

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2014 nr. 1

Intern praksisrettet undervisning

Sykepleiestudenters erfaringer med simuleringsøvelsen sengebad

Ragna Ingeborg Engelian



Høgskolen i Gjøvik
2014

ISSN: 1890-520X

ISBN: 978-82-93269-49-6

FORORD

Denne rapporten beskriver prosjektet:

Intern praksisrettet undervisning. Sykepleiestudenters erfaringer med simuleringsøvelsen sengebud.

Hensikten med det aktuelle prosjektet var å utforske og beskrive hva slags erfaringer studenter har med å gjennomføre sengebud på hverandre, og hvilke oppfatninger de har om læringsutbytte.

Målet var å få tilgang på samme studenters erfaringer både umiddelbart etter øvelsen, og etter at første veiledede praksis var avsluttet, for å kunne sammenligne erfaringer og oppfatninger.

Jeg vil takke studenter på kull 12HBSPLH / 12HBSPLD som deltok i prosjektet.

En stor takk til veileder Solveig Struksnes for konstruktive tilbakemeldinger, gode ideer og nyttig veiledning under utarbeidelse av spørreskjema og rapport.

HIG

10.01.2014

Ragna Ingeborg Engelién

INNHOLD

BAKGRUNN.....	3
Simulering som praksisforberedende læringsmetode	4
Prosjektets hensikt og mål	8
METODE	9
Planlegging	10
Utvalg	10
Utvikling av spørreskjema.....	10
Rekruttering	12
Gjennomføring	12
Øvelsen sengebad	12
Administrering av datainnsamlingsinstrumentene	12
Analyse av data	13
Kvalitativ innholdsanalyse.....	13
Kvantitativ analyse	14
FUNN	15
Resultater av kvalitativ innholdsanalyse	15
Erfaringer med å være “pasient”	15
Studentenes erfaringer med å være “sykepleier”	19
Resultater av kvantitative analyser	24
Oppfatninger om simuleringsøvelsens nytteverdi før og etter praksis.....	24
DISKUSJON OVER FUNNENE	28
SAMMENDRAG.....	35

BAKGRUNN

De senere årene har en sett store endringer i utdanningen av sykepleiere (Midgley 2006, s. 54). I Norge har sykepleie blitt et kunnskapssøkende og akademisk fag, hvor utdanningen består av 3 års fulltidsstudier som fører til en bachelorgrad tilsvarende 180 studiepoeng innenfor European Credit Transfer og akkumulering System (EU-kommisjonen 2009). Sykepleierutdanningen reguleres av nasjonal Rammeplan for sykepleieutdanning (Kunnskapsdepartementet 2008), og programmet omfatter 50 uker kliniske studier.

Ved Høgskolen i Gjøvik (HiG) gjennomfører studentene ti uker praksis i sykehjem i første studieår. Høgskolen har sammen med praksisfeltet et felles ansvar, både formelt og faglig, for å tilrettelegge et læringsmiljø for studentene som gir læringsutbytte i tråd med Rammeplanen. Kvalitetsreformen for høyere utdanning gir føringer for hvordan høgskoler og universiteter skal og bør sikre studentene et optimalt læringsmiljø (Helse - og omsorgsdepartementet 2006). Profesjonsutdanningenes mål er utvikling av personlig og integrert kunnskap, som setter studenten i stand til å ta selvstendige, kunnskapsbaserte avgjørelser av faglig og etisk karakter (Lerdal og Fagermoen 2011).

Samhandlingsreformen ble innført i 2012, og har nå kommet godt i gang. Intensjonen var blant annet å styrke samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. Kommunene tar i mot utskrivningsklare pasienter, noe som fører til at sykehjem følger opp og behandler pasienter med mer komplekse sykehistorier enn tidligere. Kommunene satser på forebygging og styrker kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helse - og omsorgsdepartementet 2012).

Det er av betydning at studenter innehar en viss kompetanse i forhold til grunnleggende sykepleieprosedyrer når de starter sin første praksis. I følge Stortingsmelding 13 er det avgjørende for den samlede studiekvaliteten hvordan undervisningen ved lærestedene virker sammen med kvaliteten i praksisstudiene (Det Kongelige Kunnskapsdepartement 2011-2012). For å forberede studentene ved Høgskolen i Gjøvik til å gå ut i praksis, gjennomfører de noen obligatoriske sykepleiehandlinger- eller prosedyrer. Disse foregår i

simuleringslaboratoriet. Intern praksisrettet undervisning (PRU) utgjør 15 studiepoeng i første studieår.

Som emneansvarlig for PRU i første studieår ønsket forfatteren å gjennomføre et utviklingsprosjekt i klinikklaboratoriet. Det aktuelle prosjektet er knyttet til PRU i første studieenhet, som er ment som en forberedelse til første praksisperiode i bachelor sykepleie (VPS1002).

SIMULERING SOM PRAKSISFORBEREDENDE LÆRINGSMETODE

I alle år har sykepleierutdanningen benyttet ulike former for rollespill som læringsaktivitet i forbindelse med praktiske, manuelle sykepleieferdigheter og prosedyrer (Fagermoen 1993; Martinsen 2005). Alle disse øvelsene representerer ulik bruk av pasientsimulering som læringsmetode. Simulering kan være alt fra “casemetodikk”, ren ferdighetstrening (“skills”) til fullskalasilulering. I simuleringslaboratoriet ved Høgskolen i Gjøvik øver sykepleiestudentene på alt fra forflytningsteknikk, sengebud og injeksjoner, til avansert livreddende hjelp og mer sammensatte pasientsituasjoner. Alle disse øvelsene representerer ulike nivåer av *simulering* som læringsmetode for sykepleiestudenter.

Det finnes ulike definisjoner på simulering. I helsefagutdanning bruker man ofte å si at det er fenomener eller aktiviteter som etterligner et klinisk miljø, hvor en kan trene prosedyrer, ta beslutninger og kritisk tenkning ved hjelp av rollespill, video eller simulatorer (Jeffries 2007). Morton (1996) beskriver simulering som konstruerte erfaringer som etteraper (“mimic”) prosesser eller forhold som ikke kan eller bør erfares for første gang av en student, på grunn av studentens uerfarenhet og risiko for pasienten. Leigh og Spindler (2004) knytter simuleringsaktivitet til ønsket om at deltagerne skal tilegne seg innsikt i komplekse relasjoner og sammenhenger i en spesifikk kontekst. “It is a way of preparing for (or reviewing) action in the real world” (Leigh og Spindler 2004, s. 54).

Casemetodikk har vært brukt i høyere utdanning siden 1870, først innen jusstudiet og etter hvert innen sykepleie. Når man bruker case i undervisningen, tar man utgangspunkt i åpne, autentiske problemer og situasjonsbeskrivelser knyttet til faget (Pettersen 2005). Casebasert undervisning handler om å gi undervisningen en praksistilknytning, og har vært mye benyttet innen sykepleierutdanning.

Ferdighetstrening omfatter øvelser på ferdigheter og prosedyrer hvor manuelle ferdigheter og “drilling” av disse er sentralt. Som regel er det snakk om enkeltstående ferdigheter, løsrevet fra det man vil finne i en klinisk sammenheng. Kommunikasjon med pasienten og miljøet rundt simuleringen vektlegges i mindre grad enn ved fullskala simulering.

Fullskala simulering som pedagogisk metode har de siste årene blitt svært aktuell innen utdanning av sykepleiere. Hensikten er at studentene kan utvikle kompetanse til å møte mer sammensatte utfordringer i pasientsituasjoner. Lerner, Magrane og Friedman (2009) sier at fordelen med at dette kan gjøres i en simuleringssetting, er at her utføres det i et trygt læringsmiljø, og at feil ikke setter pasienters liv i fare.

Det er utviklet svært avanserte simulatorer for å få høyest mulig grad av troverdighet og autentisitet (fidelity) i øvingssituasjoner. Ett eksempel er Lærdal medicals “SIM-man”. Disse simulatorene er “naturtro” dukker, som bidrar til å skape svært autentiske situasjoner. Simulatorene har mulighet for å vise realistiske kliniske symptomer og ulike fysiologiske parametre, og gir umiddelbar respons på aktørens sykepleietiltak. Dukkene kan også kommunisere, og respondere realistisk på aktørens handlinger og kommunikasjon.

Utstyret og modellene (simulatorene) som benyttes kan ha ulike grader av “fidelity” (“naturtrohet”), men simuleringen kan se ut til å utvikle seg til en situasjon med høy eller lav grad av realisme uavhengig av simulatorens fidelity (Rodgers 2007).

Sykepleiestudentene bruker ofte hverandre som “pasienter” når de øver på forflytningsteknikk, sengebud, injeksjoner og assistanse ved måltider. Noen vil hevde at å bruke et “ekte” menneske som simulator gir en høy grad av realisme i simuleringen.

Øvelsen ei PRU skal synliggjøre grunnleggende manuelle sykepleieferdigheter, og danne grunnlag for studentenes videreutvikling av disse. I tillegg skal læringsmetodene forberede studentene for den eksterne praksisen. Fagermoen (1993) og Studdy, Nicol og Fox-Hiley (1994) argumenterer alle for at sykepleiestudenten bør ha nådd et visst nivå i selvtillit og presisjon, før de skal utøve sykepleie til pasient. Studdy, Nicol og Fox-Hiley (1994) har også utviklet en integrert ferdighets undervisningsmodell (Integrated Skills Teaching Model) til dette formålet. Denne er tillempet som et kart for undervisning og veiledning i forbindelse med

ferdighetstrening i HiGs simuleringslaboratorie. Hensikten med interne læringsaktiviteter dokumenteres gjennom fire nivåer:

Nivå 1. Sykepleiestudenten starter med et "møte" med ferdigheten som skal læres. Dette gir studenten et inntrykk av ferdigheten ved at den demonstreres i vanlig tempo, som en del av en situasjon. Ved å vise ferdigheten i en kontekst, vil studenten bedre bli i stand til å se relevansen av andre aspekter og for eksempel samhandlingsferdigheter og hvordan skape trygghet. Den manuelle ferdigheten blir slik mer enn et gjøremål, og inkluderer rasjonelle -, samhandlings- og etiske ferdigheter.

