen, og er viktig informasjon for meg som forsker. Videre så jeg på utsagn som kan ligge som et landskap eller i bakgrunnen i den aktuelle faktor. Dette dreier seg da om utsagn som er av lavere psykologisk signifikans (+1/-1 og opp mot +3/-3), og til slutt utsagn i 0- området. Dette er utsagn som en ikke forstår som relevante, som ikke gir mening, eller som en opplever seg likegyldig til. Etter dette brukte jeg *særegne utsagn*, (også kalt distinguishing statements) det vil si utsagn som skiller faktorene fra hverandre, og *sammenfallende utsagn* (også kalt consensus statements) som forteller om likheter eller sammenfall mellom faktorene for å få et enda tydeligere bilde av materialet. Til slutt gjennomførte jeg en kort postsamtale med deltakere med høy faktorkorrelasjon, noe som også er anbefalt for å kvalitetssikre egne tolkninger (Thorsen & Allgood, 2010).

3.3.7 Abduksjon

To kjente typer for logikk innen forskning er induksjon og deduksjon. *Deduksjon* starter med en teori og en hypotese som deretter testes for å skaffe empiriske data som bekrefter eller forkaster hypotesen. *Induksjon* innebærer å åpne seg for det som er uten ferdige hypoteser eller fordommer ved å undersøke det aktuelle fenomenets gjennom observasjoner og datasamling. Målet da er å samle informasjon og skape mulighet for rike beskrivelser og mulige generaliseringer av det en studerer (Watts & Stenner, 2012). Innen Q- metodologi anvendes det derimot en annen logikk for å studere og analysere datamaterialet. Denne logikken kalles for *abduksjon* hvor dens fremste mål er å skape forståelse og ny innsikt. Abduksjon som metode ble formalisert av C.S. Peirce. Han beskrev dannelsen av hypoteser som metodens fremste mål (Ottens, Shank & Long, 1995). Her er det viktig å presisere at hypotesene ikke er ment å dannes på bakgrunn av teori, men som et resultat av observasjon. I en Q- metodologisk studie er denne abduktive rolle særegen for forskeren (Thorsen & Allgood, 2010). Dette innebærer blant annet evnen til å bevege seg fra overraskende eller frustrerende funn til formuleringer av plausible forklaringer eller dannelsen av hypoteser (Kvalsund, 1998). Nettopp denne søken etter forståelse eller nye oppdagelser kjennetegner

den abduktive logikk. Dette blir derfor for meg som forsker essensen i analysen av datamaterialet.

3.3.8 Refleksjon rundt forskerrollen

Å forske på et tema som ligger nært ens egen historie og yrkeserfaring innebærer alltid en fare for å farge bildet for mye med egne oppfatninger eller vurderinger. Det er derfor avgjørende at jeg som forsker bidrar med å synliggjøre min egen subjektivitet (Postholm, 2010).

Underveis i arbeidet har min egen opplevelse av egen subjektivitet også blitt mer synlig og fortrolig for meg. I starten ved valg av teori og problemstilling ble jeg tidlig redd for å velge et tema som ligger for nært min egen historie og yrkeserfaring. Samtidig ble jeg engasjert og motivert over å finne andres arbeid innen dette temaet som utfyllende og utfordrende betraktninger. Under arbeidet med utsagnene var jeg svært nøye og bevisst over mitt eget ståsted i prosessen, og jeg har derfor brukt mye tid på å lytte til andres tilbakemeldinger. Ved analysen av datamaterialet brukte jeg også mye tid på å reflektere da jeg var bekymret for å dømme, eller ikke å forstå deltakernes perspektiv ordentlig. Jeg har i prosessen vært bevisst på faren for å virke moraliserende eller normativ overfor deltakerne. Jeg har også vært varsom på å understreke at det ikke foreligger rette eller gale svar i en slik studie. Samtidig skal jeg jo beskrive deres ståsted ut i fra et forskerperspektiv, noe som innebærer å stille kritiske spørsmål og drøfte funn ut i fra teoretiske perspektiver. Dette har jeg syntes har vært utfordrende, samtidig som det har gjort meg ekstra skjerpet og konsentrert rundt mange av oppgavens deler og formuleringer. Forskningen skal jo kunne speiles tilbake til deltakerne med en opplevelse av gjenkjennelse, og postintervjuene hjalp meg til å stole på egne tolkninger.

3.4 Kvaliteten på studien

3.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet kan forstås som *pålitelighet*, og knytter seg til undersøkelsens data, det vil si hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og hvordan de bearbeides (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Innen Q-metodologi kan en snakke om reliabilitet i forhold til om faktorene, faktorladningene og faktorskårene vil bli de samme dersom samme Q- sortering ble gjennomført på nytt, altså ved replikasjon (Kvalsund, 1998). Flere studier har vist til at sjansen for å få samme resultat ved samme Q- sortering vil være estimert til 80 %. Altså kan en si at reliabilitetskoeffisienten (kan også forstås som samvariasjon mellom de ulike målingene) til en og samme person vil være 0.8 eller høyere (Stephenson, 1953; Brown, 1980).

Faktorskåren eller z- skåren for hvert utsagn som dannes under faktoranalysen, er grunnlaget for hver enkelt faktors gjennomsnittsmønster. Z- skår kan også betegnes som *standardskår*, og er uttrykk for hvor mange standardavvik⁷ en observasjon befinner seg fra gjennomsnittet (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Z- skår i Q- metodologi angis i en avrundet form, noe som kan sies å være for lite nøyaktig. Brown (1980) hevder dette i praktisk betydning har lite å si, men at faktorens opprinnelige verdi kan brukes dersom en mer detaljert og distinkt analyse behøves.

Standardfeil⁸ (se nederste linje tabell 4, neste side) er også nært knyttet til reliabilitet. Jo høyere reliabilitetskoeffisienten er for en faktor, dess lavere er faktorskårens standardfeil. Faktorenes standardfeil er derfor nært knyttet til reliabiliteten ved at den forteller om faktorskårenes kvalitet, og om de derfor kan brukes til en god og nøyaktig tolkning (Kvalsund, 1998).

⁷ Standardavvik er et spredningsmål som viser hvordan observasjonene avviker fra gjennomsnittet i *ett enkelt utvalg*. (Stort standardavvik indikerer stort avvik fra gjennomsnittet, lavt standardavvik lite avvik fra gjennomsnittet.) (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

⁸ Standardfeil regnes som estimatet for spredningen fra utvalgsgjennomsnittet, og angir statistisk usikkerhet når en ønsker å generalisere utvalgsresultatet til populasjonen (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Under faktoranalysen til denne studien ble to sorteringer (se tabell 4) (Magne og Merethe) av PQMethod 2.32 angitt som *miksede sorteringer*, altså sorteringer hvor personen lader høyt på flere faktorer. Dette er sorteringer som faktoranalyseprogrammet utelater automatisk for å unngå at korrelasjonen mellom faktorene øker (Kvalsund & Allgood, 2010). Deres faktorkorrelasjon ble imidlertid etter manuell utregning⁹ (Brown, 1980) funnet signifikant og jeg valgte derfor å inkludere disse to sorteringene i henholdsvis faktor 1 (Merethe) og faktor 2 (Magne). Dette har ingen stor betydning for reliabiliteten, men generelt kan en si at dersom en tar med miksede sorteringer som definerende, så vil korrelasjonen øke og det rene strukturprinsippet (ortogonalitet) vil delvis mistes (Kvalsund, Allgood, 2010). Tabell 4 er da *ikke fullstendig korrekt*, da det nå er flere deltakere i faktor 1 (13) og faktor 2 (4) enn før dette valget ble tatt. Korrelasjonen er da i praksis også noe høyere enn hva denne tabellen viser, men i samråd med veileder vurdert til å ha liten betydning for den totale vurderingen av studiens reliabilitet.

Tabell 4 Reliabilitet

	Faktor		
	1	2	3
Antall definerende variabler (Q sorts)	12	3	3
Gjennomsnittlig reabilitetskoeffisient	0.800	0.800	0.800
Kompositt- reliabilitet	0.980	0.923	0.923
Faktorskårenes standardfeil	0.143	0.277	0.277

⁹ For å finne en Q- sorterings signifikansnivå brukes formelen $2,58 \times (1/\sqrt{36})$ (Brown, 1980, s.284). Tallet 2, 58 står for standardavviket ved et signifikansnivå på $p < 0.01$ (Johannessen, Tufte, Christoffersen, 2010). Tallet 36 er antall utsagn brukt i Q- utvalget.

3.4.2 Validitet

Validitet dreier seg om metoden undersøker det dens intensjoner er å undersøke (Postholm, 2010). Å diskutere validitet i en Q- metodologisk studie er imidlertid vanskelig da det ikke eksisterer noen mulighet til å ”kontrollere” eller vurdere deltakernes subjektive oppfatninger (Brown, 1980). Intensjonen i Q- metoden er å undersøke subjektiviteten til de deltakerne som sorterer Q- utvalget (ved hjelp av utsagn som grunnlaget for å bestemme hva en er enig og uenig, samt stiller seg nøytral overfor). Jeg som forsker kan derfor tilstrebe en høyere grad av validitet gjennom utvikling av balanserte og gode Q- utvalg som ivaretar ulike subjektive synspunkter og meninger. Gjennom bruk av metoden *Fishers balanced block design* (se også pkt. 3.3.2) har jeg i større grad sikret en form for balansert rettferdighet overfor det aktuelle fenomenet jeg vil studere subjektiviteten gjennom. Det er også sentralt at deltakerne forstår utsagnene og instruksjonsbetingelsen (Kvalsund, 1998). Innen kvalitativ forskning snakker en også om transparens. Dette innebærer å sørge for at leseren kan følge med gjennom hele forskningsprosessen, gjennom å synliggjøre de valg og spilleregler jeg som forsker har brukt igjennom forskningsprosessen (Postholm, 2010). Det er også avgjørende at jeg er åpen og kritisk til min egen subjektivitet. Dette har jeg blant annet gjort ved å presentere egne yrkeserfaringer og interesseområder, samt å se valg av tema og forskningsspørsmål i lys av dette. På denne måten kan leseren få innblikk i bakgrunnen for valgene, og slik gjøre min subjektivitet mer tydelig og synlig (Postholm, 2010).

Gjennom metodekapittelet har jeg gjort rede for alle stegene i forskningsprosessen, samt de valg jeg har tatt underveis. Utarbeiding av Q- utvalget syntes jeg var vanskelig, og jeg brukte mye tid på å reflektere rundt mine egne subjektive oppfatninger rundt temaet. Jeg sorterte selv utsagnene flere ganger, samt at jeg fikk en medstudent til å uttrykke sine meninger. Jeg fikk da mange gode tilbakemeldinger på blant annet formuleringer og mangel på negative utsagn. Jeg gjennomførte også en pilotsortering med to representanter fra studiens kommunikasjonsunivers.

Under en Q-sortering er det alltid en fordel at forskeren kan være tilstede sammen med deltakerne for å sikre at instruksjonsbetingelsen blir fulgt, og at eventuelle spørsmål og misforståelser blir oppklart. Dette ble imidlertid vanskelig å gjennomføre praktisk med sykehuspersonale som jobber turnus, og som er spredt over flere avdelinger. Jeg valgte derfor å la deltakerne sortere hjemme, men oppsøkte hver enkelt deltaker personlig i forkant av

sorteringen for å gi dem en forklaring, samt understreke betydningen av å lese instruksjonsbetingelsen og informasjonsbrevet nøye. Henvendelser jeg fikk fra deltakerne er beskrevet i pkt. 3.3.4. Q-metodologi er en ukjent forskningsmetode for deltakerne i denne studien, og kan også være en faktor som bidrar til forvirring og usikkerhet under sortering. Det faktum at jeg med min yrkesbakgrunn og egne erfaringer også er en del av kommunikasjonsuniverset, er noe jeg også hele tiden har forsøkt å være oppmerksom på, og stille meg kritisk til. Jeg har bevisst søkt til refleksjon sammen med veiledere eller andre når jeg har følt meg usikker, for slik å kunne ta inn andre synspunkter og vurdere mine egne oppfatninger. Samlet sett opplever jeg at jeg har ivaretatt krav til validitet i denne studien.

3.5 Etiske betraktninger

Forskning skal bidra til innsikt og fornyet forståelse (Forskningsetiske komiteer, 2006). En må imidlertid ved forskning på mennesker og deres subjektive opplevelser, stille krav til at forskeren utviser en høy grad av følsomhet overfor mennesker og det sosiale samspillet (Moen & Karlsdottir, 2011). Temaet som studeres kan oppleves som sensitivt eller som en vurdering av dem som fagperson. Det kan også oppleves følelsesmessig anstrengende å gjennomføre en sortering. Jeg har forsøkt å ta hensyn til dette gjennom å opplyse om studiens kvalitative design, og at det ikke eksisterer noen rette eller gale svar i denne sammenheng. Det er også et krav til all forskning at deltakerne har samtykket fritt og informert om deltakelse, samt at en har rett til å trekke seg fra studien uten å måtte oppgi noen grunn (Forskningsetiske komiteer, 2006).

Studien er meldt til og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD, og tilfredsstillende derfor kravene i personopplysningsloven (se vedlegg 1). Deltakerne har fått god informasjon om studien og retten til å trekke seg underveis. Alle har også underskrevet erklæring om samtykke (vedlegg 2). Konfidensialitet er ivaretatt ved fiktive navn på deltakerne. Det oppgis heller ikke navn på hvilket sykehus de er ansatt.

4.0 Presentasjon av funn og faktorfortolkning

4.1 Innledning

Resultatene i en Q- metodologisk undersøkelse er basert på faktoranalysen av deltakernes sorteringer, hvor hver faktor er en gjennomsnittlig sortering dannet av de som deler et perspektiv. Alle navn i denne tabellen er fiktive.

Tabell 5 Personfordeling mellom faktorene

Q- sortering	Ladning faktor 1	Ladning faktor 2	Ladning faktor 3
Marianne	0.8441X	-0.0027	0.1396
Beate	0.8014X	0.1204	0.0948
Rune	0.7768X	0.0613	0.2511
Åse	0.7720X	0.1007	0.1557
Synne	0.7339X	0.2946	0.2367
Jens	0.7184X	0.3436	-0.0064
Marita	0.7038X	0.1908	0.4523
Emma	0.6791X	0.3018	0.2464
Per	0.6624X	0.2676	0.4257
Nils	0.6268X	0.2447	0.3704
Anne	0.5970X	0.2603	0.1567
Merethe	0.5656X	0.4090	0.4024
Brita	0.4499X	0.1467	0.3838
Inge	-0.1020	0.8337X	0.1314
Marit	0.4818	0.7678X	-0.0028
Lise	0.5091	0.6149X	0.2285
Magne	0.5103	0.5111X	0.1300
Vidar	-0.0771	0.1894	0.8750X
Kari	0.2357	-0.0354	0.5925X
Stig	0.4294	0.1296	0.5770X
Forklart varians (%)	36	14	13 = 63

Av tabell 5 ser en at det er tretten personer som definerer **faktor 1**, fire personer som definerer **faktor 2** og tre personer som definerer **faktor 3**. Tabellen viser også den enkelte deltakers korrelasjon med gjennomsnittsmønsteret for hver faktor. Deltakere som har høyest korrelasjon med en faktor har sortert mest likt den gjennomsnittlige sorteringen. Denne korrelasjonen kalles *faktorladning*, og personer som er markert med en *X* indikerer en *signifikant korrelasjon*.

4.2 Faktorpresentasjon

Faktorene vil i det følgende bli presentert hver for seg slik som de er forstått fra mitt forskerperspektiv. En faktor kan sees på som en presentasjon av et bestemt syn eller oppfatning av det undersøkte fenomenet. Utsagn som skiller faktorene fra hverandre, *særegne utsagn*, er **uthevet** i presentasjonen. Postsamtaler gjennomført med deltakere med høy faktorladning beskrives og brukes for å bekrefte tolkninger. Det følger en oppsummering av hver faktor, og til slutt vil *sammenfallende utsagn* mellom faktorene presenteres.

4.3 Faktor 1: Fokus på gjensidighet og håp

Det er 13 personer (se tabell 3), nærmere bestemt syv sykepleiere og seks leger, som definerer denne faktoren. Marianne (0,8441) er den personen som lader høyest (tallet i parentes indikerer grad av korrelasjon med faktoren). Gjennomsnittlig sortering for faktor 1 er gjengitt i vedlegg nummer 6.

33. Det skal lite til for å gi den andre en opplevelse av gjensidighet. Å sette seg ned, vise tid og forsøke å skape en god kontakt er noe jeg forsøker i møte med pasienten.	+5
--	-----------

Gjennom plassering av utsagn 33 (+5) kan denne faktoren forstås som en positiv innstilling til å tilstrebe et gjensidig møte mellom behandler og pasient, og hvor behandler prioriterer å skape god kontakt, sette seg ned og vise tid.

6. Jeg tror at å oppnå god kvalitet i relasjonen handler mye om mot til å gå inn i situasjonene og å være tilstede i dem. Formidle håp, men samtidig se at det ikke alltid nytter, jeg skal likevel være der og støtte.	+4
21. Jeg forventer at pasientene trenger tid til å bearbeide informasjon og blir møtt med respekt for den situasjonen de befinner seg i. Det tror jeg gjør det lettere for dem å mestre det som skjer.	+4
30. Jeg ønsker å være en som kan formidle håp. Det er ikke alltid like lett, noen ganger virker jo alt håpløst. Det betyr likevel ikke at jeg gir opp.	+3

De uttrykker et sterkt ønske om å være en person som kan formidle håp, og at det kreves mot for å kunne gå inn i de ulike situasjonene og være tilstede i dem. De har samtidig en realistisk innstilling til arbeidet deres, og setter lojalitet til pasienten høyt (utsagn 6 +4, utsagn 30, +3). De anerkjenner også verdien av å gi pasienten tid og vise respekt (utsagn 21, +4).

22. Forholdet til nære personer er avgjørende for god sykdomsmestring. Ved fravær av dette, kan jeg som lege eller sykepleier bidra med å formidle håp og forståelse.	+2
34. Jeg opplever at det finnes en nær sammenheng mellom hvordan jeg som helsepersonell oppfører meg og hvordan pasientene mestrer sin sykdom.	+1

Deltakerne tilhørende faktoren har en liten tro på at relasjonen til behandler er bidragsytende til hvordan pasientene mestrer sin sykdom (utsagn 22, +2 og utsagn 34, +1). De har en svak anerkjennelse av nære relasjoner er avgjørende for god sykdomsmestring, eller at en kan som behandler bidra med håp og forståelse hvor disse relasjonene ikke eksisterer.

4. Jeg finner det svært vanskelig å jobbe med pasienter som tar mye personlig ansvar i deres sykdom. Det beste er om vi som helsepersonell får styre opplegget.	-5
16. Håpet må pasientene finne i seg selv. Jeg tror det har lite å si hvordan jeg oppfører meg når det gjelder dette.	-4
8. Jeg opplever ofte at pasientene ønsker at jeg skal forstå og hjelpe til med alt. Jeg forventer da av meg selv å påta meg et totalansvar.	-4

Ser vi på utsagn som er vektet mest negativt, viser deltakerne en holdning til selvstendige og ansvarlige pasienter som uproblematisk (utsagn 4, -5). Det kan tolkes som en bekreftelse av deres relasjonelle fokus, og at deres vilje til gjensidighet uttrykkes gjennom ansvar og frihet. Deltakerne har heller ingen opplevelse av å ha et totalansvar for pasienten, eller at det er forventet at de skal forstå og hjelpe til med alt (utsagn 8, -4). Verdsetting av relasjoner kan også tolkes gjennom plassering av utsagn 16 (-4) hvor en kan få følelsen av at deltakerne opplever håpet som noe *relasjonelt*, og at det oppleves som betydningsfullt *hvordan* en opptrer sammen med pasienter som trenger å få sitt håp styrket.

13. Jeg forsøker å formidle håp, men dersom noen ikke virker til å være interessert i dette, gir jeg litt opp og trekker meg unna.	-3
31. Det er lite jeg som lege eller sykepleier kan påvirke i pasientens liv. Det er i deres eget private liv de må ha gode relasjoner.	-3

Deltakerne gir utsagn 13 og utsagn 31 en over middels (-3) plassering på den negative siden av sorteringsskjemaet. Dette kan vitne om en sterk tro på den jobben en gjør, samtidig som en er klar over at en må sette grenser og beskytte seg selv. Jeg mener at dette igjen også bekrefter deltakernes opplevelse av *deres egen betydning* i relasjonen, og at formidling av håp står sentralt for dem. Postintervju med Marianne bekrefter en sterk tro på å forsøke å skape en god relasjon til pasienten, og at dette oppleves som viktig for det videre arbeidet. Hun bekrefter også troen på at håpet kan formidles gjennom andre menneskers væremåte, og at en kan trygges og få håpet bekreftet i relasjon. Videre beskriver hun hvordan en kan oppleve mange situasjoner som vanskelige og preget av lite håp, men at det like fullt ikke oppleves som riktig å gi opp: ”En kan gå ut og tenke at dette nytter ikke, men en prøver igjen”.

10. Jeg tror det noen ganger er godt for pasientene at jeg som lege eller sykepleier også avslører litt av mine egne problemer. At jeg innimellom viser meg fra min personlige side er med på å senke forventninger og gjøre det lettere å mestre situasjonen.	-3
---	-----------

Deltakerne har liten tro på at behandler kan ved å avsløre noe av sitt eget, og på den måten vise seg fra sin personlige side, gjøre det lettere for pasientene å mestre situasjonen (utsagn 10, -3). Marianne forteller at det å samtale med pasienten om hennes egne problemer, oppleves for det meste som feil, men kunne vært aktuelt i møte med en pasient som var jevnaldrende, som en hadde god kjemi med, og som var i en situasjon nærliggende ens egen erfaring. Hennes hovedargument for dette er at det oppleves som en overskridelse av hennes egne grenser, og at hun er redd for eventuelle misforståelser eller reaksjoner.

24. Gjensidige behandlingsrelasjoner tror jeg er lett å få til, og vil styrke pasientens evne til mestring.	0
--	----------

Ser en på utsagn som er plassert i 0- området finner vi blant annet utsagn 24 (0). Dette har jeg lyst å trekke fram da gjensidighet virker til å være viktig for deltakerne, men er kanskje bedre forstått, og vekker større engasjement gjennom andre utsagn enn dette. Marianne beskriver hennes oppfatning av gjensidighet først og fremst som *en tilnærming* til pasient preget av *respekt og varhet*. Hun beskriver også opplevelsen av gapet mellom en teoretisk forestilling

av begrepet *empowerment* (se kapittel 2.0, pkt. 2.5), og hvordan hun opplever dette praktisk mulig. Behandlingsrelasjoner i hennes arbeid oppleves i stor grad som preget av asymmetri og avhengighet da pasientgruppen hennes består av sårbare og svært svekkede pasienter, noe hun tror ikke ville være like tydelig i møte med yngre og friskere pasienter.

4.3.1 Oppsummering av faktor 1:

Faktor 1 kan oppsummeres som en sterk vilje og ønske om å formidle håp og tilstrebe en opplevelse av gjensidighet. De utviser også realisme og lojalitet i sitt arbeid. Deltakerne formidler ansvar og frihet, og er standhaftige og utholdende i sitt arbeid. Deres forståelse av å være lege eller sykepleier er noe *mer* enn kun å inneha en profesjonell rolle, og deltakerne kjennetegnes ved et sterkt relasjonelt fokus. De har en svak tro på at relasjoner har betydning for pasientens mestring, men opplever egen betydning og vilje til å formidle håp i behandlingsrelasjonen som viktig. Dette kan ha sammenheng med opplevelsen av svake og sårbare pasienter som har liten evne til å bidra i relasjonen. Avsløring av egne problemer er lite anerkjent som en måte å styrke gjensidigheten eller pasientens evne til sykdomsmestring på. Se vedlegg 9 for alle særegne utsagn i denne faktoren.

4.4 Faktor 2: Profesjonell og uavhengig

Det er 4 personer, her to sykepleiere og to leger, som definerer denne faktoren. Her lader Inge (0.8337) høyest. Gjennomsnittlig sortering for faktor 2 er gjengitt i vedlegg nummer 7.

12. Det viktigste i mitt arbeid er å være profesjonell og ha gode fagkunnskaper. Jeg skal gjøre meg forstått og legge til rette for god behandling. Bortsett fra det er resten opp til pasienten.	+5
20. Jeg tror det er viktig at jeg overfor pasienten uttrykker at jeg er kjent med deres sykdomstilstand og at jeg gir informasjon på en konkret og saklig måte.	+4
32. Jeg synes det er viktig at jeg overfor pasienten forsøker å formidle en positiv og håpefull innstilling til livet generelt.	+4

Utsagn 12 (+5) sin plassering i denne faktoren viser en sterk vektlegging av å være profesjonell og ha gode fagkunnskaper. Pasienten blir også i stor grad ansvarliggjort i sin sykdomssituasjon. Postintervju med Inge bekrefter hans oppfatning av at individet har en høy grad av ansvar: ”Vi må ville selv, vi kan ikke putte det ansvaret inn i andres hender, og i alle fall ikke til personer som ikke er din nærmeste eller din familie”. Inge beskriver hans forståelse av profesjonalitet som kunnskap, at en kan sitt fag, og at en ikke bringer for mye

emosjoner inn i arbeidet. Han ser nødvendigvis ikke emosjoner som noe uprofesjonelt, men mener det kan være det dersom det blir for framtreddende.

Deltakerne mener også at det er viktig å vise kunnskap om pasientens tilstand, og at informasjon vedrørende dette må formidles på en konkret og saklig måte (utsagn 20, +4). Å formidle positivitet og håp er også angitt som et viktig element i behandlingsrelasjonen (utsagn 32, +4). Det kan virke som den relasjonelle vektleggingen er mindre gjeldende i denne faktoren, men ser en på plasseringen av utsagn 23 (+3) dukker det opp et bilde som kan si noe om hvordan disse deltakerne ser på sin rolle i behandlingsrelasjonen.

23. Noen ganger setter jeg av tid til å bare prate med pasienten om hverdagslige ting. Da er vi bare to helt vanlige mennesker.	+3
--	-----------

Disse deltakerne utviser nemlig en over middels positiv interesse for å prate med pasientene om hverdagslige ting. Dette er også med på å skille faktoren fra de to andre. Inge forteller at dette er noe han gjør bevisst for å berolige pasientene for å få dem på andre tanker, men også for å vise seg selv fra en menneskelig side. Samtidig synes jeg dette viser en vilje til avhengighet, til å styrke relasjonen, og dermed skape en mer reell sjanse for at gjensidighet kan oppstå.

24. Gjensidige behandlingsrelasjoner tror jeg er lett å få til, og vil styrke pasientens evne til mestring.	+2
--	-----------

Faktorens deltakere utviser derimot en svak tro på at gjensidighet i behandlingsrelasjonen er noe som er lett å få til (utsagn 24 +2), eller at denne gjensidigheten vil være med på å gjøre det lettere for pasienten å oppnå mestring. Dette kan virke noe paradoksalt da faktoren i stor grad preges av verdsetting av uavhengighet, men kan tolkes som at gjensidighet for disse deltakerne best forstås i form av *gjensidig uavhengighet*. Jeg ønsker å bemerke her at en *total* opplevelse av gjensidig uavhengighet framstår som lite realistisk da en behandlingsrelasjon alltid vil være influert av avhengighetsdimensjonen. Jeg bruker denne tolkningen for å beskrive hva jeg oppfatter som et ideal for faktorens deltakere. Inge beskriver sin forståelse av gjensidighet som *balanse* i relasjonen, at ”en må gi og ta”, men at dette selvsagt står i sammenheng med pasientens funksjonsnivå og sykdomsbilde generelt. Han opplever at gjensidighet i behandlingsrelasjoner oppstår, men legger imidlertid mer merke til når det ikke skjer. Han beskriver hyppige opplevelser av ubalanse og mangel på gjensidighet på grunn av

ulike ønsker, eller varierende vilje til å ta ansvar. Dette samsvarer også godt med faktorens plassering av utsagn 25(-3).

8. <i>Jeg opplever ofte at pasientene ønsker at jeg skal forstå og hjelpe til med alt. Jeg forventer da av meg selv å påta meg et totalansvar.</i>	-5
17. <i>Jeg kan bare håpe at det jeg bidrar med hos pasienten fører til noe positivt i dens liv! Jeg føler mange ganger en usikkerhet når de utskrives.</i>	-4
4. <i>Jeg finner det svært vanskelig å jobbe med pasienter som tar mye personlig ansvar i deres sykdom. Det beste er om vi som helsepersonell får styre opplegget.</i>	-4
25. <i>Jeg opplever sjelden at pasientene ikke bidrar aktivt i behandlingen, eller at de ikke viser forståelse for at jeg som lege eller sykepleier har mye å gjøre.</i>	-3

Deltakerne opplever ikke ansvaret overfor pasienten som overveldende (utsagn 8, -5), og de opplever heller ikke et stort ansvar eller høy grad av bekymring ved pasientens utskrivelse (utsagn 17, -4). Dette forsterker igjen at disse deltakerne gir pasientene en høy grad av eget ansvar og verdsetter på den måten uavhengighetsdimensjonens kvaliteter både som behandler og pasient.

34. <i>Jeg opplever at det finnes en nær sammenheng mellom hvordan jeg som helsepersonell oppfører meg og hvordan pasientene mestrer sin sykdom.</i>	-2
28. <i>Vi er alle avhengige av gode relasjoner i våre liv. Jeg tror gode relasjoner også er avgjørende for å mestre sykdom.</i>	-1

Troen på at relasjon og sykdomsmestring henger sammen (utsagn 34, -2) vektet svakt, og oppfattes som mindre avgjørende enn hva deltakerne i faktor 1 (samme utsagn, +1) gjør. At uavhengigheten er en sentral verdi kan også gjenspeiles ved en svak psykologisk signifikans rundt egen avhengighet til gode relasjoner gjennom plassering av utsagn 28 (-1). Inge bekrefter dette gjennom en sterk opplevelse av individuelt ansvar og uavhengighet både som privatperson og profesjonell.

4.4.1 Oppsummering av faktor 2:

Faktor 2 kan oppsummeres ved vektlegging av gode fagkunnskaper og profesjonalitet. Behandlere opplever ansvar for tilrettelegging av behandling og god kommunikasjon, samt en formidling av håp og positivitet. Uavhengighet står sterkt, og det verdsettes selvstendighet og personlig ansvar, også ved at pasienten tillegges et stort ansvar for egen sykdomshåndtering. Faktoren skiller seg særlig fra de to andre ved en positiv innstilling til å samtale med pasienten om hverdagslige ting, noe som også kan tolkes som en vilje til avhengighet. Det

foreligger liten tro på sammenhengen mellom relasjoner og sykdomsmestring. Deltakernes opplevelse av egen personlig uavhengighet og selvstendig ansvar er framtrødende, og er med på å skille den fra de to andre faktorene.