Nivå 2. "Prøving og utdyping" er en strukturert lærer tilrettelagt diskusjon, hvor studenten prøver og utdyper ferdigheten. Her relaterer lærer og student ferdigheten til teorien. Fordi studenten allerede har fått ferdigheten demonstrert, synes det som en enklere kan integrere ny informasjon. Det synes også enklere å relatere til andre deler av undervisningen, slik som eksempelvis samhandling, naturvitenskaplige fag og sykepleieteorier. Dette hjelper studenten til å forstå og se relevansen av abstrakt kunnskap.

Nivå 3. "Eksperimentering" handler om at studenten praktiserer ferdigheten under supervisjon av lærer. Dette skjer på en systematisk måte. Dette gir studenten feedback og bekreftelse som jeg hevder er fundamentalt for ferdighetstreningen.

Nivå 4. "Evaluering" innebærer en kort gruppe diskusjon på slutten av undervisningssesjonen, for å evaluere og dele erfaringer.

Studentene oppfordres til å identifisere det de har oppnådd, og hva de trenger ytterligere trening på for ferdighetsoppnåelse. Dette vil avgjøre om studenten trenger å starte på trinn 1, 2 eller 3 i spiralen, for å nå akseptabelt nivå. Utførelsen av ferdigheter må alltid vurderes og kan alltid forbedres. Én ferdighet vil kunne trenge flere undervisningssesjoner.

Ved Høgskolen i Gjøvik holdes oftest teoriundervisningen tilknyttet de praktiske øvelsene i forkant av øvingsdagene. Undervisningen blir gjennomført som ressursforelesninger.

En periode ble det benyttet tilnærmet induktiv læring, hvor studentene bare så demonstrasjonsvideo i forkant av øvelsene, men uten ressursforelesninger. Erfaringene

med dette var at studentene til en viss grad kunne reflektere over mellommenneskelige relasjoner etter øvelsen, men de kunne ikke begrunne faglig de utførte handlingene.

Det ble produsert demonstrasjonsvideoer som undervisningsmateriell. En begrunnelse for dette var å rasjonalisere undervisningsopplegget, men også å standardisere den demonstrasjonen studentene fikk. Det krever mindre veiledningsressurser om studentene blir vist et eksempel på gjennomføring, før de starter å øve. Høgskolelektorer deltok i innspillingen av demonstrasjonsvideoene. I disse filmene vektlegges det å synliggjøre alle de tre elementene i sykepleierens handlingskompetanse. Både den tekniske gjennomføringen (håndlag og "grep") og sykepleierens holdning og samhandlingsferdigheter kunne bli utgangspunkt for refleksjon hos studentene, under og etter øvelsen.

Å demonstrere en prosedyre kan betraktes som uttrykk for et tradisjonelt syn på læring av manuelle ferdigheter, hvor etteraping av ekspertens utførelse blir et mønster for den lærende (Studdy, Nicol og Fox-Hiley 1994). Det vektlegges imidlertid å fortelle studentene at de vises *én* måte å gjennomføre sykepleiehandlingen på, og at de etter hvert kunne utvikle sin handlingskompetanse for nye situasjoner, ut fra gitte prinsipper.

Fokus i filmene er rettet mot delmål i fagplan som omhandlet yrkessosialisering, og innsikt i egen atferd. Det er lagt vekt på og diskutert det å møte presis, korrekt arbeidsantrekk, tillitvekkende atferd osv. ved de første øvingene, noe som tilsvarer nivå 1 (Studdy, Nicol og Fox-Hiley 1994). Denne erfaringen ble i ettertid knyttet opp mot et sosiokulturelt lærings- og kunnskapssyn som poengterer at kunnskap er avhengig av den kulturen den er en del av (Dysthe 2001). Det å *kunne* er i sosiokulturelt læringsteori nært knyttet til praksisfellesskapet og individets evne til å delta i disse. Å delta i sosiale praksiser der læring skjer ble derfor sentralt i det å lære, nivå 2, (Studdy, Nicol og Fox-Hiley 1994).

Betydningen av at en ferdighet innøves i en kontekst, sees som nødvendig for å hjelpe studenten til å se en helhet og å trekke inn kunnskap som ikke er direkte knyttet til selve ferdighetstreningen. Jeffries (2005) påpeker at den største forskjellen mellom tradisjonell prosedyretrening og simulering nettopp er det å sette treningen i en sammenheng.

Én sykepleieferdighet som sykepleiestudentene gjennomfører før klinisk praksis i sykehjem, er sengebud av pleietrengende pasient. Studentene ser først en video hvor prosedyren sengebud gjennomføres, før de øver selv. Grupper på tre studenter samarbeider, og alle skal erfare rollen som “sykepleier”, “assistent” og “pasient”. I etterkant av øvelsen reflekterer de over erfaringene sine.

Denne simuleringsøvelsen forårsaker en del engstelse og frustrasjon hos studenter, og enkelte ber om fritak. Det er derfor behov for å ha gode begrunnelser for gjennomføre øvelsen på den tradisjonelle måten, med tanke på at det finnes realistiske simulatorer (“pleiedokker”) som kan benyttes. Er læringsutbyttet ved å erfare pasientrollen så stort at det legitimerer å utsette studentene for den tilsynelatende ubehagelige opplevelsen? Er læringsutbyttet ved å gjennomføre sengebud på en levende markør større enn å gjøre det tilsvarende på en pasientsimulator? Selv de relativt “enkle” pleiedukkene er kostbare, og det er behov for mange av dem for å kunne tilby alle studentene mulighet til å øve. Med mange studenter og økende bruk av simuleringsmetodikk i undervisningen, bør anvendelsen av denne type simulatorer vurderes nøye.

Med bakgrunn i dette var det ønskelig å undersøke hvordan studentene opplever denne læringsaktiviteten og læringsutbyttet av den.

PROSJEKTETS HENSIKT OG MÅL

Hensikten med det aktuelle prosjektet var å utforske og beskrive hva slags erfaringer studenter har med å gjennomføre sengebud på hverandre, og hvilke oppfatninger de har om læringsutbytte.

Målet var å få tilgang på samme studenters erfaringer både umiddelbart etter øvelsen, og etter at første veiledede praksis var avsluttet, for å kunne sammenligne erfaringer og oppfatninger.

METODE

Det ble tidlig i planleggingsfasen et behov for å få tilgang til *kvalitative beskrivelser* av erfaringer, opplevelser og oppfatninger. Samtidig var det et ønske å kunne *sammenligne* studenter med og uten tidligere pleieerfaring, og heltids- og deltidsstuderende. Prosjektet har følgelig et design med innhenting av både kvalitative og kvantitative data, kalt 'mixed methods'. Kvantitative data og resultatene av disse fremskaffer et generelt bilde av forskningsproblemet, mens nærmere analyse, spesielt gjennom kvalitative data, er til hjelp for å nyansere, utvide eller forklare det generelle bildet. Kvalitative data hjelper til å forstå og utdype forhold. Disse tilnærmingene kan fungere som tester av hverandre. Hvis de to metodene gir svært forskjellige resultater er muligens resultatet lite troverdig, gir de samme konklusjon kan vi gå ut fra at det er ganske sterke resultater. Vi kan bruke de to metodene til å validere, og teste gyldigheten i funn (Jacobsen 2010).

Hensikt og mål for prosjektet knyttes til to simuleringsøvelser. I den ene øvelsen er studenten "pasient", og i den andre har studenten rollen som sykepleier.

Prosjektets design omfatter datainnsamling på to tidspunkter; umiddelbart etter øvelsene og etter avsluttet praksisperiode.

Prosjektets hensikt ble operasjonalisert til fem forskningsspørsmål:

1. Hva opplever studentene i rollene som "pasient" og "sykepleier"?
2. Hva erfarer studentene at de lærer av øvelsen umiddelbart etterpå?
3. Hvordan oppfatter studentene at øvelsen har betydning for ferdighetene deres i klinisk praksis?
4. Er det ulike oppfatninger om øvelsen og dens læringsutbytte blant studenter med og uten tidligere klinisk erfaring?
5. Er det ulike oppfatninger om øvelsen og dens læringsutbytte blant studenter på heltid og deltid?

Kvalitativ del i prosjektet har et eksplorativt og deskriptivt design og er spesielt knyttet til forskningsspørsmål 1-3.

Den *kvantitative delen* er en tverrsnittstudie, som er en undersøkelse som samler informasjon på en planlagt måte, i et definert utvalg på et gitt tidspunkt. Sammenhenger og variasjoner i funnene kan deretter analyseres (Polit og Beck 2010).

Respondentene svarte på spørsmål i et spørreskjema umiddelbart etter at øvelsen sengebad var gjennomført, og umiddelbart etter praksisperioden på 10 uker.

Datainnsamling knyttes til studentenes erfaringer med og oppfatninger om forhold ved læringsaktiviteten, og vurdering av læringsutbytte før og etter gjennomført praksisperiode. Det defineres to studentgrupper som skal sammenlignes med hensyn til forskningsspørsmål 4 og 5: Studenter med og uten tidligere klinisk erfaring, og studenter på heltids- og deltidsprogram.

PLANLEGGING

Prosjektet ble planlagt gjennomført vårsemesteret 2013. Både øvelsen og datainnsamlingen skulle foregå i høgskolens lokaler.

Utvalg

Utvalget ble gjort i form av “purposive samples”, som vil si at informantene ble valgt ut i fra studiens hensikt. Informantene var studenter 1. år Bachelor i sykepleie, heltid og deltid. De representerer begge kjønn, og er mellom 19 og 50 år. Noen med erfaring fra helsesektoren, andre kommer direkte fra videregående skole.

Inklusjonskriterier var å være student i 1. år bachelor sykepleie, og å ha deltatt i øvelsen sengebad av sengeliggende pasient.

Det var ingen eksklusjonskriterier, men i ettertid registreres at studenter som fikk “ikke-bestått” i praksis ikke deltok i datainnsamlingen etter praksisperioden. Dette dreier seg om 13 studenter.

Utvikling av spørreskjema

Det ble benyttet et tosidig spørreskjema for datainnsamling; en side med åpne spørsmål (kvalitativ del) og en for lukkede spørsmål med avkryssingsmulighet (kvantitativ del).