Se vedlegg 10 for alle særege utsagn i denne faktoren.

4.5 Faktor 3: Fagkunnskap og formidling

Denne faktoren defineres av tre personer, her en sykepleier og to leger, hvor Vidar (0.8750) lader høyst. Gjennomsnittlig sortering for faktor 3 er gjengitt i vedlegg nummer 8.

<i>20. Jeg tror det er viktig at jeg overfor pasienten uttrykker at jeg er kjent med deres sykdomstilstand og at jeg gir informasjon på en konkret og saklig måte.</i>	+5
<i>21. Jeg forventer at pasientene trenger tid til å bearbeide informasjon og blir møtt med respekt for den situasjonen de befinner seg i. Det tror jeg gjør det lettere for dem å mestre det som skjer.</i>	+4
<i>28. Vi er alle avhengige av gode relasjoner i våre liv. Jeg tror gode relasjoner også er avgjørende for å mestre sykdom.</i>	+4

Faktor 3 kan forklares gjennom en høy vektlegging av gode fagkunnskaper samt at en har evnen til å formidle kunnskap og informasjon på en konkret og saklig måte (utsagn 20, +5). Det er forventet at pasientene trenger tid til å bearbeide informasjon, og at en som helsepersonell kan bidra til mestring gjennom å vise respekt (utsagn 21, +4). I postintervjuet med Vidar beskriver han sin forståelse av respektens betydning som noe medvirkende til å skape en god relasjon. Han tror det også kan bidra til en bedret kommunikasjon og helhetlig resultat. Han bruker begrepet bedre ”*compliance*” (oppfølging, tøyelighet, kan også forstås som etterlevelse av råd) for å forklare hvordan han tror dette har effekt.

Egen avhengighet til gode relasjoner er verdsatt, samt påstanden om at gode relasjoner er betraktet som avgjørende for å kunne mestre sykdom (utsagn 28, +4). Denne sterke troen på relasjoners kraft og betydning er med å skille denne faktoren fra de to andre.

<i>12. Det viktigste i mitt arbeid er å være profesjonell og ha gode fagkunnskaper. Jeg skal gjøre meg forstått og legge til rette for god behandling. Bortsett fra det er resten opp til pasienten.</i>	+3
<i>17. Jeg kan bare håpe at det jeg bidrar med hos pasienten fører til noe positivt i dens liv! Jeg føler mange ganger en usikkerhet når de utskrives.</i>	+2
<i>15. Jeg tror det er svært vanskelig for pasienten å forstå legens eller sykepleierens perspektiv.</i>	+2

Pasienten er i likhet med faktor 2 i stor grad ansvarliggjort for egen mestring (utsagn 12, +3), og de har en svak opplevelse av å kunne bidra eller ha betydning overfor pasienten gjennom utsagn 17 (+2). Faktoren skiller seg fra de to andre ved at utsagn 15 (+2) er plassert på den positive siden av sorteringsskjemaet. Jeg har lyst til å bemerke dette da en vurdering av pasientens mulighet til å forstå behandlers perspektiv igjen kan være uttrykk for en *manglende tro på* eller en opplevelse av *manglende mulighet* til, - å oppnå gjensidighet. Vidar beskriver at arbeidet hans i stor grad er preget av det faglige, og at han sjelden opplever å få spørsmål utenom dette. Han erkjenner også at dette er noe han er komfortabel med. Han forklarer at dette skyldes mye opplevelsen av tidsnød, samt at det på grunn av arbeidets karakter og preg av alvor ofte kan være vanskelig å finne den rette balansen mellom å være profesjonell og personlig.

23. Noen ganger setter jeg av tid til å bare prate med pasienten om hverdagslige ting. Da er vi bare to helt vanlige mennesker.	-5
34. Jeg opplever at det finnes en nær sammenheng mellom hvordan jeg som helsepersonell oppfører meg og hvordan pasientene mestrer sin sykdom.	-4
8. Jeg opplever ofte at pasientene ønsker at jeg skal forstå og hjelpe til med alt. Jeg forventer da av meg selv å påta meg et totalansvar.	-4

Utsagnet med lavest psykologisk signifikans (utsagn 23, -5) vitner om en opplevelse av det ikke er riktig eller hensiktsmessig å sette av tid til å prate med pasienten om hverdagslige ting. Deltakerne har heller ingen tro på at det finnes en nær sammenheng mellom helsepersonells atferd og pasientens mestring (utsagn 34, -4). Dette er noe som kan virke paradoksalt da faktoren preges av en sterk tro på relasjoners betydning ved sykdom (utsagn 28, +4). Vidar forklarer at dette delvis skyldes utsagnets utforming, og at han tror at mange pasienter vil kunne mestre sin sykdomssituasjon helt uavhengig av helsepersonells oppførsel. Han erkjenner at han selv ser paradokset ved å mene at relasjoner har betydning for sykdomsmestring, men samtidig ikke prioritere selve *relasjonen* til pasienten i arbeidet sitt. Igjen påpeker han arbeidets karakter, og at det kan være svært vanskelig å finne den rette balansen i arbeidet. Han tror også dette kan skyldes opplevelsen av sterk tidspress, samt rammer for arbeidet i form av manglende samtalerom/ egnet sted for gode samtaler.

24. Gjensidige behandlingsrelasjoner tror jeg er lett å få til, og vil styrke pasientens evne til mestring.	-3
18. Håpet for meg er at jeg og pasienten sammen finner troen på at det er mulig å mestre sykdom.	-3
31. <i>Det er lite jeg som lege eller sykepleier kan påvirke i pasientens liv. Det er i deres eget private liv de må ha gode relasjoner.</i>	-3
5. <i>Pasienter som har gitt opp seg selv kan ikke jeg eller noen andre hjelpe. En må elske seg selv skal en finne gode måter å mestre sykdom på.</i>	-2

Utsagn 24 (-3) forteller også at deltakerne har en beskjeden tro på at gjensidighet i behandlingsrelasjoner er mulig, samt at de kun i liten grad mener at det er dette som er målet for behandlingsrelasjonen (utsagn 18, -3). Det kan virke som om deltakerne til tross for sin manglende tro på gjensidighet, i alle fall har en tro på sitt arbeid. Hvis en ser på plassering av utsagn 31 (-3) og utsagn 5 (-2), bekrefter det igjen deltakernes tro på relasjoner, og sier også noe om en grunnleggende tro på egen betydning og mulighet til å påvirke den andre i sitt arbeid. Dette sammenfaller forøvrig med noen av Vidars tidligere uttalelser.

4.5.1 Oppsummering av faktor 3:

Faktor 3 kan oppsummeres gjennom en vektlegging av verdien av egen kunnskap, samt av formidling av informasjon. Faktoren skiller seg også fra de to andre ved en sterk tro på relasjoners betydning, da også i en sykdomssammenheng. Det er midlertid et noe paradoksalt syn på relasjoners betydning, da deltakerne preges av en manglende tro på at gjensidighet i behandlingsrelasjonen kan muliggjøres. Dette kan forstås gjennom en opplevelse av sterkt tidspress, samt at det kan være vanskelig å finne den rette balansen mellom å være profesjonell og personlig. Ytre rammer setter også begrensninger for dette. Deltakerne har imidlertid en tro på deres egen betydning og mulighet til å påvirke den andre i sitt arbeid. Se vedlegg 11 for alle særegne utsagn i denne faktoren.

4.6 Sammenfallende utsagn mellom faktorene

Tabell 4 *Sammenfallende utsagn*

5*	5. <i>Pasienter som har gitt opp seg selv kan ikke jeg eller noen andre hjelpe. En må elske seg selv skal en finne gode måter å mestre sykdom på.</i>	-2	-3	-2
7*	7. <i>Jeg tror håpet er individuelt og tilhører en selv.</i>	-1	0	1
8*	8. <i>Jeg opplever ofte at pasientene ønsker at jeg skal forstå og hjelpe til med alt. Jeg forventer da av meg selv å påta meg et totalansvar.</i>	-4	-5	-4
11*	11. <i>Jeg har ikke problemer med å forstå pasienter som gjentar destruktiv atferd og tar dårlige valg for helsen. Jeg tror ikke uavhengighet og ansvar for egen helse er noe som alle kan oppnå.</i>	-2	-1	0
19*	19. <i>Dersom jeg som lege eller sykepleier ikke lengre klarer å formidle håp, er det på tide å ta en pause fra yrket. Da trenger jeg noen som kan bygge meg opp.</i>	-1	-1	-1
27*	27. <i>Jeg opplever at pasienter i dag har mer kunnskap og søker mer informasjon om sykdommer blant annet på internett. Denne nye kunnskapen gjør pasienter mer selvstendige og gir derfor et godt grunnlag for fornuftige samtaler mellom meg og pasienten når det gjelder sykdomsmestring.</i>	1	1	0
29*	29. <i>Min erfaring er at pasienter flest er selvstendige, takler sine problemer og mestrer sykdommen sin på en god måte.</i>	-1	0	-1

Utsagn som har signifikant likhet i rangering. * markerer de utsagn som har signifikansnivå tilsvarende >0.05 .

Det foreligger bare syv utsagn (se tabell 6) som er plassert sammenfallende i sorteringsskjemaet hos de tre faktorene. Dette kan forklares gjennom den lave til moderate korrelasjonen mellom faktorene tidligere vist til i tabell 3, s.21. Utsagn 19 (-1) er det eneste utsagnet som er plassert *helt likt i alle tre faktorene*, og uttrykker en felles manglende opplevelse av gjenkjenning. Grunnet dets plassering i sorteringsskjemaet er dette imidlertid mer som bakgrunnsinformasjon, men kan vitne om en delt opplevelse av egen uavhengighet og styrke. Utsagn 8 (-4, -5, -4) er nærmest identisk plassert og belyser en felles sterk opplevelse av at pasientene ikke vurderes som for krevende eller svært avhengige. Deres felles tro på egen betydning og tro på arbeidet kommer til uttrykk gjennom utsagn 5 (-2, -3, -2). Det foreligger også en tilnærmet lik opplevelse av håpet som noe individuelt og tilhørende en selv (utsagn 7, -1, 0, 1). Deres felles angivelse av lav psykologisk signifikans kan si noe om at håpet bedre forstås først og fremst som noe relasjonelt, men at også personlige ressurser

og individuelle forskjeller forekommer i dette. Utsagn 27 (1, 1, 0) og utsagn 29 (-1, 0, -1) viser til deres felles svake opplevelse av pasientene som mer kunnskapsrike og selvstendige i sin håndtering av sin sykdomssituasjon. Se vedlegg 13 for fullstendig oversikt over alle sammenfallende utsagn.

4.7 Oppsummering

De ulike opplevelsene leger og sykepleiere har av behandlingsrelasjonens kvalitet, og dens betydning for pasientens sykdomsmestring kommer i denne studien frem gjennom tre faktorer. Faktor 1 kan beskrives som en positiv innstilling til å tilstrebe gjensidighet, men at det ofte oppleves vanskelig på grunn relasjonenes preg av sterk asymmetri. Faktor 2 er preget av en sterk opplevelse av uavhengighet og tro på individuelt ansvar, hvor gjensidighet forstås best som gjensidig uavhengighet. Faktor 2 har i likhet med faktor 1 en svak tro på relasjoners betydning ved sykdomsmestring. En derimot sterkere tro på relasjoners kraft og betydning er med på å definere faktor 3, og skiller den derfor fra de to andre. En sterk vektlegging av kunnskap og saklig formidling preger denne faktoren, samt en manglende tro på at gjensidighet mellom pasient og behandler kan muliggjøres.

Den kvalitative delen av faktoranalysen presentert i dette kapittelet legger grunnlaget for studiens drøfting. I det neste kapittelet vil sentrale tema fra funn gjort i dette arbeidet drøftes i sammenheng med teorier jeg har presentert i kapittel to.

5.0 Drøfting

Forskningsspørsmålet som denne oppgaven bygger på, undersøker leger og sykepleieres subjektive opplevelser av behandlingsrelasjonens kvalitet og dens betydning for pasientens sykdomsmestring. Studiens problemstilling vil for leserens skyld gjentas, og er formulert slik: *”Hvilken opplevelse har leger og sykepleiere (ved en medisinsk sykehusavdeling) av behandlingsrelasjonens kvalitet og dens betydning for pasientens sykdomsmestring?”*

Analyse av datamaterialet resulterte i tre ulike syn eller perspektiver som belyser dette. I Q-metodologi beskrives disse syn som ulike faktorer. Gjennom faktoranalyse er tre faktorer kommet fram. Disse har jeg, etter min tolkning, valgt å kalle ”Fokus på gjensidighet og håp”, ”Profesjonell og uavhengig” og ”Fagkunnskap og formidling”. Som grunnlag for følgende drøfting har jeg valgt ulike temaer som kommer fram i disse tre perspektivene.

Ut i fra et prinsipp om abduksjon tar denne drøftingen utgangspunkt i oppdagelser jeg som forsker har gjort under analysen og fortolkningen av datamaterialet. Som veileder og rådgivningsstudent finner jeg det spesielt interessant å diskutere hvordan behandlerens personlige kompetanse kan være bidragende i behandlingsrelasjonen, og dermed påvirke symmetri i relasjonen og opplevelse av gjensidighet. Drøftingen tar hovedsakelig utgangspunkt i teori som er presentert i kapittel to, og det blir også hentet inn ny og utfyllende teori der dette er nødvendig (Kvalsund, 1998). Data fra postintervju tas med der dette underbygger drøftingen.

Drøftingen innledes med en beskrivelse av faktorene i lys av teori om relasjonsdimensjonene avhengighet, uavhengighet og gjensidighet. Det diskuteres deretter muligheten for gjensidighet i behandlingsrelasjonen, empatiens betydning, formidling av håp, uavhengighetens frihet og ansvar, kunnskapens påvirkning, begrepet profesjonell og behovet for utvikling av bevissthet og selvinnsikt. Problemstillingen i oppgaven er todelt, og det siste spørsmålet, sammenhengen mellom relasjon og mestring, vil derfor bli drøftet for seg.

Faktorene drøftes hver for seg i de tilfeller hvor de klart skiller seg fra hverandre. Under tema der de har likheter er faktorene drøftet sammen.

5.1 Faktorene sett i lys av relasjonsdimensjonene

Faktor 1 -Fokus på gjensidighet og håp-, er den faktoren som viser sterkest tro på muligheten til å oppnå gjensidighet i behandlingsrelasjonen. Deltakerne viser vilje til å forsøke å skape en opplevelse av gjensidighet for den andre, og legger også stor vekt på å formidle håp. Dette kan tolkes som et ønske om å styrke den andre eller et forsøk på å fremme empowerment: ved å stimulere til den andres uavhengighet og dermed legge grunnlaget for en potensiell overskridelse til gjensidighet. Gjensidighet forutsetter aksept av både avhengighets- og uavhengighetsdimensjonens kvaliteter og innhold (Kvalsund & Meyer 2005). I en typisk behandlingsrelasjon, som er sterkt influert av avhengigheten, er det da en viktig jobb for behandler å legge til rette for maktfordeling og medvirkning, samt gi den andre muligheten til en selvforståelse som ekspert på seg selv og sin sykdomsopplevelse (Schein, 2009; Tveiten, 2012). Postintervjuet med Marianne beskriver hennes mange erfaringer med svært sårbare og svekkede pasienter. Hun har derfor en opplevelse av manglende muligheter til å styrke den andres evne til mestring eller til å fremme empowerment. En kan derfor si at denne faktoren i stor grad preges av relasjonsdimensjonen avhengighet. Deltakerne forsøker imidlertid å styrke uavhengigheten og dermed legge grunnlag for gjensidighet. De har til tross for dette en svak tro på sammenhengen mellom relasjoner og mestring. Dette kan muligens forklares ut i fra opplevelsen av sterk avhengighet, og mange pasienter befinner seg i en situasjon der de ikke evner å oppnå uavhengighet.