Intervjuguide for kvalitative data ble utviklet på grunnlag av forskningsspørsmålene, og følgende spørsmål ble stilt:

Rekruttering

En uke i forkant av øvelsen sengebud ble det gitt muntlig informasjon i den enkelte klasse om gjennomføring av prosjektet, i tillegg fikk samtlige studenter på kullene (heltid og deltid) en mail med samme informasjon. Det var obligatorisk å være med på øvelsen, men det var frivillig om den enkelte student ville svare på spørsmålene i spørreundersøkelsen. Det å ha svart på spørreskjemaene ble sett på som samtykke til deltagelse, dette var studentene informert om i forkant. Studentene ble informert om at de ville være anonymisert i undersøkelsen, slik at ingenting kan spores tilbake til den enkelte.

Etter praksisperioden fikk studentene spørreskjemaet i forbindelse med refleksjonsvakt med kontaktlærer. Informasjon om frivillighet og anonymisering ble gjentatt muntlig.

GJENNOMFØRING

Øvelsen sengebud

Sengebud av pleietrengende pasient er en sykepleieferdighet som sykepleiestudentene gjennomfører før klinisk praksis i sykehjem. Øvelsen ble gjennomført høsten 2012, i september for heltidskullet, og i desember for deltidskullet, rett før praksisstudiene.

Studentene så først en video hvor prosedyren sengebud gjennomføres, før de øvde selv. Grupper på tre studenter samarbeidet, og alle skulle erfare rollen som "sykepleier", "assistent" og "pasient". I etterkant av øvelsen reflekterte de over erfaringene sine ("debrifing").

Administrering av datainnsamlingsinstrumentene

Spørreskjemaene ble lagt på nattbordene ved den enkelte seng i forkant av øvelsen. Det ble satt ut en eske hvor studentene la det enkelte skjema ved undervisningens slutt.

Samtlige studenter som deltok i øvelsen fikk utdelt spørreskjema, totalt 194 studenter. Av disse leverte 187 spørreskjemaene, 149 heltidsstudenter og 38 deltidsstudenter.

Det ble gjennomført en ny datainnsamling etter veiledet praksis. Denne ble gjennomført i juni 2013 for heltid, og oktober 2013 for deltid. Samtlige av studentene som møtte på refleksjonsvakt med kontaktlærer fikk utdelt spørreskjema. Her delte den enkelte kontaktlærer ut skjema til sine studenter, og leverte til prosjektleder. Det var i alt 148

heltidsstudenter som gikk ut i praksis, og 9 studenter falt fra i løpet av praksisperioden. Antall spørreskjema som kom inn i etterkant av veiledet praksis var 114 av i alt 139 som hadde gjennomført praksisperioden (83%). Det var i alt 47 deltidsstudenter som gikk ut i praksis 4 studenter falt fra i løpet av praksisperioden. Antall spørreskjema som kom inn i etterkant av veiledet praksis var 39 (83%) som hadde gjennomført praksisperioden.

ANALYSE AV DATA

Kvalitativ innholdsanalyse

Spørreskjemaene ble nummerert, og alle beskrivelser ble skrevet inn i en tabell for å gjøre dem mer håndterbare.

Innholdsanalyse ble benyttet for å fange opplevelser, refleksjoner og holdninger i informantenes beskrivelser (Downe-Wamboldt 1992). I skrivende stund er kun data fra første datainnsamling analysert i henhold til trinnene i induktiv innholdsanalyse i henhold til Graneheim og Lundmann (2004):

Teksten ble inngående lest for å få en følelse av helheten, og for å identifisere de analyseenhetene i teksten som svarte til problemstillingen. Analyseenhetene ble delt opp i meningsbærende enheter; 683 enheter om å være "pasient" og 508 om rollen som sykepleier. Materialet ble deretter kondensert, uten at ordlyden i utsagnene ble endret i særlig grad. Den kondenserte teksten ble abstrahert og navngitt som koder. Kodene ble deretter gruppert, og ble grunnlag for subkategorier.

Sammenligning, gruppering og redusering av subkategoriene var neste steg. Analysen resulterte i fire kategorier som beskriver studentenes erfaringer med å være "pasient", og fire kategorier som beskriver erfaringer med å være "sykepleier".

En tolkning av det latente, usagte budskapet i kategoriene resulterte i to temaer. Disse fanger essensen av studentenes erfaringer med sykepleierrollen og pasientrollen.

Data fra andre datainnsamling (etter praksis) er foreløpig ikke analysert på samme måte. Utsagnene er imidlertid transkribert, og kategorisert med en deduktiv tilnærming relatert til funnene fra første datainnsamling. Disse funnene benyttes som utfyllende data i diskusjonsdelen i denne rapporten.

Kvantitativ analyse

Spørreskjema med lukkede svaralternativer ble benyttet. Spørsmålene er variabler, dvs. at spørreskjemaet inneholder 7 variabler med graderte svaralternativer (Likerts skala), og en variabel som er knyttet til om respondenten har tidligere erfaring eller ikke, med svaralternativer "Ja" eller "Nei".

Tverrsnittstudier (surveys) tar for seg en gruppe mennesker på et bestemt tidspunkt og måler ofte en rekke variabler. I dette prosjektet er det gjennomført enkle analyser, hvor respondentenes gjennomsnittsscore på de 7 variablene i spørreskjemaet er beskrevet, i tillegg til frekvenser og prosent. Analysene ble utført ved hjelp av IBM SPSS statistics versjon 20.

Respondentene ble delt inn i heltids- og deltidsstudenter, og respondenter med og uten tidligere klinisk erfaring. Disse ble sammenlignet ved hjelp av T-test, også kalt 'Students T-test', som kan angi eventuelle signifikante forskjeller mellom to gruppers gjennomsnittlige score for svar på spørsmål i en gradert skala. Det velges signifikansnivå på 0,05.

FUNN

Avsnittet presenterer først funn fra den kvalitative delen av prosjektet, som omhandler studentenes opplevelser av øvelsen sengebud, og hva slags læringsutbytte denne øvelsen har for studiene i klinisk praksis.

Deretter presenteres resultatene av den kvantitative delen, hvor statistiske analyser viser studentenes vurderinger av læringsaktiviteten og dens betydning som forberedelse til kliniske studier.

RESULTATER AV KVALITATIV INNHOLDSANALYSE

Funnene presenteres i tabeller for oversikt, og utdypes og eksemplifiseres ved hjelp av sitater under hver subkategori. Temaet presenteres til slutt, som en tolkning av det latente, usagte og gjennomgående budskapet i informantenes beskrivelser. Data fra studentenes beskrivelser etter praksisperioden er lagt inn som supplement underveis i presentasjonen.

Erfaringer med å være “pasient”

Funnene kan beskrives i fire kategorier og 12 subkategorier. Ett latent tema framkom etter refleksjon over kategoriene.

Tabell 1 Opplevelser som “pasient”

TEMA	Læring gjennom selvopplevd sårbarhet			
KATEGORIER	Å kjenne anspenhet knyttet til rollespillet	Å føle fysisk og psykisk sårbarhet	Å erfare sykepleierens handlinger	Å lære gjennom å føle på kroppen
SUBKATEGORIER	<i>Gruet seg til situasjonen</i>	<i>Følte hjelpeløshet</i>	<i>Kjente betydningen av sykepleierens planlegging</i>	<i>Tenkte over hvordan en selv gjør ting</i>
	<i>Testet egne grenser</i>	<i>Opplevde nakenhet som nedverdiggende eller komfortabelt</i>	<i>Opplevde trygghet, sikkerhet og ivaretagelse</i>	<i>Ble bevisst hvordan pasienten kan ha det</i>
	<i>Erfarte å gå inn i en rolle</i>	<i>Ble bevisst hendene til sykepleieren</i>	<i>Følte effekten av det sykepleieren gjør</i>	<i>Lærte noe til nytte i praksisstudier</i>

Tabellen viser informantenes beskrivelser av å inneha rollen som hjelpetrequende, sengeliggende pasient som får assistanse av medstudent for å få vasket seg i seng.

[Å kjenne anspenhet knyttet til rollespillet](#)

Kategorien handler om studentenes oppfatninger av læringsaktiviteten.

Gruet seg til situasjonen

Informantene gruet seg til at medstudenter skulle vaske dem. Det var "litt skummelt med hensyn til eksponering av egen kropp"(12). Andre erfarte at gjennomføring av øvelsen gikk bedre enn forventet. Det var ikke så ubehagelig eller ille som de hadde antatt. Enkelte mente det var "fint" å være pasient i denne øvelsen, eller "morsomt og deilig" å bli stelt"(46).

Testet egne grenser

Reaksjonene på å teste egne grenser varierte, men det opplevdes "ubehagelig at medstudenter gikk så langt inn på komfortsonen"(30). En informant hadde bedt om samtale med sin veileder i forkant av simuleringen, på grunn av angst for å vise seg for medstudenter i undertøy. Student og veileder fant en løsning på dette. Etter øvelsen uttrykte studenten glede over at hun ikke skulket, da det "var bra å kjenne grensen for å være nær andre mennesker i en intimsituasjon"(113).

Erfarte å gå inn i en rolle

Å gjennomføre et rollespill følte positivt for noen, mens andre oppfattet det "litt ekkelt og ligge og bli behandlet som syk når en var frisk"(128). Situasjonen følte ikke helt "naturlig" når "jeg egentlig klarte å stille meg selv"(128). Rollespillet kunne også oppleves som en situasjon hvor det var vanskelig "å slippe seg løs fordi det ikke er på ordentlig"(28).

[Å føle fysisk og psykisk sårbarhet](#)

Denne kategorien omfatter beskrivelser av "pasientenes" følelser i forbindelse med å bli vasket.

Følte hjelpeløshet

Det følte ydmykende og nedverdiggende å ikke ha kontroll over egen situasjon. "Det var kleint irriterende å være hjelpeløs"(101). Det beskrives at en kunne føle seg veldig "liten" når andre stod over en, og "utrygt i forhold til hva sykepleieren skulle gjøre"(89). Dette ga også en følelse av "å miste kontrollen"(101).