Faktor 2 - Profesjonell og uavhengig-, uttrykker en uavhengig og selvstendig tankegang gjennom sine sorteringer. En sterk vektlegging av gode fagkunnskaper og profesjonalitet kan vitne om en tankegang som individualiserer og fremmer uavhengighet mellom behandler og pasient. De skiller seg derimot fra de to andre faktorene ved en positiv innstilling til å samtale med pasienten om hverdagslige ting, og viser på den måten vilje til gjensidighet, eller til å styrke *avhengigheten*. De har liten tro på sammenhengen mellom relasjoner og mestring, og kan på mange måter sees som representanter for uavhengighetens verdier med liten erkjennelse av egen avhengighet. Postintervju med Inge viser til en forståelse av gjensidighet som en gjensidig uavhengighet. Dette kan forstås som uttrykk for et ideal, da en behandlingsrelasjon alltid vil være påvirket av avhengighetsdimensjonen. Pasienten vil imidlertid ofte være uavhengig fra behandler på flere områder, og er derfor sjelden totalt avhengig. Inge viser også til en opplevelse av balanse, og at gjensidighet kan beskrives som

en form for symmetri eller likevekt. En kan derfor si at denne faktoren har innslag av alle tre relasjonsdimensjoner, men preges i størst grad av uavhengighet.

I faktor 3 -Fagkunnskap og formidling-, kommer verdien av gode fagkunnskaper og formidling av informasjon tydelig fram. Deltakerne er opptatt av relasjon, og tror blant annet at respekt for pasienten kan være medvirkende til bedre resultater. Denne faktoren skiller seg tydelig fra de to andre ved en sterk tro på sammenhengen mellom relasjoner og mestring. De uttrykker også egen avhengighet til gode relasjoner. Deltakerne preges imidlertid av manglende tro på at gjensidighet i behandlingsrelasjonen er mulig. I postintervjuet med Vidar begrunner han dette gjennom ulike begrensninger som ytre rammer, tidsnød, samt den vanskelige balansegangen mellom å være personlig og profesjonell. Faktor 3 kan derfor på mange måter sies å være preget av relasjonsdimensjonen avhengighet da behandlingsrelasjonen er preget av en faglig ekspert- pasient relasjon, og ved at deltakerne beveger seg lite inn på den personlige arena som kunne vært med på å styrke gjensidigheten. Faktoren skiller seg imidlertid fra faktor 1 -Fokus på gjensidighet og håp- ved at egen avhengighet til gode relasjoner er verdsatt. Det kan derfor hevdes at dette er med på å vise til en gjensidighet i form av en felles avhengighet til andre mennesker. Dette forstås som at de har en gjensidig forståelse av at vi alle er avhengige av andre mennesker, også kalt gjensidig avhengighet.

Faktorene er influert av alle relasjonsdimensjonene i ulik grad. Da mye tidligere forskning gjort på sammenhenger mellom sosial støtte og sykdom viser til betydningen av gjensidighet og likeverd i relasjoner (Heggdal 2003/2008; Fyrand 2005; Berg & Danielson, 2007; Holm & Severinsson, 2013), finner jeg det riktig å stille spørsmålet om dette alltid er realistisk i en behandlingsrelasjon. Foreligger det reelle muligheter for å skape gjensidighet i en behandlingsrelasjon i en medisinsk sykehusavdeling?

5.2 En reell mulighet for gjensidighet

I en behandlingsrelasjon vil aktiviteter og gjøremål knyttet til selve hjelpen gjøre gjensidighet umulig å oppnå, det vil si å være på samme nivå eller være likemenn i forhold til selve hjelpens innhold (Kvalsund & Allgood, 2009). Behandler har i kraft av sin posisjon og kunnskap en naturlig maktposisjon. Behandlingsrelasjonen kan derfor sees på som en avhengighetsrelasjon med hensyn til hjelpeoppgavene; behandler er ekspert, har kunnskap og viten om noe som den andre har behov for eller trenger å lære for å mestre sin situasjon

(ibid). I faktor 1 -Fokus på gjensidighet og håp-, utviser deltakerne en sterk vilje til gjensidighet, men uttrykker samtidig en opplevelse av at dette ofte ikke lar seg gjøre, grunnet pasientenes svekkelser og grad av sårbarhet. Kvalsund & Allgood (2009) hevder at selv om gjensidigheten ikke lar seg realiseres i kraft av at begge parter deltar aktivt i selve hjelpens innhold, så kan en utøve en gjensidig kommunikasjon om hvordan en ønsker at forholdet skal være. Mange av pasientene innlagt på medisinske sykehusavdelinger er imidlertid i høy alder (>80 år) (Statistisk sentralbyrå, 2013), og ikke alle har, av ulike årsaker, ressurser eller mulighet til å uttrykke klart egne behov og ønsker. Hvordan kan en da tilstrebe en opplevelse av gjensidighet når den andre ikke kan påvirke relasjonens asymmetri? Skau (2003) hevder at asymmetri eller ubalanse i en behandlingsrelasjon kan svekkes eller forsterkes gjennom behandlerens måte å opptre på som *person*. Dette kommer også til syne i postintervjuet med Marianne. Hennes forståelse av gjensidighet handler nemlig om en tilnærming til pasienter som er preget av respekt og varhet. Dette forutsetter et personlig engasjement; Marianne må gjennom sin måte å uttrykke seg som *person* vise den andre at hun ønsker å formidle disse verdiene. Dette handler om *hvordan* Marianne opptrer og snakker med pasienten, samt hvordan hun planlegger og legger til rette for de ulike møtene mellom henne og pasienten. Cissna & Anderson (1998) refererer til samtalen mellom Rogers og Buber fra 1957 der denne problemstillingen er diskutert. Begge framholder ulike personlige kvaliteter som nødvendige for å oppnå opplevelsen av gjensidighet. Rogers beskrev transparens, aksept og empati samt at klienten kunne sanse noen av disse holdningene hos behandler. Buber hevdet at gjensidighet innebærer en *holdning* til den andre, samt en opplevelse av *relasjonen*, i størst mulig grad også fra den andres perspektiv. Rogers og Buber var uenige i flere punkter i denne samtalen, men ble likevel til slutt enige om at gjensidigheten i en terapeutisk relasjon er mulig å oppleve, i alle fall i *korte øyeblikk*. Det er imidlertid interessant at begge framholder evnen til empati hos behandler som en betingelse for å oppnå gjensidighet.

5.3 Empati som grunnlag for gjensidighet

Den typiske behandlingsrelasjon er en relasjon preget av avhengighetsdimensjonens kvaliteter, der behandler i kraft av sin kunnskap og posisjon har en naturlig maktposisjon (Kvalsund & Allgood, 2009). Rogers og Buber (Cissna & Anderson, 1998) hevder i sin dialog fra 1957 at *det er behandler som skaper muligheten* for at enhver form for gjensidighet kan oppstå. Er det ikke da en betingelse at behandler besitter evnen til empati, til innlevelse med den andre for å kunne skape disse mulighetene? Rogers (1951/ 1965) sin forståelse av empati kan best beskrives som en *holdning* eller innstilling til den andre. Rogers beskriver

nødvendigheten av å aktivt å søke å forstå den andres verden, isteden for å observere eller kun motta informasjon. Behandler skal ikke overta eller uttrykke de samme følelser eller opplevelser som klienten presenterer, men uttrykke forståelse gjennom aktiv oppmerksomhet mot den andres opplevelser og følelser (Rogers, 1951/1965). Faktor 1 -Fokus på gjensidighet og håp- kan sies å synliggjøre en slik innstilling eller holdning til den andre ved å forsøke å skape rom for gjensidighet, selv når det oppleves vanskelig. Empati kan også knyttes til Heggdal (2008) sin bruk av begrepet *forståelse* som en viktig relasjonskvalitet. Forståelse innebærer evnen til innlevelse i den andres erfaringer og å opptre som et medmenneske. I faktor 2 -Profesjonell og uavhengig- viser dette seg særlig gjennom vilje til hverdagslige samtaler, men det i faktor 3 -Fagkunnskap og formidling- fremvises gjennom deres vektlegging av respekt. Rogers og Bubers påstand tydeliggjør hvilken makt og ansvar en har som behandler i møte med sårbare pasienter. En viktig oppgave er å formidle håp i situasjonen.

5.4 Den betydningsfulle formidler av håp

Å være lege eller sykepleier innebærer mange møter med personer i vanskelige og til tider håpløse situasjoner. Heggdals (2008) arbeid bekrefter at håpet er kraften som driver pasientene framover i deres prosesser. Håpet er noe de holder fast ved hele tiden selv i motgang. Håpet kan også knyttes til *mot*. Hjelperen utviser mot ved å holde fast på positive muligheter til tross for situasjonens alvorlighetsgrad (Beck, 1994). Jeg ønsker derfor å belyse noen av deltakernes personlige egenskaper, som jeg tenker er betingelser for deres evne til å formidle håp.

I Faktor 1 -Fokus på gjensidighet og håp- og faktor 2 -Profesjonell og uavhengig- utvises det en sterk vilje til å være en som formidler håp. Faktor 1 ser også deres betydning i relasjonen som viktig på denne måten. I arbeid på en medisinsk sykehusavdeling vil en som lege eller sykepleier møte på mennesker i ulike alder, og spekteret av ulike sykdommer og funksjonsnivå varierer bredt. I postintervjuet viser Marianne en sterk tro, men også et mot i sitt arbeid: ”En kan gå ut og tenke at dette nytter ikke, men en prøver igjen”. I følge Beck (1994) kan en modig handling sees på som det motsatte av tro, selv om tro er en viktig ingrediens i håpet. Han beskriver en modig handling som uavhengig atferd, mens en handling ut i fra tro som avhengig atferd (Beck, 1994). Dette forklares i at en modig handling forutsetter full bevissthet om eventuelle negative konsekvenser. En handling ut i fra tro inneholder imidlertid en forventning om at andre personer /ytre kraft vil virke beskyttende, eller at en vil oppnå en form

for belønning for sine handlinger. Dette er interessant, da det også sier noe om den *relasjonelle kvaliteten* i håpet. Deltakerne i faktor 1 har plassert følgende utsagn på den negative siden (-1) av sorteringsskjemaet: ”*Jeg tror håpet er individuelt og tilhører en selv*”. Vi kan da stille spørsmålet om deres forståelse av håp først og fremst er relasjonelt, altså noe avhengig av andre (ytre), og dermed basert på tro. Marianne har en tro på at håpet kan styrkes gjennom andre menneskers væremåte. Hun tror også at en kan bli trygget og få håpet bekreftet i relasjonen. Dette bekreftes gjennom plassering av utsagn 16 (-4, -2): ”*Håpet må pasientene finne i seg selv. Jeg tror det har lite å si hvordan jeg oppfører meg når det gjelder dette*”. Behandlingsrelasjoner preges i stor grad av avhengighet, men behandleren er mer uavhengig enn den andre. Jeg vil derfor påstå at *både* en tro og mot er nødvendige personlige egenskaper for å kunne formidle håp. Dette finner jeg støtte for gjennom plassering av utsagn 6 (+4, +3, +3): ”*Jeg tror at å oppnå god kvalitet i relasjonen handler mye om mot til å gå inn i situasjonene og være tilstede i dem. Formidle håp, men samtidig se at det ikke alltid nytter, jeg skal likevel være der og støtte*”. Mot i denne sammenheng kan også knyttes til det som Spurkeland (2013) kaller *relasjonelt mot*. Relasjonelt mot krever bevissthet om hva som er vanskelig i møte mellom mennesker, samt vilje og evne til å ta kontakt. Det kan også sees på som en indre kraft som mobiliseres for å gå inn i vanskelige relasjonelle situasjoner (ibid.) Psykiater Finn Skårderud forklarer noe av det samme på følgende måte: ”Et fallskjermhopp er strengt tatt ingen risiko (...) Kjærlighet, intimitet og *de andre* er virkelig risiko. Hva er rafting mot en avvisning?” (Skårderud, 1998, s.13). Behandlers eget forhold og bevissthet til relasjonsdimensjonene avhengighet og uavhengighet kan derfor sees som viktige faktorer for å kunne formidle dette håpet, og for å kunne stå i det relasjonelle motet som kreves i vanskelige møter mellom behandler og pasient. Uavhengigheten inneholder blant annet frihet og ansvar.

5.5 Uavhengighetens frihet og ansvar

I faktor 2 -Profesjonell og uavhengig- kommer det fram en sterk stemme som vitner om uavhengighet og individuelt ansvar. Deres opplevelse av gjensidighet forstås best som *gjensidig uavhengighet*, noe jeg har valgt å tolke som en ideell beskrivelse av behandlingsrelasjonens kvalitet. Dette synet kan sees på som stimulering til eget ansvar og selvstendighet, noe som er en viktig del av en empowermentprosess. En slik stimulering kan også gi mulighet til å oppdage mening og retning i eget liv (Heggdal, 2008; Tveiten 2012). Meningsfullhet er en sentral komponent i Antonovskys (2012) opplevelse av sammenheng, og blir sett på som motivasjonselementet. Stimulering til egen uavhengighet kan derfor tolkes

som en kilde til å oppdage mening, og derfor vekke til motivasjon. Uavhengigheten kan generelt også settes i sammenheng med kontrollen i eget liv, og er særlig framtrædende i kulturer hvor det å bli voksen sees som å bli selvstendig (Schein, 2009) Jeg finner det interessant hva Inge sier i sitt postintervju når han formidler at gjensidighet er mulig å oppnå, og at dette er noe han i utgangspunktet forventer. Han legger imidlertid mer merke til de situasjonene hvor det *ikke* inntreffer, det vil si når ansvaret ikke oppleves som gjensidig. Tradisjonelt sett kan pasienten sees som den sårbare parten i en behandlingsrelasjon. Min undring er hvordan en som lege eller sykepleier skal forholde seg til pasienter som ikke vil ta ansvar for eget liv? Ifølge Skau (2003) vil uavklarte eller ulike oppfatninger om hva det reelle hjelpebehovet består i, medføre en fare for mangel på gjensidig bekreftelse og dermed en følelse av å bli utnyttet eller manipulert som hjelper. Schein (2009) argumenterer for sensitivitet hos behandler som en viktig egenskap for å kunne avsløre hva pasientens *reelle* behov består i. Å be om hjelp til noe som pasienten egentlig klarer selv kan være en måte å dekke over opplevde sosialt uakseptable behov på. Dette kan for eksempel være behovet for bekreftelse, oppmerksomhet eller ros (ibid).