Opplevde nakenhet som nedverdiggende eller komfortabelt

Det ble gitt uttrykk for at det følte vondt og nedverdiggende å "bli vasket", men også at det var behagelig og mer komfortabelt enn fryktet. Å føle seg nedverdiggende i en

“stellesituasjon”, og opplevelse av nakenhet fremheves. I tillegg til blotting, beskrives også tannpuss som nedverdiggende og utrygt. “Ekkelt å være så pleietrengende at noen må pusse tennene dine og ekkelt å få tannbørsten langt inn”(116).

Ble bevisst hendene til sykepleieren

Opplevelsen av situasjonen var avhengig av håndlaget til sykepleieren. Noen kjente “hardhendte, kalde fingre, som gikk seg til etter hvert”(54). Andre har gode erfaringer med “forsiktige hender som gjorde meg trygg”(126). Gjennomgående ble medstudentene opplevd som “flinke” i denne situasjonen.

[Å erfare sykepleierens handlinger](#)

Å erfare og motta sykepleie handler også om effekten av det sykepleieren utfører, og betydningen av relasjonen mellom pasient og sykepleier. Utøvelsen av en tilsynelatende enkel sykepleieferdighet kunne oppleves stressende for “pasientene”.

Kjente betydningen av sykepleierens planlegging

I rollen som pasienter erfarte mange at “sykepleierne” hadde problemer med å gjøre flere ting samtidig. “Man blir fort kald etter at noen har dradd over med kluten og ikke tørket med håndkle enda, det er mer behagelig at pleieren tar seg god tid, men er rask med til å tørke med håndkle”(105). Øvelsen ble beskrevet som “komplisert”, og mer enn “bare bruk av vaskekluten og hygiene”(72). Planlegging og “flyt” i prosedyren ble fremhevet som vesentlig. “Stikkelakenet lå ikke akkurat slik det skulle være, ble mye fram og tilbake og kjentes klumpete”(72). Sykepleierne ble oppfattet som “klønete”, men det “var morsomt og lærerikt å se hvordan andre planla og gjennomførte prosedyren”(5). Det å oppleve betydningen av god planlegging beskrives av flere. “Det var nyttig at hun hadde ordnet alt på forhånd så jeg slapp å vente”(56).

Opplevde trygghet, sikkerhet og ivaretagelse

Informasjon var viktig for hvordan “pasientene” følte at de ble trygge og ivaretatt. Om “sykepleierne” fortalte hva de skulle gjøre underveis i stellesituasjonen, ble det “aldri utrygt å overlate stedet til dem”(98). Å få lite informasjon ga en følelse av utrygghet. “Når man tippes fra side til side uten å være forberedt er det skummelt”(98). Det opplevdes vesentlig at “sykepleierne” var rolige, og ikke stresset. “Sykepleiere” som opprettet god kommunikasjon og hadde godt humør ble omtalt av flere. Enkelte opplevde også trygghet fordi “sykepleieren viste at hun hadde kunnskap”(8). Opplevelsen å være “syk” og “å få

føle og kjenne på den hjelpa man får og den omsorgen og pleien, gir en god følelse og trygghet”(32).

Følte effekten av det sykepleieren gjør

Informantene fikk kjenne på kroppen hvordan det var å bli vasket. Noen likte minst å bli pusset tenner på. “Jeg brekker meg lett og har derfor min måte å pusse tenner på, som pleierne ikke visste”(118). Mange utsagn handlet om at man ble fort kald når en ble vasket, om det ikke ble tørket nøye og lagt på dyne. Vannet ble fort kaldt og kunne med fordel skiftes underveis. Det ble også påpekt at det er viktig å være klar over “hvor hardt en bruker kluten”(139). Enkelte opplevde å bli vasket “vel grundig”, mens andre følte pleierne viste usikkerhet og at det ble “halvveis”(11). “Jeg følte meg ikke helt rein etterpå, pleierne var for forsiktige(11).

[Å lære gjennom å føle på kroppen](#)

Denne subkategorien omhandler studentenes bevissthet på hvordan de selv utfører prosedyren, ved å reflektere over egne reaksjoner på å få hjelp til å vaske seg. De har opplevd læring som de mener “vil være til nytte” for dem i veiledet praksis.

Tenkte over hvordan en selv gjør ting

Erfaringene med å være “pasient” skapte bevissthet om eget håndlag, og hvordan sykepleier generelt skal opptre i sykepleierrollen. “Det å være pasient under denne øvelsen var nyttig i forhold til hvordan jeg selv steller pasienter”(96). Situasjonen opplevdes nyttig selv om “pasienten” hadde praksis fra tidligere. “Jeg fikk frisket opp en del siden jeg har jobbet i helsetjenesten tidligere”(56).

Ble bevisst hvordan pasienten kan ha det

Informantene mener at øvelsen bidro til at de i større grad kan sette seg inn i pasienters situasjon. “Vi lærer å bli gode sykepleiere med forståelse og omsorg. Det er jo individuelt, men får en viss peiling på hva som kan være behagelig eller ubehagelig”(32). Når en ble “stelt” av en fremmed person, opplevde mange engstelsen for å bli blottet. Dette kan være vanskelig å forstå uten å ha vært i situasjonen. “Følelse av hvordan det er å ligge nesten naken, noe som er en god erfaring i forhold til å huske at man ikke skal blotte pasienten”(19).

Lærte noe til nytte i praksisstudier

Øvelsen bidro til læring i forhold til “hvordan man skal håndtere andre personer”(29) og “å vise ydmykhet”(57) når man kommer ut i praksis. Det opplevdes “viktig for pasienten at man tar seg tid, og prøver å tilrettelegge for pasientens premisser, fordi man føler seg ganske hjelpeløs når man ligger i sengen”(38). Erfaring med ulike teknikker, rekkefølge, håndlag, arbeidsstilling og hygiene “stimulerte til tanker om hva som trengs for å yte god sykepleie”(185). “En må tenke på hvordan pasienten føler det, ikke hva som er enklest for sykepleieren. Hvordan vi holder armer og bein når vi vasker er for eksempel viktig

Studentenes erfaringer med å være “sykepleier”

Funnene beskrives i fire kategorier og 12 subkategorier. Analysen endte til slutt i et tema som sammenfatter studentenes beskrivelser av erfaringene med å være “sykepleier” i simuleringsøvelsen. Funnene visualiseres i tabell 2.

Tabell 2 Erfaringer som “sykepleier”

TEMA	Kontrollert utprøving av sykepleieansvar			
KATEGORIER	Å være bevisst at det er et rollespill	Å få erfaring med det å være sykepleier	Å dreie oppmerksomheten mot den andre	Å kjenne seg forberedt til praksis
SUBKATEGORIER	<i>Kjente pasienten som medstudent</i>	<i>Opplevde betydningen av planlegging</i>	<i>Ble bevisst betydningen av å ta hensyn til pasienten</i>	<i>Opplevde nyttig læring</i>
	<i>Erfarte å leve seg inn i situasjonen</i>	<i>Erfarte utfordringer med å håndtere et annet menneske</i>	<i>Følte seg nyttig for en annen</i>	<i>Erfarte betydningen av samarbeid</i>
	<i>Erfarte nytten av å diskutere underveis</i>	<i>Fikk trening i å ta styring i situasjonen</i>	<i>Kjente på det å ha ansvar for pasienten</i>	<i>Ble bevisst utfordringer i virkeligheten</i>

Oversikten viser informantenes beskrivelser av erfaringene med å erfare sykepleierrollen, fra praktisk utøvelse til refleksjon over nytteverdien i praksis.

Å være bevisst at det er et rollespill

Her beskriver informantene erfaringer med selve læringsaktiviteten, å øve på sengebud med medstudent som “pasient”.

Kjente pasienten som medstudent

Det var litt spesielt og ubehagelig å skulle utføre sengebud på en medstudent. Noen erfarte at dette bidro til å gjøre situasjonen “tilgjort”, mens andre mente det gikk fint å “stille” medstudent, selv om enkelte “var litt usikker på intimgrensen” til sin medstudent

(169).Opplevelsen av at det var et rollespill påvirket øvelsen. “Det gjorde nok at jeg ble mer vimsete og fjollete enn jeg ellers ville vært”(108).

Erfarte å leve seg inn i situasjonen

Det var vanskelig å holde rollen gjennom hele stellet. Situasjonen ble oppfattet som litt “kunstig” i forhold til en realistisk situasjon og litt for “stivt”. Som to informanter hevdet “er det lettere å være ekte hjelpepleier”(63,72).

Erfarte nytten av å diskutere underveis

Det ble erfart positivt å få tilbakemelding fra medstudenter, og det fremkom at studentene opplever å lære av hverandre, ved å få positiv eller negativ tilbakemelding. “Jeg fikk gode tilbakemeldinger fra pasienten, og man ser og lærer ting man ikke hadde hatt helt forståelse for ved bare å lese” (30). Medstudentene ga også kommentarer på konkrete forhold ved håndlaget til “sykepleieren”; om man var hardhendt eller slapp, eller om man blottet “pasienten”.

[Å få erfaring med det å være sykepleier](#)

Denne kategorien handler om opplevelsen av å prøve å være sykepleier gjennom hele øvelsen, noe som omfatter både planlegging og gjennomføring av prosedyren, hvordan en behandler pasienten og delegerer oppgaver til assistenten.

Opplevde betydningen av planlegging

Informantene gjorde erfaringer med hvordan de skulle gå frem i forhold til planlegging, å hente utstyr, hvor begynne å vaske, og å prøve å ha oversikt over alt. “Det er mye detaljer og vanskeligere enn man tror”(4). Noen ble bevisst at “det var lurt å ha alt utstyr i orden og tilgjengelig under stellet, og at det var lett å glemme hvilken rekkefølge og hva som skulle skje” (82). At et sengebud “ikke er så lett som det ser ut”, var en gjennomgående kommentar. Det ble oppfattet som viktig å ha “flyt” i stellet, for å unngå for mye uro og “frem og tilbake for pasienten”(93). Erfaringene var at det var lett å glemme ting på grunn av nervøsitet og usikkerhet. Informantene “tenkte mer på hygiene”, og “alt man må huske med rent og urent”(54). Trening på å holde rent fra urent knyttet også til planlegging. Det opplevdes for eksempel “vanskelig å holde senga tørr om planleggingen er dårlig”(76).