Arbeidet som lege eller sykepleier innebærer å møte mange vanskelige dilemma hvor det eksisterer motstridende meninger om hva som kan føre til gode resultater for pasienten, eller hva en oppfatter som god mestring og helse. Dette kan også forstås gjennom Skærbæk & Lillemoen (2013) sin beskrivelse av menneskets streben etter gjensidighet og symmetri. En blir imidlertid på samme tid etisk utfordret ved at gjensidigheten har en grense, i det alle mennesker må ta ansvar for seg selv. For helsepersonell stiller slike situasjoner store krav til kommunikasjon og refleksjon. Dette kan bekrefte Heggdals (2008) påstand om deres behov for sammensatt kunnskap.

5.6 Kunnskap og makt

I faktor 3 - Fagkunnskap og formidling- vektlegges gode fagkunnskaper, kjennskap til pasientens sykdomstilstand og formidling av konkret og saklig informasjon. Heggdals (2008) arbeid viser til at pasienter ofte opplever sammenhenger preget av mye kunnskap, men lite forståelse eller håp. Dette er særlig framtrædende der kunnskap om sykdom som "disease" er omfattende, som for eksempel i en medisinsk sykehusavdeling. Behandler har slik både status og makt, og den andre står i fare for å få sin egen status og verdi redusert (Kvalsund & Allgood, 2009). For å redusere asymmetrien i relasjonen til pasienten stiller dette store krav til *hvordan* formidling av informasjonen skjer. Det foreligger alltid en fare for at pasientens

tilstand blir viktigere enn pasientens opplevelse av tilstanden, også kalt ”illness” perspektivet (Heggdal, 2008). Vidar beskriver i hovedsak sitt arbeid som ”preget av det faglige”. Han får sjelden spørsmål utenom dette, og han opplever det som vanskelig å skape et personlig forhold til pasientene. Han forklarer at dette har sammenheng med stort arbeidspress, men også at det oppleves vanskelig å skape en balanse mellom det profesjonelle og det personlige. Heggdal (2008) sin teori presenterer hvordan kunnskap som lege eller sykepleier bør være i en utvidet sammenheng som favner om mer enn det rent medisinsk- faglige. Hennes fokus på *hvordan* en kan skape mulighet for at pasient og pårørende kan komme fram med sine erfaringer stiller særlige krav til kunnskap og ferdigheter på det relasjonelle og pedagogiske fagområdet. Sørli og Bergvik (2013) argumenterer for den *pasientsentrerte* informasjonsformidling hvor hver enkelt pasients behov og forutsetninger blir tatt med i betraktningen når informasjon skal formidles i en travel sykehusavdeling. Denne tenkingen bygger på Carl Rogers (1961) sin personsentrerte terapimodell som vektlegger forståelsen av enkeltmenneskets ulike premisser, opplevelser og erfaringer. Sett i lys av Kroppskunnskap, så betyr dette at pasientens *kroppslige* kunnskap blir tatt med som en viktig del i den totale vurderingen av pasientens helsetilstand (Heggdal, 2008). Kroppslig kunnskap vil ikke bli nærmere utdypet her da temaet vil bli for omfattende, men det understrekes at emnet understøttes blant annet av Kirkengen (2009) som sier at ”*medisinfaget bør integrere relasjonell og sosiokulturell formet erfaring i den faglige oppfatning av hva en kropp er*” (s.29). En slik kunnskap vil trolig fremme en sterkere opplevelse av gjensidighet mellom pasient og behandler da pasientens synspunkt og erfaringer blir gitt mer status og oppmerksomhet. Denne kunnskapen kan også være en del av behandlerens profesjonalitet.

5.7 Profesjonell

I faktor 2 -Profesjonell og uavhengig-, er verdien av å være profesjonell tillagt stor verdi. Skau (2003) argumenterer for at profesjonalitet ikke skal forveksles med å være upersonlig, men tvert imot være knyttet til det å utvikle en etisk forsvarlig profesjonalitet som også inkluderer det personlige. Hun peker på nødvendigheten av å utvikle ydmykhet, og unngå en for sterk identifisering med ekspert-rollen for å klare dette. Skau (1998) kaller det *personlig kompetanse* når hun beskriver egenskaper som; evne til å tenke og handle på nye måter; følsomhet for samspill; intuitiv viten; ansvarsfølelse; vårt sosiale mot og skaperkraft. Hun ser også personlig kompetanse som en betydningsfull og nødvendig del av den samlede *profesjonelle* kompetanse (Skau, 2002). Inge beskrev i postintervjuet sin oppfatning av å være profesjonell, og at dette blant annet handler om å ikke la emosjoner bli for framtreddende i

arbeidet. Spørsmålet er om en kan utelate sine følelser og emosjoner fra sin profesjonelle rolle? Rogers argumenterer for at profesjonalisering kan være en kilde til å holde avstand fra den andre, noe som kan føre til en objektivisering. Denne avstanden kan blant annet skyldes frykt for positive følelser, og for selve omsorgen en kan føle for hverandre i et subjekt-subjekt forhold (Rogers, 1961). Grendstad (1999) påpeker viktigheten av kjennskap til egne følelser, og hvordan ikke-erkjente følelser etter hvert kan bli noe en blir redd eller kjenner frykt for. Med støtte fra forannevnte forskere vil jeg hevde at bevissthet knyttet til seg selv, hvor kunnskap om egne tanker og følelser inngår, er en stor del av grunnlaget for en profesjonell yrkesutøvelse.

5.8 Utvikling av bevissthet og selvinnikt

Opplevelsen av å være et "jeg"- er både i forhold til et "Det" og et "Du", og er helt avgjørende for vår egen selvforståelse (Hostrup, 1999). Når mennesker forholder seg aktivt og medvitende til disse forhold så snakker vi om *bevissthet*, det vil si en våken tilstand av væren som er rettet mot mening. I gestaltterapeutisk tradisjon snakker en også om menneskets evne til å organisere impulser, og hvordan disse organiseringsprosessene foregår og utvikler seg når mennesket er i *kontakt* og handler i *relasjon* med verden. Denne evnen til å organisere, samt evnen til å organisere på et stadig høyere nivå, er med på å forme ens personlighet (ibid). Dette påvirker derfor menneskets evne til å gå fra total avhengighet som barn til selvstendighet og uavhengighet som voksen. Dette kan sees i sammenheng med alle ovennevnte tema i denne drøftingen, da personlig vekst forutsetter bevissthet på seg og omgivelsene. Kvalsund (2005) argumenterer for behovet for selvinnikt i den profesjonelle kontekst. Kun ved kjennskap til seg selv kan en person erfare og fortolke egne erfaringer i et her-og-nå perspektiv, og være i stand til å reflektere rundt dem og benytte dem i en relasjonell sammenheng. Prosessen kan også beskrives som å være blind eller seende (ibid.) Dette står i en viktig sammenheng med det Rogers (1951/1965) kaller *kongruens*. Kongruens forstås som høy overensstemmelse mellom egne erfaringer og hvordan personen fortolker og uttrykker dem. Personen framstår da som ekte eller autentisk. Rogers så dette som viktig for å skape tillit til klienten, og er noe Heggdal (2008) ser som grunnleggende i en behandlingsrelasjon.

5.9 Mestring og relasjoner i et salutogenetisk perspektiv

I faktor 1 -Fokus på gjensidighet og formidling av håp-, og i faktor 2 -Profesjonell og uavhengig -, så utvises det en svak tro på relasjoners betydning for mestring av sykdom. Faktor 3 -Fagkunnskap og formidling-, har imidlertid en klar oppfatning av at det foreligger en sammenheng på dette feltet. Jeg er noe overrasket over den lave troen på relasjoners betydning i faktor 1 og faktor 2, og undres om dette kan forklares gjennom svake pasienter, stor arbeidsbelastning og dermed liten tid til å danne en relasjon, eller en opplevelse av egen uavhengighet som ekspert og diagnostiker (Schein, 2009).

Å arbeide salutogenetisk innebærer å lete etter hva som virker helsebringende framfor hva som gjør oss syke (Antonovsky, 2012). Dette gir rom for å generere hypoteser som kan forklare hva som virker helsefremmende i et menneskes liv (Heggdal, 2008). Dette er hva Kroppskunnskaping handler om, nemlig at pasientene må ”forske” på eget liv, og selv finne gode måter å mestre sykdomssituasjonen på. Mestring kan da ikke forstås kun som en innsamling av informasjon eller faktakunnskap om egen sykdom, behandling eller rehabilitering. Mestring må også sees i den *personlige* konteksten, og forstås i sammenheng med personens forutsetninger og muligheter for å utvikle handlingskompetanse (Heggdal, 2008). Et viktig moment i dette er muligheten til å få utvikle seg og kunne påvirke situasjonen. Det er derfor avgjørende at vedkommende opplever muligheten til å *få ansvar, og ta ansvar* for den situasjonen en står i. Dette sammenfaller med tanken om empowerment, og kan ut i fra relasjonsdimensjonene sees som en overgang fra avhengighet til uavhengighet. Det kan tolkes som det er dette deltakerne i faktor 1 og faktor 2 streber etter, nemlig å gi den andre en opplevelse av gjensidighet, men samtidig uavhengighet og ansvar.

Gjennom livet utsettes mennesket for kontinuerlig stressbelastning. Hvordan en håndterer dette, og hvorfor noen håndterer dette bedre enn andre, er på mange måter fremdeles et mysterium. Gjennom Antonovskys (2012) operasjonalisering av ”opplevelse av sammenheng” har begrepene ”begripelighet”, ”håndterbarhet” og ”meningsfullhet” vist seg spesielt viktige. Antonovsky argumenterer også for sosial støtte. Han understreker imidlertid at dette er bare en av *mange* variabler han ser som generelle motstandsressurser (ibid.) Vidar bekrefter i sitt postintervju en tro på at mange personer vil håndtere sykdom på en tilfredsstillende måte helt uavhengig av hvordan kvaliteten på behandlingsrelasjonen oppleves.

Antonovskys (2012) forståelse av mestring er å utvikle et repertoar av ulike strategier. Dette fordrer både fleksibilitet og kreativitet. Dette kan sammenlignes med Heggdals (2008) Kroppskunnskaping. Antonovsky (2012) taler nemlig for at ”evnen til kognitivt og følelsesmessig å kunne strukturere oppfatningen man har av en stressfaktor, og akseptere at man er nødt til å håndtere den, bidrar til mestring” (s.147). Dette krever da at personen blir kjent med seg selv og sin kropp, og samtidig utvikler bevissthet om hvordan en best skal håndtere de utfordringene en står overfor. Ser en dette i lys av personsystemet og relasjonsdimensjonene, så blir relasjoner et uunngåelig tema da en som person dannes i en ”Jeg- Du” relasjon, og utvikles gjennom relasjoner til andre (Kvalsund & Meyer, 2005).

Gjennom et menneskes liv er relasjoner til andre en nødvendig og vesentlig del. Vi fødes og lever kontinuerlig i avhengighet og uavhengighet til andre mennesker (Macmurray 1961/1999; Kvalsund, 1998). Gjensidigheten er imidlertid en mer kompleks og sammensatt relasjonsform som kan være utfordrende å gå inn i. Skiftet mellom de ulike relasjonsformene vil alltid være dynamiske og glidende, men samtidig kan en si at disse overgangene fordrer fleksibilitet og kreativitet. Antonovsky (2012) sin påstand om å utvikle et mangfoldig repertoar av motstandsressurser kan trekkes med i denne sammenheng. Å *alltid* velge avhengighet, eller *alltid* velge uavhengighet, som en måte å forholde seg til andre mennesker på, kan forstås som en form for motstand eller beskyttelse mot noe en ikke håndterer. Tidligere forskning (Heggdal, 2003; Fyrand 2003) viser til at mennesker som lever med langvarig sykdom kan oppleve seg som undertrykte fordi de blir kun mottakere, og ikke givere i sine relasjoner. De anerkjenner derfor verdien av *gjensidighet* i sine relasjoner. Et vesentlig spørsmål er om helsepersonell i behandlingsrelasjoner trenger å utvikle en personlig kompetanse, for i større grad å kunne bli mottakere av den andres ressurser, kunnskap og styrke?

Å si at en tilstreber gjensidighet kan være enkelt. Det er imidlertid mer krevende å skulle oppnå dette i virkeligheten, og da særlig i relasjon til personer som er rammet av akutt eller langvarig sykdom (Heggdal, 2008). Til tross for at avhengighetsdimensjonen alltid vil være tilstede i en behandlingsrelasjon, trenger en i et salutogenetisk perspektiv, å utvikle et *både-og* i stedet for et *enten-eller* i sitt valg av måte å forholde seg til pasientene på. Samlet sett kan begrepet *relasjonskompetanse* brukes om denne type ferdigheter (Spurkeland, 2013). Dette innebærer blant annet ferdigheter, evner og holdninger et menneske trenger for å etablere, utvikle, vedlikeholde og reparere kontakten med andre mennesker (ibid.) Vi fødes alle i

uvitenhet, og hvordan en skal lære seg å samhandle med andre krever (ut)dannelse og refleksjon. Dette kan sees i sammenheng med Heggdals (2008) forståelse av likeverdighet. Hun beskriver dette blant annet som ydmykhet, og som erkjennelse av egne begrensinger og behov for læring.

Forskning viser at opplevelsen av gjensidighet og likeverd virker helsefremmende og fremmer til mestring (Heggdal 2003/2008; Fyrand, 2003). Det blir derfor viktig å utvikle bevissthet på den personlige dimensjonen hos behandlere og gjøre denne til en del av deres profesjonalitet. Dette gjelder også på leder- og organisasjonsnivå. Gjensidighet som relasjonsform krever blant annet bevissthet og vilje til å se den andre (Kvalsund, 1998; Kvalsund & Meyer, 2005). Vi ser da betydningen av verdier, og at våre eksistensielle og grunnleggende syn også styrer i våre relasjoner. I følge Skau (1998) skal en gjøre møtet med sine pasienter til betydningsfulle møter. En kan bare kan innfri dette i den grad profesjonsutøvere klarer å gjøre møtet til noe betydningsfullt for *seg selv*. Dette handler i bunn og grunn om måten vi betrakter oss selv og andre på.

5.10 Oppsummering av drøftingen

I denne drøftingen har jeg tatt opp tema jeg ser som viktige for å belyse oppgavens problemstilling. De tre faktorene er presentert på ulike måter, men har alle gitt bidrag til et mangfoldig og sammensatt bilde av fenomenet jeg har studert. Særlig hensynet rundt de ulike persondimensjonene, og hvordan overgangen mellom disse hele tiden er dynamisk og glidende, er her forsøkt belyst. Gjensidighet som ideal og mulighet er drøftet, også med empati som grunnlag. I temaene ”Formidling av håp” og ”Uavhengighetens frihet og ansvar” er blant annet behandlerens evne til relasjonelt mot og sensitivitet tatt opp. Videre er helsepersonells behov for sammensatt kunnskap, og evne til personlig kompetanse drøftet i lys av pedagogikk- og veiledningsteori. Utvikling av bevissthet og selvinnsikt er satt i sammenheng med alle tema i drøftingen. Til slutt er mestring og relasjoner drøftet ut i fra et salutogenetisk perspektiv hvor det blir tydelig at de ulike teoriene kan forstås hver for seg, men også samlet som en del av en større tankegang og stimulering til helse. Her står utvikling av bevissthet om egen kropp, relasjoner og evnen til kreativitet og fleksibilitet sentralt. Samlet sett, kan utvikling av bevissthet og selvinnsikt sees som et stort og gjennomgripende tema i studiens drøfting.

6.0 Avslutning

6.1 Avsluttende kommentarer

Denne studien bygger på forskningsspørsmålet ” *Hvilken opplevelse har leger og sykepleiere (ved en medisinsk sykehusavdeling) av behandlingsrelasjonens kvalitet og dens betydning for pasientens sykdomsmestring?* ” Studien søker å belyse hvilke syn eller oppfatninger forskningsdeltakerne har i forhold til problemstillingen, og på den måten løfte fram viktige rådgivningsvitenskapelige spørsmål knyttet til dette. Analysen av datamaterialet har resultert i tre ulike faktorer som er med på å beskrive deltakernes subjektivitet. De tre faktorene har jeg valgt å kalle – Fokus på gjensidighet og håp-, hvor en tilstreber en opplevelse av gjensidighet og formidling av håp til tross for avhengighetens sterke påvirkning på relasjonen.

- Profesjonell og uavhengig-, der uavhengigheten oppleves verdifull, både for pasient og behandler. Og til slutt; – Fagkunnskap og formidling-, hvor det vektlegges betydningen av beholders gode fagkunnskaper og evne til formidling.

6.2 Studiens begrensninger og forslag til videre forskning

I tråd med Q- metodologiens intensjon og formål har ikke denne studien til hensikt å generalisere sine funn som gjeldende for andre utvalg. Dens formål er derimot å avdekke ulike syn eller perspektiver som eksisterer rundt et fenomen, og på den måten gjennom abduksjon skape muligheten for ny forståelse. Den kan også være et bidrag til gjenkjennelse eller refleksjon for andre med samme erfaring. En viktig moment her er studiens begrensede evne til å fange opp de ulike subjektive holdninger, innstillinger, oppfatninger eller syn som lever i et kommunikasjonsunivers. Dette innebærer at det sannsynligvis regjerer opplevelser og meninger som ikke blir dekket i denne oppgaven.

Generelt ser jeg Q- metodologiens kanskje viktigste bidrag som muligheten til selvoppdagelse. Spørsmålet – ”hvem er jeg?”- kan få et delvis svar ut fra hvilken faktor en tilhører. Selvinnsikten kan fremme endringer i personen selv, for eksempel gi et bedre grunnlag for valg og beslutninger- og kunne handle ut fra en ny forståelse av seg selv i møte med andre (Thorsen & Allgood).

For videre forskning kunne det vært interessant å undersøke behandlingsrelasjonen i et intensivt personutvalg hvor behandler og pasient kunne sortert utsagn under ulike instruksjonsbetingelser. Eksempel på instruksjoner kan være hvordan en opplever relasjonen,

hvordan en skulle ønske relasjonen var, hvordan en tror den andre opplever relasjonen og hvordan en tror den andre skulle ønske at relasjonen var. Dette hadde selvsagt stilt krav til etiske vurderinger da behandlingsrelasjoner er asymmetriske og problemstillingen er sensitiv. Jeg tror likevel det kunne gitt involverte parter læring og oppdagelse, samt bidra til økt forståelse i et vitenskapelig henseende.

6.4 Hva kunne vært gjort annerledes

Denne masteroppgaven har vært skrevet ved siden av mitt arbeid som sykepleier. Det har vært nødvendig underveis å søke om utsettelse da summen av alt arbeidet har medført stillstand og for stor belastning for meg totalt sett. Ideelt sett skulle denne oppgaven vært skrevet på normert tid uten ekstra arbeid ved siden av. Det hadde gjort mange prosesser mer effektive og ”fritt flytende”. Det hadde også gjort det lettere å fordype seg i arbeidet uten å måtte forholde seg i den samme grad til ”verden utenfor”, noe som er nyttig spesielt i den fasen analyse- og drøftingsarbeidet ble utført. Samtidig har denne livssituasjonen gjort det mulig å bruke god tid på å reflektere rundt mange av oppgavens utfordringer. Utarbeiding av utsagnene er kanskje den aller vanskeligste delen, og jeg har i utgangspunktet god samvittighet for konstruksjonen av disse. Likevel er det her en virkelig kan gjøre inntrykk og skape forskjeller hos deltakerne, og utformingen av negative utsagn som ikke blir støtende eller sosialt uakseptable er krevende. Det skulle kanskje vært et utsagn i Q-utvalget som mer eksplisitt uttrykte at sykdomsmestring og relasjoner har *ingen* opplevd sammenheng. Da jeg har bodd i en annen by enn resten av studentene har også mangel på andre Q- forskere å reflektere sammen med, ansikt til ansikt, vært et savn.

Litteraturliste

- Allgood, E. & Kvalsund, R. (2003). *Personhood, professionalism and the helping relation: dialogues and reflections*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Allgood, E. & Kvalsund, R. (2010). Q- metodologi, rådgivningsfeltet, delt subjektivitet og personer i relasjoner. I Thorsen, A.A. & Allgood, E. (Red.). *Q- metodologi. En velegnet måte å utforske subjektivitet*. (s. 39-46). Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bandura, A. (1997). *Self- efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company
- Beck, R.J.(1994). Encouragement as a vehicle to empowerment in counselling: an existential perspective. *The Journal of Rehabilitation*, 60 (3), 6-25.
- Berg, L. & Danielson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian J Caring Science*, 2007 (21), 500-506.
- Brown, S. (1980). *Political Subjectivity. Applications of Q methodology in political science*. New Haven and London: Yale University Press. Hentet 02.10.13, fra <http://qmethod.org>
- Buber, M. & Simonsen, T.G. (2003). *Jeg og du*. Oslo: De norske bokklubbene.
- Børli, H. (2012). *Hans Børli's beste dikt*. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Cissna, K.N. & Anderson, R. (1998). Theorizing about dialogic moments: The Buber- Rogers position on postmodern times. *Communication theory*, 8 (1), 63- 104.

Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., Gonnella, J.S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic medicine*, vol. 87/ 2012 (9), 1243-1249.

Den norske legeforening (2002). *Etiske regler for leger*. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>

Forskningsetiske komiteer (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet 29.11.12, fra <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer>

Fox, S. (2008). *Relating to clients: The therapeutic relationship for complementary therapists*. London: Jessica Kingsley Publishers Hentet 24.11.13 fra <http://books.google.no>

Fromm, E. (1971). *Det revolusjonære håp: om en humanisert teknologi*. Oslo: Dreyer forlag

Fyrand, L., Moum, T., Finset, A. & Glennas, A. (2003). The effect of social network intervention for women with rheumatoid arthritis. *Family Process*, Vol. 42 /spring 2003 (1), 71-89.

Grendstad (1999). *Fantasi og følelser. Praktisk mentalhygiene i hverdagen*. Kristiansand: META- senteret.

Haugan, G., Rannestad, T, Hanssen, B. & Espnes, G.A. (2012). Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing Vol.21 (23-24)*, 3429-41.

Heggdal, K. (2003). *Kroppskunnskaping. En grunnleggende prosess for mestring av kronisk sykdom*. Universitetet i Bergen: Institutt for samfunnsmedisin. Doktoravhandling.

- Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping. Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal norsk forlag
- Heidenreich, K., S. (2001). Empati i lege- pasient- forholdet- teknikk eller etikk? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 2001/ 121 (12), 1507 – 11. Hentet fra <http://tidsskriftet.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hjort, P. F (1982). Helsebegrepet, helseidelaet og helsepolitiske mål. I Lorentzen P. E. (Red.), Berge, T. & Åker, J. *Helsepolitikk og helseadministrasjon*. (s. 11-31). Oslo: Tanum- Norli.
- Holm, A.L.& Severinsson, E. (2013). A qualitative review of older persons' perceptions of health, ill health, and their community health care needs. Hindawi Publishing Corporation, *Nursing research and practice*, Vol 2013, Article ID 672702. Hentet fra <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/672702/>
- Hostrup, H. (1999). *Gestaltterapi. Indføring I gestaltterapiens grundbegreber*. København: Hans Reitzels forlag a/s
- Ivey, A.E., D'Andrea, M., Ivey, M.B. & Simek- Morgan, L. (2009). *Theories of counseling and psychotherapy*. USA: Pearson Education.
- Johannessen, A., Tufte, P. A & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*.(4.utg.) Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Kirkengen, A.L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kleinmann, A.(1988). *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*. USA: Basic Books.

- Kvalsund, R. (1998). *A theory of the person: A discourse on personal reality and explication of personal knowledge through Q- methodology- with implications for counseling and education*. Trondheim: NTNU, Pedagogisk institutt. Doktoravhandling.
- Kvalsund, R. (2005). *Coaching. Metode: prosess: relasjon*. Finland: Synergy Publishing.
- Kvalsund, R., Meyer, K. (2005). *Gruppeveiledning, læring og ressursutvikling*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Kvalsund, R. (2005). Self- insight. A necessary presupposition for professional guidance? I Allgood, E. & Kvalsund, R. (2005) *Learning and discovery for professional educators: guides, counsellors, teachers*. (s. 109-139). Trondheim: Tapir Akademiske Forlag
- Kvalsund, R. & Allgood, E. (2009). Subjektivitet rundt hjelpeforholdet- en Q- metodologisk studie av erfaringer med hjelpeforholdet. I Karlsdottir, R. & Kvalsund, R. (Red.) *Mentoring og coaching i et læringsperspektiv*. (s. 109- 139). Trondheim: Tapir Akademiske forlag.
- Kvalsund, R. & Allgood, E. (2010). Kommunikasjon som subjektivitet i en skoleorganisasjon. I Thorsen, A.A. & Allgood, E.(Red.). *Q- metodologi. En velegnet mate å utforske subjektivitet*. (s. 47-81). Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Macmurray, J. (1961/1999). *Persons in relation*. New York: Humanity Books.
- Moen, T. & Karlsdottir, R.(Red.)(2011). *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Norsk Sykepleierforbund.
- Nylenna, M. (Hovedred.) (2007). *Store medisinske leksikon*. (2.utg., B. N-So). Oslo : Kunnskapsforlaget.

- Ottens, A., Shank, G. & Long, R. (1995). The role of abductive logic in understanding and using advanced empathy. *Counselor Education and Supervision*, (34), 199-211.
- Postholm, M.B., (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rogers, C.R. (1951/1965) *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C.R. (1961) *On becoming a person. A Therapist's view of psychotherapy*. London: Constable
- Schein, E. H. (2009) *Helping. How to offer, give and receive help*. San Fransisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Schmolck, P. (2012). *PQ- Method 2.32 for Windows*. Hentet 29.08.12, oppdatert 25.09.13 fra <http://schmolck.userweb.mwn.de/qmethod/downpqwin.htm>
- Skau, G.M. (1998) *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse som utfordring*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag as
- Skau, G.M. (2003) *Mellom makt og hjelp: om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F. (1998) *En reise i det moderne selvet: Uro*. Oslo: Aschehoug.
- Skærbæk, E. & Lillemoen, L (Red.) (2013) *Verdi og verdighet. Etikk i praksis*. Oslo: Cappelen damm akademisk
- Spurkeland, J. (2013) *Relasjonsledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Statistisk sentralbyrå. Pasienter på somatiske sykehus, 2012. Hentet 5.1.14 fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient>

- Stephenson, W. (1953) *The study of behaviour. Q- technique and its methodology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Sørensen M. & Graff-Iversen S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 2001/ 121 (6), 720 – 4. Hentet fra <http://tidsskriftet.no>
- Sørli, T. & Bergvik, S. (2013) Pasientinformasjon i sykehus- med særlig vekt på ivaretagelse av engstelige og bekymrede pasienter. I Christiansen, B. (Red.) (2013) *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Thorsen, A.A. & Allgood, E.(Red.) (2010). *Q- metodologi. En velegnet måte å utforske subjektivitet*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Tveiten, S. (2012) Empowerment og veiledning: sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.) (2012) *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 173-193.) Bergen: Fagbokforlaget
- Vaglum, P. (2002) Irrasjonelle faktorer i lege- pasient- forholdet. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 2002/ 122 (19), 1906 – 9. Hentet fra <http://tidsskriftet.no>
- Van Exel,J.& de Graaf, G. (2005) Q- methodology: A sneak preview. Hentet fra <http://qmethod.org/tutoriallinks.php>
- Vifladt, E.H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk- samhandling om læring og mestring*. Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom: Valdres Trykkeri
- Vroom, V.H. (1964). *Work and motivation*. New York: Wiley.
- Walseth, L.T. & Malterud, K. (2004) Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk Perspektiv. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 2004 /124 (1), 65-6. Hentet fra <http://tidsskriftet.no>

Watts, S. & Stenner, P. (2012). *Doing Q- methodological research. Theory, Method and Interpretation*. London: Sage Publications Ltd.

Wolf, A. (2010) Subjektivitet i Q- metodologi. I Thorsen, A.A & Allgood, E. (Red.). *Q- metodologi. En velegnet måte å utforske subjektivitet*. (s. 23-37). Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.

Personlig kommunikasjon

Cassell, E. J. (2013) MD, Prof., New York. Sitat hentet fra forelesning "The healing function of doctors", Bergen: Filosofisk poliklinikk, Litteraturhuset 20.11.13.

Vedleggsliste

- 1 Godkjenning fra NSD
- 2 Informasjonsbrev og samtykkeerklæring til forskningsdeltakerne
- 3 Q- utvalg med celletilhørighet
- 4 Instruksjonsbetingelse for Q- sortering
- 5 Sorteringsskjema
- 6 Gjennomsnittlig sortering faktor 1
- 7 Gjennomsnittlig sortering faktor 2
- 8 Gjennomsnittlig sortering faktor 3
- 9 Særegne utsagn faktor 1
- 10 Særegne utsagn faktor 2
- 11 Særegne utsagn faktor 3
- 12 Faktorenes rangering av utsagn
- 13 Sammenfallende utsagn

Vedlegg 1. Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Ragnvald Kvalsund
Institutt for voksnes læring og rådgivningsvitenskap
NTNU
7491 TRONDHEIM

Harald Hårfagres ga
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21
Fax: +47-55 58 96
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 8

Vår dato: 22.02.2013

Vår ref:33310 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.02.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33310	<i>Leger og sykepleieres opplevelse av behandlingsrelasjonens kvalitet og dens betydning for pasientens sykdomsmestring</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ragnvald Kvalsund</i>
<i>Student</i>	<i>Kjersti Samuelsen</i>

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

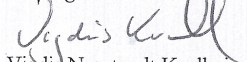
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

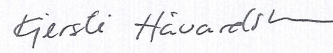
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.10.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kjersti Samuelsen, Ulriksdal 8 c, leilighet nr 805, 5009 BERGEN

Avdelingskontorer / District Offices:

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

Vedlegg 2. Informasjonsbrev og samtykkeerklæring til forskningsdeltakerne

Informasjonsbrev og samtykkeerklæring

Denne studien gjennomføres i sammenheng med min masteroppgave ved NTNU, institutt for voksnes læring og rådgivningsvitenskap. Sentralt i studiet står læring, utvikling av relasjonskompetanse og bevissthet på ulike prosesser i arbeidslivet. Mye handler om læring, og om hvordan ulike sammenhenger, organisering og samspill påvirker denne læringen. For mer informasjon se www.ntntu.no/ivr.

Min oppgave omhandler temaet

Hvilken opplevelse har leger og sykepleiere (på en medisinsk sykehusavdeling) av kvaliteten på behandlingsrelasjonen og dens betydning for pasientens sykdomsmestring?

Metoden som anvendes i studien kalles Q- metodologi (Q- methodology), og anerkjennes hovedsakelig som en kvalitativ forskningsmetode da dens hovedmål er å undersøke subjektivitet. Det benyttes imidlertid både kvalitative og kvantitative teknikker for å analysere materialet.