Erfarte utfordringer med å håndtere et annet menneske

Øvelsen ga innsikt i hvordan man “detaljert bruker hendene i vask og stell av en pasient”(22). Det “føles litt klønete første gangen”(87). Beskrivelsene av håndlag handlet også om hvordan man berører en pasient, og samtidig ivaretar “alt ved pasienten” under et sengebud. Bakgrunnen var “usikkerhet om hva som er bra for pasienten”(103), og at det var “vanskelig å vite hvor hardhendt man skulle være”(19, 94, 103). Øvelsen ga mulighet for å prøve seg fram ved å be om tilbakemelding på håndlaget sitt, slik at det kunne “tilpasses pasienten”(123). Konkrete utfordringer som ble nevnt var teknikker for hvordan en holder pasientens ben og armer under vasking, å utføre munnstell. Å “håndtere” vaskekluten og tannbørsten var også noe studentene opplevde som vanskelig.

Fikk trening i ta styring i situasjonen

Det beskrives som “morsomt” å ha ansvaret eller “ta styringen over stellesituasjonen”(10). Erfaringene handlet blant annet om å formidle arbeidsoppgaver til assistenten, og ta valg underveis i situasjonen. “Det var moro å ha ansvaret, hvor jeg tok valga. Følte meg som en person med mye kunnskap, hvor assistenten spurte meg om hva hun skulle gjøre”(53). Det kan ha betydning om studenten har rollen som pasient, leder eller assistent først. Å være “sykepleier” til slutt ble oppfattet som “fint”, da studenten “fikk se hvordan de to andre gjorde det først” og kunne finne ut hva hun “synes var best”(106). Det “å kjenne på lederrollen”(84) og øve seg på å huske prosedyren, opplevdes som nyttig. Gjennom øvelsen ble informantene bevisst på “å være tydelige i forhold til å gi informasjon til pasient og assistent”(133).

[Å dreie oppmerksomheten mot den andre](#)

Denne kategorien handler om hvordan informantene opplevde samhandlingen med pasienten under gjennomføringen av et sengebud.

Ble bevisst betydningen av å ta hensyn til pasienten

Flere beskriver det som viktig å finne ut hvordan man går fram for å gjøre “det beste som er mulig”(110). “Pasienten har sin lit til deg, du må vise at du kan stoles på ved å ta hensyn til spesielle behov, være tålmodig og kommunisere med pasienten om hans ønsker”(14).

Følte seg nyttig for en annen

Gleden over å føle seg til nytte for en annen gjennom å utføre sykepleie ble uttrykt av flere informanter. Det var viktig å ha god dialog med “pasienten”, “slik at han fikk en

positiv opplevelse, og jeg fikk øve på hvordan jeg kan prate med pasienten under øvelsen”(57). Gjennom å være omsorgsfull og hensynsfull erfarte studentene å føle seg som “viktige omsorgspersoner” og “det følte veldig godt å kunne hjelpe et annet menneske”(162).

Kjente på det å ha ansvar for pasienten

Ved å lede “stellet”, følte studentene større ansvar. “Det er du som skal kunne dette, gjør du noe feil, føler du at du står alene om den”(14). Det ble uttrykt at det kunne være vanskelig å kommunisere på en konkret måte, og å gi klare beskjeder, både til assistent og pasient. “Jeg fikk mulighet til å gi litt beskjeder, og å føle at jeg hadde kontroll over situasjonen”(23).

[Å kjenne seg forberedt til praksis](#)

Kategorien omhandler opplevelser av hvordan øvelsen kan bidra til læring og nytteverdi for kommende praksisstudier.

Opplevde nyttig læring

Informantene oppfatter at de lærte av å se hvordan man kan stelle en pasient best mulig, og få en følelse av “hvordan fremtiden faktisk blir”(62). For noen ble øvelsen en bevisstgjøring i forhold til hva en må arbeide videre med. “Følte jeg hadde glemt mye av prosedyren, men det gikk jo. Jeg må lære å ha mer tro på meg selv”(102). Noen fant “nye og bedre måter å utføre stell på”(37), mens andre var opptatt av selve øvingssituasjonen, og at hun “måtte stoppe opp og tenke litt over neste steg”(61). Opplevelsen av læring knyttes først og fremst til å bli bevisst behovet for bli selvsikker og ha “kontroll” over pasientsituasjonen ved et sengebud. For å oppnå dette oppdaget noen “nødvendigheten av øvelse, øvelse, øvelse ...”(108).

Erfarte betydningen av samarbeid

De praktiske fordelene ved å være to pleiere ved gjennomføring av sengebud ble omtalt av flere, “spesielt ved et tungt stell”(139). “Når man er to som samarbeider kan man også hjelpe hverandre med å huske riktig rekkefølge”(139). Å samarbeide med en annen student i øvingssituasjonen, ble betraktet som en god forberedelse til praksis. “Jeg fikk prøvd å bestemme og ordne opp samarbeide med assistent. Det gir mer ansvar – mer reell arbeidssituasjon”(6). Det å være den som skal ta avgjørelser ble oppfattet som “skummelt” første gang. Noen opplevde at de ikke likte å “kommandere” andre, men

mente at øvelsen ga dem et innblikk i hvordan dette kan gjøres på en bra måte. “Det er bra å føle selv at jeg kan ta ansvar i en situasjon sammen med en annen “sykepleier”, det gjør at jeg blir mer sikker i min rolle”(97).

Ble bevisst utfordringer i virkeligheten

Ikke alle studentene er sikre på nytteverdien av øvelsen, da “det føles litt rart eller kunstig, tror nok det er annerledes ute”(153). Det kommenteres at man må gjøre dette i praksis for å lære, men også at det er fint å kunne prøve ut prosedyren ved “å bruke god tid, prøve og feile”(77). Det er positivt å få prøve det ut på medelever først, da er en “forhåpentligvis ikke like klønete med ordentlig pasient”(119).

Øvelsen beskrives som en “smakebit” på hverdagen om tre år, men én del av et fullstendig sengebud som studentene gruer seg til, gjenstår å erfare. “Jeg må kanskje venne meg til nedentilvask i virkeligheten, hvis pasienten er veldig møkkete av avføring og slik” (143).

RESULTATER AV KVANTITATIVE ANALYSER

Avsnittet presenterer resultatene av de statistiske analysene som ble gjort av data fra spørreskjemaet med de lukkede spørsmålene.

Av 194 (152 på heltid og 42 på deltid) potensielle respondenter svarte 187 (96%) umiddelbart etter simuleringsøvelsen.

Det var i alt 181 studenter som fullførte praksisperioden (139 heltid og 42 deltid). Antall spørreskjemaer som kom inn i etterkant av veiledet praksis var henholdsvis 114 (82%) og 39 (93%).

Totalt omfatter prosjektet materiale fra 340 spørreskjemaer.

Tabell 2 er en oversikt over respondentene før praksisperioden.

	Før praksis			Etter praksis		
	Erfaring n(%)	Ikke erfaring n(%)	Ubesvart n(%)	Erfaring n(%)	Ikke erfaring n(%)	Ubesvart n(%)
Heltid	100(67)	44(30)	5(3)	64(56)	24(21)	26(23)
Deltid	28(74)	10(26)	0(0)	23(59)	6(15)	10(26)
Total	128	54	5	87	30	36

Det er ingen signifikant forskjell på heltid og deltid med hensyn til fordeling av studenter med og uten tidligere erfaring med arbeid i helsetjenesten (Pearson Chi Square .611).

Oppfatninger om simuleringsøvelsens nytteverdi før og etter praksis

Respondentenes oppfatning av simuleringens nytte for praksis var knyttet til de to rollene pasient og sykepleier. Spørsmålet ble stilt før og etter praksisperioden, og presenteres i tabell 3.

Tabell 3 Oppfatninger læringsutbytte av å være "pasient" og "sykepleier".

	N	"Pasient"			"Sykepleier"		
		Ja n(%)	Nei n(%)	Ubesvart n(%)	Ja n(%)	Nei n(%)	Ubesvart n(%)
Før praksis	N=194						
Etter praksis	N=181						
Total	n=187	181(99)	2(1)	4(2)	162(87)	0(0)	25(13)
	n=153	130(85)	16(11)	7(4)	121(79)	19(12)	13(9)

Totalinntrykket er at studentene i stor grad finner simuleringsøvelsen nyttig med tanke på læringsutbytte, både umiddelbart etter øvelsen og etter praksisperioden. Selv om

oppfatninger om nytte er mest positive umiddelbart etter øvelsen, opplever også et stort flertall både pasientrollen (85%) og sykepleierrollen (79%) som nyttig når de blir spurt etter praksisperioden.

Tabell 4 viser gjennomsnitt-score for de 7 spørsmålene for alle respondentene, før og etter praksisperioden.

	Total			Før			Etter			T-test
	N	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	P verdi
1. Undervisningsmetodene i denne øvelsen var nyttige og effektive.	335	4.12	.781	185	4.30	.584	150	3.91	.780	.000
2. Øvelsen ga meg varierte aktiviteter og lærestoff for å fremme min læring i forhold til pensum	335	3.84	.705	185	4.14	.674	150	3.47	.849	.000
3. Hjelpemidlene som ble brukt i øvelsen var motiverende og hjalp meg til å lære.	333	3.67	.810	184	3.83	.738	149	3.47	.843	.000
4. Jeg er sikker på at jeg mestrer innholdet i øvelsen	336	4.04	.829	186	3.94	.740	150	4.17	.702	.003
5. Jeg er sikker på at denne øvelsen dekket viktig innhold i forhold til det å mestre pensumet i sykepleie og sykdomslære.	335	4.00	.732	185	4.21	.723	150	3.75	.819	.000
6. Jeg er sikker på at på at denne øvelsen gjorde at jeg utviklet de ferdighetene og tilegnet meg den kunnskapen som trengs for å utføre nødvendige oppgaver i praksis.	333	4.05	.799	183	4.29	.662	150	3.75	.813	.000
7. Det er mitt ansvar som student å lære det jeg trenger fra denne øvelsen.	337	4.53	.681	187	4.57	.630	150	4.48	.739	.226

Skala: Svært uenig i utsagnet 1
 Uenig i utsagnet 2
 Usikker 3
 Enig i utsagnet 4
 Svært enig i utsagnet 5

Studentenes oppfatninger om simuleringsøvelsen er signifikant mer positive før praksisperioden med hensyn til alle spørsmålene, med unntak av spørsmål 4. Her oppfatter studentene i signifikant større grad at de mestrer innholdet i øvelsen etter praksisperioden.

Sammenligning heltid- og deltidsstudenter

Sammenligning av oppfatninger hos heltids- og deltidsstudenter presenteres i tabell 5.

	Heltid			Deltid			T-test
	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	p-verdi
1. Undervisningsmetodene i denne øvelsen var nyttige og effektive.	259	4.15	.727	76	4.04	.621	.205
2. Øvelsen ga meg varierte aktiviteter og lærestoff for å fremme min læring i forhold til pensum	259	3.86	.836	76	3.75	.785	.271
3. Hjelpemidlene som ble brukt i øvelsen var motiverende og hjalp meg til å lære.	259	3.66	.822	74	3.72	.750	.555
4. Jeg er sikker på at jeg mestrer innholdet i øvelsen	260	4.03	.713	76	4.08	.796	.636
5. Jeg er sikker på at denne øvelsen dekket viktig innhold i forhold til det å mestre pensumet i sykepleie og sykdomslære.	259	4.02	.777	76	3.93	.869	.424
6. Jeg er sikker på at på at denne øvelsen gjorde at jeg utviklet de ferdighetene og tilegnet meg den kunnskapen som trengs for å utføre nødvendige oppgaver i praksis.	259	4.04	.769	74	4.05	.826	.914
7. Det er mitt ansvar som student å lære det jeg trenger fra denne øvelsen.	261	4.49	.677	76	4.67	.681	.044

Det er ingen signifikante forskjeller mellom heltids- og deltidsstudenter med hensyn til oppfatninger om øvelsen. Deltidsstudentene er imidlertid i signifikant større grad enig i usagnet "Det er mitt ansvar som student å lære det jeg trenger fra denne øvelsen" ($p=.044$).

Sammenligning av oppfatninger hos studenter med og uten tidligere erfaring

Det var interessant å se om studentenes erfaring fra helsetjenesten hadde betydning for oppfatningene om øvelsen. Tabell 5 viser gjennomsnittsscore for de to gruppene.

	Total	Erfaring		Ikke erfaring		T-test p-verdi		
		N	n	Gj.snitt	SD		n	Gj.snitt
1. Undervisningsmetodene i denne øvelsen var nyttige og effektive.	214	131	4.13	.717	83	4.18	.683	.544
2. Øvelsen ga meg varierte aktiviteter og lærestoff for å fremme min læring i forhold til pensum	214	131	3.84	.826	83	3.96	.803	.225
3. Hjelpemidlene som ble brukt i øvelsen var motiverende og hjalp meg til å lære.	213	131	3.71	.794	82	3.65	.822	.526
4. Jeg er sikker på at jeg mestrer innholdet i øvelsen	216	133	4.17	.682	83	3.71	.789	.000
5. Jeg er sikker på at denne øvelsen dekket viktig innhold i forhold til det å mestre pensumet i sykepleie og sykdomslære.	215	132	4.05	.784	83	3.99	.876	.596
6. Jeg er sikker på at på at denne øvelsen gjorde at jeg utviklet de ferdighetene og tilegnet meg den kunnskapen som trengs for å utføre nødvendige oppgaver i praksis.	214	132	4.11	.791	82	4.01	.762	.319
7. Det er mitt ansvar som student å lære det jeg trenger fra denne øvelsen.	216	131	4.57	.635	83	4.43	.768	.141

Det er ingen signifikante forskjeller i oppfatninger om øvelsen som kan knyttes til om studentene hadde tidligere erfaring fra helsetjenesten, eller ikke. Ikke overraskende oppfatter de med tidligere erfaring i signifikant større grad ($p=.000$) å mestre innholdet i øvelsen.

Det var interessant å se om gruppen uten tidligere erfaring kunne oppleve større nytte av øvelsen enn de som hadde erfaring fra helsetjenesten før sykepleierutdanningen. I tabell 6 og 7 vises resultatene før og etter praksisperioden for de to gruppene.

	n	Før		Etter		T-test p-verdi	
		Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt		SD
1. Undervisningsmetodene i denne øvelsen var nyttige og effektive.	54	4.37	.487	29	3.83	.848	.003
2. Øvelsen ga meg varierte aktiviteter og lærestoff for å fremme min læring i forhold til pensum	54	4.22	.604	29	3.48	.911	.000
3. Hjelpemidlene som ble brukt i øvelsen var motiverende og hjalp meg til å lære.	54	3.78	.744	28	3.39	.916	.061
4. Jeg er sikker på at jeg mestrer innholdet i øvelsen	54	3.61	.763	29	3.90	.817	.126
5. Jeg er sikker på at denne øvelsen dekket viktig innhold i forhold til det å mestre pensumet i sykepleie og sykdomslære.	54	4.13	.754	29	3.72	1.032	.069
6. Jeg er sikker på at på at denne øvelsen gjorde at jeg utviklet de ferdighetene og tilegnet meg den kunnskapen som trengs for å utføre nødvendige oppgaver i praksis.	53	4.17	.612	29	3.72	.922	.024
7. Det er mitt ansvar som student å lære det jeg trenger fra denne øvelsen.	54	4.56	.538	29	4.21	1.048	.102

Tabell 7
Oppfatninger før og etter praksis, studenter med tidligere erfaring

	Før			Etter			T-test p-verdi
	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	
1. Undervisningsmetodene i denne øvelsen var nyttige og effektive.	126	4.25	.619	88	3.94	.807	.003
2. Øvelsen ga meg varierte aktiviteter og lærestoff for å fremme min læring i forhold til pensum	126	4.09	.704	88	3.48	.857	.000
3. Hjelpemidlene som ble brukt i øvelsen var motiverende og hjalp meg til å lære.	125	3.85	.741	88	3.52	.830	.004
4. Jeg er sikker på at jeg mestrer innholdet i øvelsen	128	4.09	.688	88	4.28	.660	.034
5. Jeg er sikker på at denne øvelsen dekket viktig innhold i forhold til det å mestre pensumet i sykepleie og sykdomslære.	127	4.24	.718	88	3.77	.798	.000
6. Jeg er sikker på at på at denne øvelsen gjorde at jeg utviklet de ferdighetene og tilegnet meg den kunnskapen som trengs for å utføre nødvendige oppgaver i praksis.	126	4.34	.683	88	3.78	.823	.000
7. Det er mitt ansvar som student å lære det jeg trenger fra denne øvelsen.	128	4.59	.658	88	4.56	.604	.738

Gjennomgående er det positive oppfatninger om øvelsen både før og etter praksisperioden. Det er imidlertid signifikante forskjeller i oppfatninger om simuleringsøvelsen før og etter praksisperioden for begge gruppene. Etter praksisperioden oppfattes det ikke at undervisningsmetoden i like stor grad var nyttig ($p=003$) eller ga aktivitet som fremmet læring relatert til pensum ($p=.000$).

Studenter uten erfaring hadde ikke endret sin oppfatning om at hjelpemidlene som ble benyttet i øvelsen var nyttige, mens studenter med tidligere erfaring hadde signifikant mindre positiv oppfatning om dette etter praksisperioden.

Studenter uten erfaring hadde ingen betydelig endring i oppfatning om egen mestring knyttet til innholdet i øvelsen etter praksisperioden, mens de med tidligere erfaring angir en signifikant høyere oppfatning av mestring.

Studenter uten erfaring hadde ikke endret sitt syn på øvelsens relevans i forhold til pensum, mens studenter med tidligere erfaring hadde signifikant lavere score på dette spørsmålet etter praksisperioden.

Begge gruppene hadde signifikant lavere score etter praksis, med hensyn til øvelsens betydning for utvikling av ferdigheter og kunnskap som er nødvendige i praksis.

DISKUSJON OVER FUNNENE

Studentenes erfaringer med å være i pasientrollen sammenfattes i temaet “Læring gjennom selvopplevd sårbarhet”. Å være i sykepleierrollen handler om “Kontrollert utprøving som forberedelse til sykepleieansvar”.

Det er tre erfaringer som utpeker seg som felles for begge rollene: Å være i et rollespill, å få brutt eller å bryte intimgrenser og mestringsfølelsen etter å ha testet egne grenser.

Å være i et rollespill bød på utfordringer med hensyn til “å leve seg inn i” situasjonen, noe som kan knyttes til det å engasjere seg og se forbi det som skiller situasjonen fra virkeligheten (Rettedal 2009). Funnene viser at noen klarer å identifisere seg med både pasienter og sykepleiere gjennom øvelsen. I simulering kan én og samme situasjon; med tilsynelatende like ytre rammer; oppfattes og tolkes forskjellig av deltagerne (Dieckmann, Gaba og Rall 2007). Bevisstheten om å være i et rollespill beskrives ofte som at situasjonen er unaturlig og kunstig. Som “pasient” blir man behandlet som syk uten å være det. Likevel opplever studentene sterkt følelsen av hjelpeløshet og sårbarhet, fordi andre har kontrollen i situasjonen.

Å få brutt eller å bryte intimgrenser oppleves truende og ubehagelig. Det hevdes at kroppen har en sosial, en politisk og en kulturell side som kan innvirke på menneskers syn på egen kropp (Bjørk og Breievne 2011). I vår kultur er skjønnhetsidealene ungdomsorienterte, og det er den slanke, vakre og veltrimmede kroppen som representerer idealet (Bjørk og Breievne 2011). Generelt kan det å få hjelp med personlig hygiene oppleves som et overgrep, og en trussel mot personers integritet (Randers og Mattiason 2000; Karoliussen 2002). Opplevelsen av nakenhet var avhengig av i hvor stor grad “pasienten” ble skjermet av sin medstudent. Det å ikke bli blottet ble oppfattet som at “sykepleieren” viste respekt. Sykepleiere skal ivareta pasientens verdighet, for eksempel ved å skjerme pasienten mot innsyn i sårbare situasjoner (Lawler og Smith 1996). I rollen som sykepleier oppleves det som ukomfortabelt å bryte medstudentens intimsone. Sykepleiere ved første gangs erfaring med å pleie andres kropp beskrives som redde, brydde og at de følte forlegenhet (Lawler og Smith 1996).