Hva dette innebærer for deg

Deltakelse i studien innebærer å sortere utsagn i et mønster, plassering angir da hvor enig/uenig deltakeren er med de aktuelle utsagn. Det fins ikke noe rett/galt svar i denne sammenheng. Formålet er å undersøke de subjektive erfaringene våre av de ulike faktorer som styrer oss i våre daglige opplevelser rundt fenomenet behandlingsrelasjoner- og betydningen den har for pasientens sykdomsmestring. På denne måten kan deltakeren selv bli mer bevisst sine egne subjektive synspunkt, meninger og standpunkt, og for meg som forsker er det interessant å studere eventuelle likheter/ forskjeller som finnes mellom de ulike deltakerne på temaet som undersøkes. Det er derfor viktig at du fyller ut alle punkt på ”mønsterarket” hvor det spørres etter navn, alder og tilleggsutdanning. Det er normalt å bruke fra 45- 90 min på en slik sortering, og dette kan du gjøre hjemme. Det er imidlertid viktig at du leser instruksjonsbetingelsen nøye slik at du gjør det rett. Jeg anbefaler deg å bruke blyant når du skriver inn tallene i mønsteret første gang, da er det lett å gjøre endringer. Noen av deltakerne kan bli spurt om å stille til et kort intervju (ca 10-15 min) for å få fram bekreftelser og

eventuelt ytterligere informasjon rundt det som kommer fram under tolkningen. Denne samtalen blir tatt opp på bånd, men blir ikke transkribert (analysert).

Konfidensialitet og personvern

Alle personer vil være anonymisert i oppgaven. Det er kun undertegnede og to veiledere som vil kunne identifisere en sortering i løpet av arbeidet med prosjektet. Både jeg og mine veiledere er underlagt taushetsplikt. Studien meldes også til personvernombudet (NSD), og eventuelle sensitive opplysninger vil bli slettet etter studiens slutt (desember 2013). Alle opplysninger blir behandlet konfidensielt, og det er fullt lov å trekke seg underveis i studien uten å måtte oppgi grunn. Som deltaker vil du få tilsendt oppgaven per epost etter innlevering og godkjenning. Når du har lest gjennom dette, er det fint om du kan skrive under på samtykkeerklæringen.

Ved eventuelle spørsmål må du ikke være redd for å kontakte meg eller en av mine veiledere.

På forhånd takk for din deltakelse!

Med vennlig hilsen

Kjersti Samuelsen

Tlf 48045410, epost: samuelsenkjersti@gmail.com

Veileder ved NTNU: Professor Ragnvald Kvalsund

Tlf 73591999, epost: ragnvald.kvalsund@svt.ntnu.no

Biveileder ved Senter for Relasjonsutvikling, Haraldsplass Diakonale Høgskole:

Espen Braathen

Tlf 55979650, epost: espen.braathen@haraldsplass.no

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om studien og ønsker å delta

Dato/sted..... Signatur.....

Vedlegg 3. Q- utvalg med celletilhørighet

Avhengighet- forståelse- forventning (adf)

8. *Jeg opplever ofte at pasientene ønsker at jeg skal forstå og hjelpe til med alt. Jeg forventer da av meg selv å påta meg et totalansvar (adf).*

36. *Jeg formidler anerkjennelse og bekreftelse gjennom kjennskap til og respekt for pasientens grenser. Det tror jeg gir den andre en opplevelse av aksept (adf).*

25. *Jeg opplever sjelden at pasientene ikke bidrar aktivt i behandlingen, eller at de ikke viser forståelse for at jeg som lege eller sykepleier har mye å gjøre (adf).*

Avhengighet- forståelse- holdning (adg)

29. *Min erfaring er at pasienter flest er selvstendige, takler sine problemer og mestrer sykdommen sin på en god måte (adg).*

3. *Jeg forsøker å vise forståelse for pasienter som ikke trives i pasientrollen. Det er nok ikke enkelt å være totalt avhengig av andres hjelp (adg).*

22. *Forholdet til nære personer er avgjørende for god sykdomsmestring. Ved fravær av dette, kan jeg som lege eller sykepleier bidra med å formidle håp og forståelse (adg).*

Avhengighet- håp- forventning (aef)

34. *Jeg opplever at det finnes en nær sammenheng mellom hvordan jeg som helsepersonell oppfører meg og hvordan pasientene mestrer sin sykdom (aef).*

17. *Jeg kan bare håpe at det jeg bidrar med hos pasienten fører til noe positivt i dens liv! Jeg føler mange ganger en usikkerhet når de utskrives (aef).*

31. *Det er lite jeg som lege eller sykepleier kan påvirke i pasientens liv. Det er i deres eget private liv de må ha gode relasjoner (aef).*

Avhengighet- håp- holdning (aeg)

1. *Jeg tror det er helt avgjørende for god sykdomsmestring at jeg formidler håp og positivitet til pasienten (aeg).*

20. *Jeg tror det er viktig at jeg overfor pasienten uttrykker at jeg er kjent med deres sykdomstilstand og at jeg gir informasjon på en konkret og saklig måte (aeg).*

5. *Pasienter som har gitt opp seg selv kan ikke jeg eller noen andre hjelpe. En må elske seg selv skal en finne gode måter å mestre sykdom på (aeg).*

Uavhengighet- forståelse- forventning (bdf)

27. *Jeg opplever at pasienter i dag har mer kunnskap og søker mer informasjon om sykdommer blant annet på internett. Denne nye kunnskapen gjør pasienter mer selvstendige og gir derfor et godt grunnlag for fornuftige samtaler mellom meg og pasienten når det gjelder sykdomsmestring (bdf).*

9. *Jeg har god kjennskap til meg selv og mine reaksjonsmønstre, og unngår derfor å overføre egne følelser og behov til pasienten (bdf).*

4. *Jeg finner det svært vanskelig å jobbe med pasienter som tar mye personlig ansvar i deres sykdom. Det beste er om vi som helsepersonell får styre opplegget (bdf).*

Uavhengighet- forståelse- holdning (bdg)

26. *Jeg tror at å være uavhengig og selvstendig i bunn og grunn handler om ansvar- hvis jeg ikke gir ansvar kan jeg vel heller ikke forvente at noen skal ta det. God sykdomsmestring forutsetter ansvar (bdg).*

6. *Jeg tror at å oppnå god kvalitet i relasjonen handler mye om mot til å gå inn i situasjonene og å være tilstede i dem. Formidle håp, men samtidig se at det ikke alltid nytter, jeg skal likevel være der og støtte (bdg).*

11. *Jeg har ikke problemer med å forstå pasienter som gjentar destruktiv atferd og tar dårlige valg for helsen. Jeg tror ikke uavhengighet og ansvar for egen helse er noe som alle kan oppnå (bdg).*

Uavhengighet- håp- forventning (bef)

32. *Jeg synes det er viktig at jeg overfor pasienten forsøker å formidle en positiv og håpefull innstilling til livet generelt (bef).*

2. *Jeg tror at å være uavhengig av noen i en sykdomsfase (akutt, kronisk) ikke er mulig (bef).*

12. *Det viktigste i mitt arbeid er å være profesjonell og ha gode fagkunnskaper. Jeg skal gjøre meg forstått og legge til rette for god behandling. Bortsett fra det er resten opp til pasienten (bef).*

Uavhengighet- håp- holdning (beg)

30. *Jeg ønsker å være en som kan formidle håp. Det er ikke alltid like lett, noen ganger virker jo alt håpløst. Det betyr likevel ikke at jeg gir opp (beg).*

7. *Jeg tror håpet er individuelt og tilhører en selv (beg).*

16. *Håpet må pasientene finne i seg selv. Jeg tror det har lite å si hvordan jeg oppfører meg når det gjelder dette (beg).*

Gjensidighet- forståelse- forventning (cdf)

35. *Jeg forventer at pasienten viser forståelse for at jeg som lege eller sykepleier også bare er et menneske. Jeg alene kan ikke redde livet deres, de må selv være aktive i dette (cdf).*

21. *Jeg forventer at pasientene trenger tid til å bearbeide informasjon og blir møtt med respekt for den situasjonen de befinner seg i. Det tror jeg gjør det lettere for dem å mestre det som skjer (cdf).*

15. *Jeg tror det er svært vanskelig for pasienten å forstå legens eller sykepleierens perspektiv (cdf).*

Gjensidighet- forståelse- holdning (cdg)

33. *Det skal lite til for å gi den andre en opplevelse av gjensidighet. Å sette seg ned, vise tid og forsøke å skape en god kontakt er noe jeg forsøker i møte med pasienten (cdg).*

10. *Jeg tror det noen ganger er godt for pasientene at jeg som lege eller sykepleier også avslører litt av mine egne problemer. At jeg innimellom viser meg fra min personlige side er med på å senke forventninger og gjøre det lettere å mestre situasjonen (cdg).*

14. *Jeg synes det er viktig å reflektere kritisk over pasientens reelle forutsetninger for å forvalte makt/ansvar for eget liv. Behandlingsrelasjoner kan ikke alltid være gjensidige (cdg).*

Gjensidighet- håp- forventning (cef)

28. *Vi er alle avhengige av gode relasjoner i våre liv. Jeg tror gode relasjoner også er avgjørende for å mestre sykdom (cef).*

13. *Jeg forsøker å formidle håp, men dersom noen ikke virker til å være interessert i dette, gir jeg litt opp og trekker meg unna (cef).*

24. *Gjensidige behandlingsrelasjoner tror jeg er lett å få til, og vil styrke pasientens evne til mestring (cef).*

Gjensidighet- håp- holdning (ceg)

19. *Dersom jeg som lege eller sykepleier ikke lengre klarer å formidle håp, er det på tide å ta en pause fra yrket. Da trenger jeg noen som kan bygge meg opp (ceg).*

23. *Noen ganger setter jeg av tid til å bare prate med pasienten om hverdagslige ting. Da er vi bare to helt vanlige mennesker (ceg).*

18. *Håpet for meg er at jeg og pasienten sammen finner troen på at det er mulig å mestre sykdom (ceg).*

Vedlegg 4. Instruksjonsbetingelse for Q- sortering

Instruksjonsbetingelse for Q sortering

Les dette nøye før du begynner!

Vedlagt finner du 36 utsagn som sier noe om temaet behandlingsrelasjoner og dens betydning for sykdomsmestring. (Merk at behandlingsrelasjoner i denne sammenheng forstås som relasjonen mellom lege og pasient, eller sykepleier og pasient).

Du skal sortere ut i fra din opplevelse av dine relasjoner til pasient, og hvordan du opplever dens betydning for pasientens sykdomsmestring.

Det er viktig at du følger denne instruksjonen, det er ikke interessant hvordan du skulle ønske at ting var, det som gjelder her er hvordan du opplever at det faktisk er.

Dersom du synes at noen av utsagnene er uklare, eller det er noe du ikke forstår, ønsker jeg at du ringer meg. Jeg har satt opp telefontider jeg kan nås på. Ikke nøl med å ta kontakt!

Prøv å være så åpen og ærlig som mulig når du sorterer, ikke tenk for mye, la det være så intuitivt som mulig. Husk, det er ingen gale eller rette svar.

Dersom du har problemer med å plassere noen av utsagnene fordi du skulle ønske dem en plass som ikke er ledig, husk på dette; angi grad av enighet/uenighet i forhold til de andre utsagn. Det er kun innenfor disse 36 utsagn du skal vurdere din subjektivitet, ikke i forhold til annet som kunne være relevant for temaet.

Struktur for gjennomføring

1. Les først alle utsagnene for å få en oversikt over hele innholdet.
2. Del så utsagnene i noenlunde like grupper i samsvar med den betingelse som ligger i instruksjonen over;
 - Gruppe A: de utsagnene som beskriver deg- eller som er lik deg (til høyre)
 - Gruppe B: de utsagnene som ikke beskriver deg eller de som er ulik deg (til venstre)
 - Gruppe C: de utsagnene som er mer nøytrale, som ikke gir mening for deg, som virker tvetydige, tvilsomme, uklare eller motstridende.

3. Du skal nå gjøre en mer detaljert fordeling, hvor du skal plassere tallverdiene på utsagnene i mønsteret.
4. Først: legg ut alle utsagn i gruppe A: de som er lik deg, les så gjennom en gang til og velg det utsagnet som er mest likt deg. Plasser utsagnet lengst til høyre (+5) i pakt med skjemaets mønster.
5. Deretter gjør du det samme med gruppe B: de som er ulik deg. Plasser det utsagnet som er mest ulikt deg (-5) i henhold til skjemaets mønster.
6. Gå så tilbake til de utsagnene som er mest lik deg og velg to som du fortsatt er svært enig med og plasser dem på (+4).
7. Gjør nå tilsvarende for gruppe B: velg to utsagn og plasser dem under (-4).
8. Når du kommer til 3.kolonne plasser 3 utsagn først under (+3), så 3 under (-3). Likeså tilsvarende for (+/-2: 4 utsagn), (+/-1: 5 utsagn) og (0: 6 utsagn) rubrikkene. Vær nøye og bruk god tid. Dette er ikke nødvendigvis et fasitsvar på hvordan du skal gjøre det, bruk skjønn og gjør det som passer deg best. *Selv om det kan være vanskelig å plassere alle utsagnene, må alle plasseres i samsvar med mønsteret, og hvert utsagn kan bare plasseres en plass.*
9. Når du har fullført fordelingen og plasseringen, se over den på nytt og vurder hvorvidt du er enig med deg selv i de valg du har gjort. Er du misfornøyd med noe justerer du plasseringen til du blir fornøyd. Husk at du skal sortere ut i fra *din egen subjektive opplevelse av relasjon til pasient og dens betydning for sykdomsmestring.*
10. Noter utsagnenes nummer på skjemaet og legg det i konvolutten. Du kan også sende det på mail til meg på denne måten. Eksempel:

+5 : 17

+4: 29, 11

+3: 27, 21, 7

+2: 1, 28, 14, 6

+1: 33, 24, 22, 16, 25

0: 10, 36, 13, 3, 18, 5

-1: 31, 20, 34, 8, 35

-2: 19, 9, 26, 32

-3: 30, 2, 4

-4: 12, 23

-5: 15

Eksempel på ferdig utfylt skjema:

ULIK MEG										LIK MEG
-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
15	12	30	19	31	10	33	1	27	29	17
	23	2	9	20	36	24	28	21	11	
		4	26	34	13	22	14	7		
			32	8	3	16	6			
				35	18	25				
					5					

Navn: [REDACTED]

Alder:

Yrke/evnt vid.utdanning/spesialitet (spesifiser):

Som sagt, ikke nøl med å ta kontakt dersom du lurer på noe!

Jeg er tilgjengelig på telefon:

uke 37 : fredag (hele dagen).

uke 38 : mellom kl 16 og kl 20. (ved behov uke 39: hele dagen).

Fint om du kan levere så snart som mulig.

Lykke til og takk for din deltakelse!

Med vennlig hilsen

Kjersti Samuelsen

Vedlegg 6. Gjennomsnittlig sortering faktor 1

ULIK MEG						LIK MEG				
-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
4	8	10	5	7	2	14	1	20	6	33
	16	13	11	19	9	18	3	28	21	
		31	12	25	17	26	22	30		
			15	29	23	27	36			
				35	24	34				
					32					

Vedlegg 7. Gjennomsnittlig sortering faktor 2

ULIK MEG						LIK MEG				
-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
8	4	5	2	3	7	1	9	6	20	12
	17	15	16	10	13	21	24	23	32	
		25	31	11	14	26	30	33		
			34	19	18	27	36			
				28	22	35				
					29					

Vedlegg 8. Gjennomsnittlig sortering faktor 3

ULIK MEG						LIK MEG				
-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
23	8	18	5	2	1	7	10	3	21	20
	34	24	14	9	4	13	15	6	28	
		31	25	19	11	22	17	12		
			36	26	16	32	30			
				29	27	33				
					35					

Vedlegg 9. Særegne utsagn for faktor 1 og deres gjennomsnittlige faktorskår.