I etterkant av praksis hevder informantene at de ved å ha vært i “pasientrollen” ser betydningen av ikke å blotte pasientene, og å vise respekt. En av informantene sier at

“intimgrensen var lengre utenfor kropp og dyne enn antatt”. Det ble hevdet at det var godt å ha trent på prosedyren før de kom i praksis. Dette samsvarer også med score fra den kvantitative delen av spørreundersøkelsen.

Mestringsfølelsen etter å ha testet ut egne grenser fremstår som dominerende blant studentene etter øvelsen i klinikklaboratoriet. Til tross for at dette var en svært utfordrende situasjon, var oppfatningen blant flertallet at ferdighetsøvelsen ikke var så “farlig” som fryktet. Studenter møter læresituasjoner med ulike følelser og holdninger, ferdigheter og forståelse. Det beskrives at stress kan medføre at prestasjonene vil kunne falle betydelig, før et stabilt mestringsnivå er nådd (Lauvås, Handal og Ytreland 2000). “Deltagerforutsetninger” hos den lærende omtales som de fysiske, psykiske, sosiale og faglige muligheter og problemer den lærende har på ulike områder i forhold til aktuell undervisning (Hiim og Hippe 1998). De ulike sidene ved bakgrunnen beskrives som en integrert del av den lærende. Personligheten, sosiale forhold, følelser, holdninger, verdisyn og faglig forståelse opptrer i en og samme person. Dette kan ha betydning for opplevelsen av å være i pasientrollen og bli vasket av en medstudent, men vil også kunne påvirke oppfatningen av hvor nyttig øvelsen var. Følelser betyr åpenbart mye for prestasjonen under opplæring av ferdigheter, og i denne sammenheng kan negative opplevelser med øvelsen få betydning for læringens kvalitet og tankene omkring læringsutbytte.

Studenter med tidligere erfaring oppfatter større grad av mestring i tilknytning til å gjennomføre sykepleiehandlingen, og denne forskjellen ser ut til å opprettholdes gjennom praksisperioden. Et interessant funn i denne sammenheng er at studenter med tidligere erfaring har en signifikant høyere oppfatning av mestring etter praksisperioden, mens de uten tidligere erfaring ikke har noen betydelig endring. Siden mestringsfølelse er en faktor som kan påvirke motivasjon og videre læringsprosess hos studentene, er dette et funn som bør utforskes videre for å styrke mestringsfølelsen til studenter uten erfaring, også. Er det forhold ved praksis som ikke fremmer mestringsfølelse hos studenter uten tidligere erfaring i samme grad som hos studenter med erfaring? Er det simuleringsøvelsens innhold, relevans eller organisering som bør endres?

Læring gjennom selvopplevd sårbarhet i pasientrollen

I tillegg til å kjenne frykten for å bli blottet, opplever studentene det som irriterende og truende å bli avkjølt eller bli "håndtert" på en klønete måte. Hendene som formidlingskanal er av betydning for opplevelsen av å bli vasket av andre. Hardhendte, kalde fingre er ubehagelige og skaper utrygghet. Varme, forsiktige hender oppleves som trygge. Sykepleierens hender kan formidle både ro, styrke, trygghet, sikkerhet, nærhet, varme og tillit (Karoliussen 2002).

I etterkant av praksis påpeker enkelte informanter at de hadde nytte av selv å ha kjent hvor fort vannet ble kaldt i løpet av et sengebud, og hvor ubehagelig det var og ikke bli tørket.

Erfaringer med å føle seg ivaretatt og få informasjon om hva sykepleier gjør, at sykepleier ikke stresser og har godt humør fremheves. Disse erfaringene kan relateres til hvordan reelle pasienter opplever omsorg. Pasientens opplevelse av omsorg ser ut til å være knyttet til helsearbeiderens profesjonalitet ved å hjelpe, hvordan de informerer, bryr seg, viser hensyn og at de har humor (Kvåle 2006).

Informanter vektlegger etter klinisk praksis at de lærte å "ikke snakke over hodet på pasienten", og å informere om det de gjør.

Studentene hevder at de lærer noe om hvordan en skal "håndtere" andre mennesker gjennom "å kjenne på kroppen" hvordan det er å være pasient. Hvorvidt dette kan knyttes til utvikling av empati er vanskelig å si. Oppfatningen om at denne erfaringen vil gjøre dem bedre i stand til å gjennomføre tilsvarende handlinger på andre, er imidlertid interessant. Travelbee (1999) påpeker at evnen til empati må utvikles gjennom livserfaring, og gjennom møte med forskjellige pasienter. Unge studenter har begrenset livserfaring å dra nytte av, og kan i følge dette finne det vanskelig å føle empati. Dette kan tilsa at utdanningen bør ha et ansvar for å skape; eller simulere; relevante livserfaringer.

I etterkant av praksis ble det påpekt at erfaringen med å være "pasient", føle hvordan det var å bli vasket var en nyttig opplevelse. "Erfaringene hjalp meg i møtet med pasienter i stell". En av informantene hevdet ikke å ha nytte av gjennomført øvelse, da det "ble utført annerledes i praksis". Dette er et utsagn som kan belyse funnene som sier at studentene i signifikant mindre grad finner øvelsen nyttig etter praksisperioden. Utsagnet

antyder at simuleringsøvelsen ikke har tilstrekkelig relevans for praksis. Om dette skyldes at pasienter i sykehjem i dag i liten grad får sengebade, eller om dette utføres på annen måte enn i henhold til beskrivelsene i PPS, er vanskelig å si.

Kontrollert utprøving som forberedelse til sykepleieansvar

Det oppleves nyttig å kunne diskutere med medstudent underveis i øvings situasjonen. Hensikten med å simulere sengebade av pasient var å introduseres for og å perfektionere detaljer i ferdigheten. Det antas at dette bidrar til raskere oppnåelse av handlingskompetanse (Glen og Nicol 1999; Bjørk og Kirkevold 2000), denne formen for PRU vil følgelig kunne være en god forberedelse til å utnytte tiden i de forestående praksisstudiene.

Å prøve ut rollen som sykepleier er en bevisstgjøring for studentene. Mange erfarer at ferdigheten er vanskeligere enn de trodde, og kjenner på stressreaksjoner. Å mestre kompleksiteten i relativt enkle prosedyrer avhenger av studentenes kognitive, affektive og psykomotoriske evner (Bjørk og Kirkevold 2000). Det fremkom i de kvalitative beskrivelsene etter klinisk praksis at erfaring med øvelsen økte bevisstheten i forhold til utførelse av stell i praksis. Dette kan se ut til å avvike fra de kvantitative analysene, som viser at studentene etter praksisperioden i mindre grad oppfatter øvelsen som relevant i forhold til praksis.

Psykiske faktorer som kan utløse stress er opplevelsen av utilstrekkelig kunnskap, å bli utsatt for høye krav eller forventninger en har til situasjonen (Totland 2007). Studentenes beskrivelser av egne prestasjoner samsvarer med det Bjørk og Kirkevold (2000) benevner som et "lavt nivå i utvikling av ferdigheter". Fra ikke å kjenne til ferdigheten til å utføre den med stor presisjon, gjennomgår studenten utviklingsstadier (Benner 1984). Det er behov for øvelse for å kunne integrere de ulike handlingene i et sengebade, og gi helhetlig omsorg. Informantene hevdet etter praksis at det var fint å få øvd på sengebade i forkant, både å få øvd på prosedyren og å "friske opp ferdigheten".

Å ha styring i situasjonen, lede stellet, ta beslutninger og formidle sin kunnskap til "assistenten" oppleves som morsomt og lærerikt. Studentene oppfatter disse erfaringene som en forberedelse til å ta ansvar i klinisk praksis, hvor det forventes at studenter begrunner sine vurderinger overfor kollegaer og pasienter. Etter endt utdanning skal sykepleiere ha handlingskompetanse til "å lede og administrere sykepleieutøvelsen overfor enkeltpasienter og deres pårørende og erkjenne og vedkjenne seg et faglig og

personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger” (Kunnskapsdepartementet 2008, s. 7).

Utsagn etter praksis viser at studentene erfarte læring av å øve på å samarbeide, ta ansvar og delegere oppgaver, og de oppfattet at de hadde nytte av dette i praksisperioden.

Det fremkommer at det er problematisk å utøve helhetlig sykepleie når en gjennomfører en prosedyre for første gang. Flere hadde et mål om å kombinere god kommunikasjon med korrekt gjennomføring av prosedyren, men få oppnådde dette. Å skulle gjennomføre sengebud for første gang kan gi sykepleieren stort fokus på korrekt gjennomføring av prosedyren, og mindre fokus på pasientens opplevelse. Situasjonen kan da gi en opplevelse av makt, avmakt, sårbarhet og følelse av utilstrekkelighet (Skærbæk og Lillemoen 2013), selv i et rollespill.

Flertallet svarte at de hadde hatt nytte av å gjennomføre øvelsen sengebud før praksis, enkelte hevdet det hadde betydning for håndlag og flyt i stellesituasjoner i praksis. De hadde nytte av lært planlegging, utførelse av hygiene, hvordan bruke vaskekluten og hvor hardt en kan ta i et annet menneske.

Det føles ansvar for “pasienten” selv om situasjonen er simulert, og det uttrykkes glede over å hjelpe. Studentene føler seg “nyttige” i stellesituasjonen, og gleder seg over å gi god omsorg. Barmhjertighet, nestekjærlighet og et desentrisk omsorgsmotiv er grunnleggende verdier i sykepleiefaget (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Sykepleiere skal ha respekt for det enkelte menneskes liv og verdier, og sykepleie skal baseres på omsorg og respekt for menneskerettighetene (Sykepleierforbund 2001). Til tross for at det er et rollespill kjenner studentene et ansvar i forhold til å ha tilstrekkelig kunnskap for å unngå feilbehandling av “pasienten”. Denne ansvarsfølelsen kan knyttes til ansvaret for egen læring og forsvarlig praksis, som pålegges studentene i klinisk praksis. Funnene i denne studien viser at deltidsstudentene i større grad oppfatter betydningen av at de selv har ansvar for å tilegne seg kunnskap og ferdigheter. Hvorvidt dette har noen faktisk betydning for læringsprosess og måloppnåelse er vanskelig å finne svar på i den aktuelle undersøkelsen. Informantene svarte at øvelsen hadde synliggjort betydningen av at sykepleieren viser respekt, skaper trygghet og bevarer pasientens verdighet.