Utsagn	Skår
33. Det skal lite til for å gi den andre en opplevelse av gjensidighet. Å sette seg ned, vise tid og forsøke å skape en god kontakt er noe jeg forsøker i møte med pasienten.	+5
30. Jeg ønsker å være en som kan formidle håp. Det er ikke alltid like lett, noen ganger virker jo alt håpløst. Det betyr likevel ikke at jeg gir opp.	+3
20. Jeg tror det er viktig at jeg overfor pasienten uttrykker at jeg er kjent med deres sykdomstilstand og at jeg gir informasjon på en konkret og saklig måte.	+3
22. Forholdet til nære personer er avgjørende for god sykdomsmestring. Ved fravær av dette, kan jeg som lege eller sykepleier bidra med å formidle håp og forståelse.	+2
34. Jeg opplever at det finnes en nær sammenheng mellom hvordan jeg som helsepersonell oppfører meg og hvordan pasientene mestrer sin sykdom.	+1
2. Jeg tror at å være uavhengig av noen i en sykdomsfase (akutt, kronisk) ikke er mulig.	0
23. Noen ganger setter jeg av tid til å bare prate med pasienten om hverdagslige ting. Da er vi bare to helt vanlige mennesker.	0
24. Gjensidige behandlingsrelasjoner tror jeg er lett å få til, og vil styrke pasientens evne til mestring.	0
17. Jeg kan bare håpe at det jeg bidrar med hos pasienten fører til noe positivt i dens liv! Jeg føler mange ganger en usikkerhet når de utskrives.	0
12. Det viktigste i mitt arbeid er å være profesjonell og ha gode fagkunnskaper. Jeg skal gjøre meg forstått og legge til rette for god behandling. Bortsett fra det er resten opp til pasienten.	-2
13. Jeg forsøker å formidle håp, men dersom noen ikke virker til å være interessert i dette, gir jeg litt opp og trekker meg unna.	-3
10. Jeg tror det noen ganger er godt for pasientene at jeg som lege eller sykepleier også avslører litt av mine egne problemer. At jeg innimellom viser meg fra min personlige side er med på å senke forventninger og gjøre det lettere å mestre situasjonen.	-3
16. Håpet må pasientene finne i seg selv. Jeg tror det har lite å si hvordan jeg oppfører meg når det gjelder dette.	-4

Vedlegg 10. Særegne utsagn for faktor 2 og deres gjennomsnittlige faktorskår.

Utsagn	Skår
12. <i>Det viktigste i mitt arbeid er å være profesjonell og ha gode fagkunnskaper. Jeg skal gjøre meg forstått og legge til rette for god behandling. Bortsett fra det er resten opp til pasienten.</i>	+5
23. <i>Noen ganger setter jeg av tid til å bare prate med pasienten om hverdagslige ting. Da er vi bare to helt vanlige mennesker.</i>	+3
9. <i>Jeg har god kjennskap til meg selv og mine reaksjonsmønstre, og unngår derfor å overføre egne følelser og behov til pasienten.</i>	+2
24. <i>Gjensidige behandlingsrelasjoner tror jeg er lett å få til, og vil styrke pasientens evne til mestring.</i>	+2
21. <i>Jeg forventer at pasientene trenger tid til å bearbeide informasjon og blir møtt med respekt for den situasjonen de befinner seg i. Det tror jeg gjør det lettere for dem å mestre det som skjer.</i>	+1
28. <i>Vi er alle avhengige av gode relasjoner i våre liv. Jeg tror gode relasjoner også er avgjørende for å mestre sykdom.</i>	-1
3. <i>Jeg forsøker å vise forståelse for pasienter som ikke trives i pasientrollen. Det er nok ikke enkelt å være totalt avhengig av andres hjelp.</i>	-1
34. <i>Jeg opplever at det finnes en nær sammenheng mellom hvordan jeg som helsepersonell oppfører meg og hvordan pasientene mestrer sin sykdom.</i>	-2
17. <i>Jeg kan bare håpe at det jeg bidrar med hos pasienten fører til noe positivt i dens liv! Jeg føler mange ganger en usikkerhet når de utskrives.</i>	-4

Vedlegg 11. Særegne utsagn for faktor 3 og deres gjennomsnittlige faktorskår.

Utsagn	Skår
12. <i>Det viktigste i mitt arbeid er å være profesjonell og ha gode fagkunnskaper. Jeg skal gjøre meg forstått og legge til rette for god behandling. Bortsett fra det er resten opp til pasienten.</i>	+3
17. <i>Jeg kan bare håpe at det jeg bidrar med hos pasienten fører til noe positivt i dens liv! Jeg føler mange ganger en usikkerhet når de utskrives.</i>	+2
15. <i>Jeg tror det er svært vanskelig for pasienten å forstå legens eller sykepleierens perspektiv.</i>	+2
4. <i>Jeg finner det svært vanskelig å jobbe med pasienter som tar mye personlig ansvar i deres sykdom. Det beste er om vi som helsepersonell får styre opplegget.</i>	0
36. <i>Jeg formidler anerkjennelse og bekreftelse gjennom kjennskap til og respekt for pasientens grenser. Det tror jeg gir den andre en opplevelse av aksept.</i>	-2
14. <i>Jeg synes det er viktig å reflektere kritisk over pasientens reelle forutsetninger for å forvalte makt/ansvar for eget liv. Behandlingsrelasjoner kan ikke alltid være gjensidige.</i>	-2
18. <i>Håpet for meg er at jeg og pasienten sammen finner troen på at det er mulig å mestre sykdom.</i>	-3
24. <i>Gjensidige behandlingsrelasjoner tror jeg er lett å få til, og vil styrke pasientens evne til mestring.</i>	-3
34. <i>Jeg opplever at det finnes en nær sammenheng mellom hvordan jeg som helsepersonell oppfører meg og hvordan pasientene mestrer sin sykdom.</i>	-4
23. <i>Noen ganger setter jeg av tid til å bare prate med pasienten om hverdagslige ting. Da er vi bare to helt vanlige mennesker.</i>	-5

Vedlegg 12. Utsagnene og faktorenes plassering av dem

Utsagn nr	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1. Jeg tror det er helt avgjørende for god sykdomsmestring at jeg formidler håp og positivitet til pasienten.	2	1	0
2. Jeg tror at å være uavhengig av noen i en sykdomsfase (akutt, kronisk) ikke er mulig.	0	-2	-1
3. Jeg forsøker å vise forståelse for pasienter som ikke trives i pasientrollen. Det er nok ikke enkelt å være totalt avhengig av andres hjelp.	2	-1	3
4. Jeg finner det svært vanskelig å jobbe med pasienter som tar mye personlig ansvar i deres sykdom. Det beste er om vi som helsepersonell får styre opplegget.	-5	-4	0
5. Pasienter som har gitt opp seg selv kan ikke jeg eller noen andre hjelpe. En må elske seg selv skal en finne gode måter å mestre sykdom på.	-2	-3	-2
6. Jeg tror at å oppnå god kvalitet i relasjonen handler mye om mot til å gå inn i situasjonene og å være tilstede i dem. Formidle håp, men samtidig se at det ikke alltid nytter, jeg skal likevel være der og støtte.	4	3	3
7. Jeg tror håpet er individuelt og tilhører en selv.	-1	0	1
8. Jeg opplever ofte at pasientene ønsker at jeg skal forstå og hjelpe til med alt. Jeg forventer da av meg selv å påta meg et totalansvar.	-4	-5	-4
9. Jeg har god kjennskap til meg selv og mine reaksjonsmønstre, og unngår derfor å overføre egne følelser og behov til pasienten.	0	2	-1
10. Jeg tror det noen ganger er godt for pasientene at jeg som lege eller sykepleier også avslører litt av mine egne problemer. At jeg innimellom viser meg fra min personlige side er med på å senke forventninger og gjøre det lettere å mestre situasjonen.	-3	-1	2
11. Jeg har ikke problemer med å forstå pasienter som gjentar destruktiv atferd og tar dårlige valg for helsen. Jeg tror ikke uavhengighet og ansvar for egen helse er noe som alle kan oppnå.	-2	-1	0
12. Det viktigste i mitt arbeid er å være profesjonell og ha gode fagkunnskaper. Jeg skal gjøre meg forstått og legge til rette for god behandling. Bortsett fra det er resten opp til pasienten.	-2	5	3
13. Jeg forsøker å formidle håp, men dersom noen ikke virker til å være interessert i dette, gir jeg litt opp og trekker meg unna.	-3	0	1
14. Jeg synes det er viktig å reflektere kritisk over pasientens reelle forutsetninger for å forvalte makt/ansvar for eget liv. Behandlingsrelasjoner kan ikke alltid være gjensidige.	1	0	-2
15. Jeg tror det er svært vanskelig for pasienten å forstå legens eller sykepleierens perspektiv.	-2	-3	2
16. Håpet må pasientene finne i seg selv. Jeg tror det har lite å si hvordan jeg oppfører meg når det gjelder dette.	-4	-2	0
17. Jeg kan bare håpe at det jeg bidrar med hos pasienten fører til noe positivt i dens liv! Jeg føler mange ganger en usikkerhet når de utskrives.	0	-4	2

18. Håpet for meg er at jeg og pasienten sammen finner troen på at det er mulig å mestre sykdom.	1	0	-3
19. Dersom jeg som lege eller sykepleier ikke lengre klarer å formidle håp, er det på tide å ta en pause fra yrket. Da trenger jeg noen som kan bygge meg opp.	-1	-1	-1
20. Jeg tror det er viktig at jeg overfor pasienten uttrykker at jeg er kjent med deres sykdomstilstand og at jeg gir informasjon på en konkret og saklig måte.	3	4	5
21. Jeg forventer at pasientene trenger tid til å bearbeide informasjon og blir møtt med respekt for den situasjonen de befinner seg i. Det tror jeg gjør det lettere for dem å mestre det som skjer.	4	1	4
22. Forholdet til nære personer er avgjørende for god sykdomsmestring. Ved fravær av dette, kan jeg som lege eller sykepleier bidra med å formidle håp og forståelse.	2	0	1
23. Noen ganger setter jeg av tid til å bare prate med pasienten om hverdagslige ting. Da er vi bare to helt vanlige mennesker.	0	3	-5
24. Gjensidige behandlingsrelasjoner tror jeg er lett å få til, og vil styrke pasientens evne til mestring.	0	2	-3
25. Jeg opplever sjelden at pasientene ikke bidrar aktivt i behandlingen, eller at de ikke viser forståelse for at jeg som lege eller sykepleier har mye å gjøre.	-1	-3	-2
26. Jeg tror at å være uavhengig og selvstendig i bunn og grunn handler om ansvar- hvis jeg ikke gir ansvar kan jeg vel heller ikke forvente at noen skal ta det. God sykdomsmestring forutsetter ansvar.	1	1	-1
27. Jeg opplever at pasienter i dag har mer kunnskap og søker mer informasjon om sykdommer blant annet på internett. Denne nye kunnskapen gjør pasienter mer selvstendige og gir derfor et godt grunnlag for fornuftige samtaler mellom meg og pasienten når det gjelder sykdomsmestring.	1	1	0
28. Vi er alle avhengige av gode relasjoner i våre liv. Jeg tror gode relasjoner også er avgjørende for å mestre sykdom.	3	-1	4
29. Min erfaring er at pasienter flest er selvstendige, takler sine problemer og mestrer sykdommen sin på en god måte.	-1	0	-1
30. Jeg ønsker å være en som kan formidle håp. Det er ikke alltid like lett, noen ganger virker jo alt håpløst. Det betyr likevel ikke at jeg gir opp.	3	2	2
31. Det er lite jeg som lege eller sykepleier kan påvirke i pasientens liv. Det er i deres eget private liv de må ha gode relasjoner.	-3	-2	-3
32. Jeg synes det er viktig at jeg overfor pasienten forsøker å formidle en positiv og håpefull innstilling til livet generelt.	0	4	1
33. Det skal lite til for å gi den andre en opplevelse av gjensidighet. Å sette seg ned, vise tid og forsøke å skape en god kontakt er noe jeg forsøker i møte med pasienten.	5	3	1

<i>34. Jeg opplever at det finnes en nær sammenheng mellom hvordan jeg som helsepersonell oppfører meg og hvordan pasientene mestrer sin sykdom.</i>	1	-2	-4
<i>35. Jeg forventer at pasienten viser forståelse for at jeg som lege eller sykepleier også bare er et menneske. Jeg alene kan ikke redde livet deres, de må selv være aktive i dette.</i>	-1	1	0
<i>36. Jeg formidler anerkjennelse og bekreftelse gjennom kjennskap til og respekt for pasientens grenser. Det tror jeg gir den andre en opplevelse av aksept.</i>	2	2	-2

Vedlegg 13. Sammenfallende utsagn

Nr	Utsagn	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1	1. Jeg tror det er helt avgjørende for god sykdomsmestring at jeg formidler håp og positivitet til pasienten.	2	1	0
5*	5. Pasienter som har gitt opp seg selv kan ikke jeg eller noen andre hjelpe. En må elske seg selv skal en finne gode måter å mestre sykdom på.	-2	-3	-2
7*	7. Jeg tror håpet er individuelt og tilhører en selv.	-1	0	1
8*	8. Jeg opplever ofte at pasientene ønsker at jeg skal forstå og hjelpe til med alt. Jeg forventer da av meg selv å påta meg et totalansvar.	-4	-5	-4
11*	11. Jeg har ikke problemer med å forstå pasienter som gjentar destruktiv atferd og tar dårlige valg for helsen. Jeg tror ikke uavhengighet og ansvar for egen helse er noe som alle kan oppnå.	-2	-1	0
19*	19. Dersom jeg som lege eller sykepleier ikke lengre klarer å formidle håp, er det på tide å ta en pause fra yrket. Da trenger jeg noen som kan bygge meg opp.	-1	-1	-1
26	26. Jeg tror at å være uavhengig og selvstendig i bunn og grunn handler om ansvar- hvis jeg ikke gir ansvar kan jeg vel heller ikke forvente at noen skal ta det. God sykdomsmestring forutsetter ansvar.	1	1	-1
27*	27. Jeg opplever at pasienter i dag har mer kunnskap og søker mer informasjon om sykdommer blant annet på internett. Denne nye kunnskapen gjør pasienter mer selvstendige og gir derfor et godt grunnlag for fornuftige samtaler mellom meg og pasienten når det gjelder sykdomsmestring.	1	1	0
29*	29. Min erfaring er at pasienter flest er selvstendige, takler sine problemer og mestrer sykdommen sin på en god måte.	-1	0	-1
30	30. Jeg ønsker å være en som kan formidle håp. Det er ikke alltid like lett, noen ganger virker jo alt håpløst. Det betyr likevel ikke at jeg gir opp.	3	2	2
31	31. Det er lite jeg som lege eller sykepleier kan påvirke i pasientens liv. Det er i deres eget private liv de må ha gode relasjoner.	-3	-2	-3

Utsagn som har signifikant likhet i rangering. * markerer de utsagn som har signifikansnivå tilsvarende >0.05.