Sykepleieferdigheter kan til en viss grad læres i simuleringslaboratoriene, men de kontekstuelle, relasjonelle og sosiale aspektene man har i en naturlig kontekst vil mangle. I klinisk praksis vil studentenes handlinger få langt større konsekvenser enn i simuleringslaboratoriet. Muligheten for å lære av sine feil vil også være større. Innenfor det moderne samfunnet kan et skolastisk og individsentrert læringsyn ha viet for lite oppmerksomhet til de læringsressursene som ligger i det å delta i et arbeidsfellesskap (Nielsen og Kvale 2003). Halland (2004) hevder at "veien fram til læring innebærer en rekke forhold av sosial og kulturell karakter som virker hemmende eller fremmede på læringsprosessen, og dermed på resultatet av læringsarbeidet" (s 27). Disse forholdene er en vesentlig del av det å handle i den praktiske sykepleievirkeligheten, og gjør at man aldri kan bli helt trygg på læringseffekten av instruksjon og øving i simuleringslaboratoriet. Studentene i denne studien ga uttrykk for å ha hatt nytte av simuleringen av sengebud før praksis, med tanke på ferdigheter i samarbeid og kommunikasjon. Én svarte ikke å ha lært noe av nytte fordi øvelsen "handlet mye om det samme hun hadde gjort som pleieassistent".

Disse erfaringene og oppfatningene er metodisk vanskelig å "måle". Det finnes derfor begrenset forskning knyttet til simuleringsmetodikkens overføringsverdi til klinisk praksis (Bjørk 1997; Alteren og Bjørk 2006). Selv om det legges mye arbeid i å lage realistiske situasjoner i simuleringslaboratoriet, vil det i en naturlig kontekst alltid være behov for teknisk og følelsesmessig tilvenning til en reell situasjon. En bør etterstrebe å organisere læringsarbeidet i skolen slik at studentenes virksomhet får konsekvenser for andre. Slik kan de lære av sine egne avgjørelser (Halland 2004; Kristoffersen og Nortvedt 2011). Med tanke på dette kan det være hensiktsmessig "å bruke hverandre" som læringsobjekter i en læringssituasjon. Studentene får da anledning til å gi hverandre tilbakemeldinger på hvilke konsekvenser handlingene deres har.

Sykepleierutdanningen har ikke til hensikt å utdanne sykepleiere som er "ferdig utlært". Rammeplanen for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet 2008) benytter begrepene 'handlingskompetanse' og 'handlingsberedskap'. Å ha beredskap handler om det grunnlaget studenten har til å tilegne seg ny og utviklet kunnskap. Studenten innehar

visse kvalifikasjoner etter gjennomført øvelse i simuleringslaboratoriet, og disse kvalifikasjonene skal bidra til at de tilegner seg nye kvalifikasjoner i løpet av påfølgende praksisperiode.

For noen studenter ble denne øvelsen en bevisstgjøring i forhold til hva de måtte arbeide videre med i forkant av praksisperioden og i løpet av denne. Dette ble også en erfaring i forhold til samarbeid med "pasient" og "assistent". I etterkant av praksisperioden har informantene i denne undersøkelsen besvart spørsmål som viser at de i stor grad benyttet erfaringer fra øvelsen i klinisk praksis.

Metodediskusjon

Rekruttering og informasjon til respondentene er gjennomført på forskningsetisk forsvarlig måte. Prosjektet involverer mange studenter, og svarprosenten er høy.

Det er benyttet spørreskjema for både kvalitative og kvantitative data. Generelt er data basert på selvrapporing en svakhet ved studier hvor en har ønske om å belyse mulig effekt av intervensjoner. Det er kun studentenes oppfatninger i det øyeblikket de besvarte spørsmålene som kommer frem. Disse opplysningene kan påvirkes av mange forhold i situasjonen. Svarene gir heller ingen målbare data på studentenes *faktiske* kunnskapsnivå og ferdigheter, verken etter øvelsen eller etter praksisperioden.

Det oversatte spørreskjemaet er en del av Jeffries instrument som er mye benyttet i simuleringsammenheng. Denne delen omhandler studentenes tilfredshet med simuleringsøvelsen. Noen av spørsmålene kan være vanskelig å besvare når det har gått en tid etter selve øvelsen. I dette tilfellet gikk det 10-12 uker fra første spørreundersøkelse til siste. Studentene hadde gjort seg mange erfaringer i denne tiden, som selvsagt påvirker svarene.

Et argument for bruk av spørreskjemaer til innhenting av kvalitative data er at informanten fritt kan svare med egne ord, og påliteligheten kan styrkes ved at alle informantene svarer på samme spørsmål under like forhold (Weimand mfl. 2011). Svakheten med spørreskjema er manglende mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål, og svarene kan bli mindre utfyllende.

SAMMENDRAG

Denne studien har belyst et utvalg sykepleiestudenters erfaringer med simuleringsøvelsen sengebud, hvor de gjennom rollespill er hverandres "pasienter".

Datagrunnlaget er spørreskjemaer med både åpne og lukkede spørsmål, som gir kvalitative og kvantitative data.

Funnene gir en beskrivelse av den samme studentgruppens oppfatninger om denne øvelsen, umiddelbart etter gjennomføring og etter at en 10 ukers praksisperiode er avsluttet.

Simuleringsøvelsen beskrives som utfordrende, både psykisk og fysisk. Studentene erfarte det imidlertid som viktig og lærerikt, spesielt det å være i pasientrollen. Dette er samsvarende funn i kvalitativ og kvantitativ del av studien.

Det ser ut til at studentene gjennomgående har hatt størst nytte av å oppleve pasientrollen. Dette begrunnes med at de lettere kan sette seg inn i hvordan den enkelte pasient kan oppleve utførelsen av sengebud.

For noen studenter ble denne øvelsen en bevisstgjøring i forhold til hva de må arbeide videre med før og i løpet av veiledet praksis. Øvelsen ble også en nyttig erfaring med å samarbeide med "pasient" og "assistent". Å gjennomføre og mestre denne læringssituasjonen ser ut til å bidra til økt selvtillit med tanke på å møte praksisfeltet, og et stort flertall opplevde øvelsen som nyttig før praksisperioden.

Etter praksisperioden hevder informantene å ha hatt nytte av erfaringer fra sykepleierrollen ved å ha gjennomført prosedyren i forkant av praksis, og det ga økt bevissthet i forhold til gjennomføring av sengebud. Bevissthet og ferdigheter i planlegging utpeker seg som spesielt nyttig læring før praksis.

Funnene viser at studentene i stor grad opplever at de mestrer øvelsens innhold, og de oppfatter dette i signifikant større grad etter praksisperioden.

Oppfatningene om øvelsens nytte og relevans faller signifikant etter gjennomført praksisperiode. Det er imidlertid fortsatt en stor andel som mener at både pasient- og sykepleierrollen i øvelsen hadde nytteverdi i praksis (henholdsvis 85 og 79%),.

En sammenligning av funnene til heltids- og deltidsstudenter viste få signifikante forskjeller, med unntak av at deltidsstudentene i større grad rapporterer bevissthet om ansvar for egen læring.

Både studenter med og uten tidligere erfaring fra helsetjenesten oppfatter i høy grad at øvelsen var nyttig, både før og etter praksisperioden. Det var imidlertid signifikante forskjeller knyttet til noen av spørsmålene.

Studenter med tidligere erfaring hadde mindre positiv oppfatning om hjelpemidlene som ble benyttet i øvelsen etter praksisperioden, mens studenter uten erfaring ikke hadde endret sitt syn på dette gjennom praksisperioden.

Studenter med tidligere erfaring hadde betydelig lavere score knyttet til øvelsens relevans til pensum etter praksisperioden.

Studenter med tidligere erfaring har en signifikant høyere oppfatning av mestring av øvelsens innhold etter praksisperioden, mens de uten tidligere erfaring ikke har noen betydelig endring.

REFERANSELISTE:

- Alteren, J. og I. Bjørk (2006) Studentens læring av praktiske ferdigheter i modellavdeling og klinikken; et utforskende design. I: *Vård i Norden*, 82(26), s. 25-30.
- Benner, P. (1984) *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Bjørk, I. T. (1997) Changing conceptions of practical skill and skill acquisition in nursing education. I: *Nursing Inquiry*, 4(3), s. 184-195.
- Bjørk, I. T. og M. Kirkevold (2000) From simplicity to complexity: developing a model of practical skill performance in nursing. I: *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), s. 620-631.
- Bjørk, I. T. og G. Breievne (2011) Kropp og velvære. I, *Grunnleggende sykepleie, bind 2: Gyldendal Akademiske*, s. 371 - 397.
- Det Kongelige Kunnskapsdepartement, M. S. (2011-2012) *Utdanning for velferd*.
- Dieckmann, P., D. Gaba og M. Rall (2007) Deepening the Theoretical Foundations of Patient Simulation as Social Practice. I: *Simulation in Healthcare*, 2(3), s. 183-193
10.1097/SIH.0b013e3180f637f5.
- Downe-Wamboldt, B. (1992) Content analysis: Method, applications, and issues. I: *Health Care for Women International*, 13(3), s. 313-321.
- Dysthe, O. (2001) *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt forl.
- Fagermoen, M. S. (1993) *Sykepleie i teori og praksis – et fagdidaktisk perspektiv*.
- Glen, S. og M. Nicol (1999) *Clinical Skills in Nursing*: Palgrave Macmillan.
- Graneheim, U. H. og B. Lundman (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. I: *Nurse Education Today*, 24(2), s. 105-112.
- Halland, G. O. (2004) *Læring gjennom stimulerende samspill Veiledning, vurdering og ledelse*. Bergen:Fagbokforlaget: IBSN.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2006) *St.meld.nr.25. Mestring, muligheter og mening. 2005 - 2006*.

Helse - og omsorgsdepartementet. (2012) *Samhandlingsreformen*.

Hiim, H. og E. Hippe (1998) *Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling: en studiebok i didaktikk*. Oslo: Universitetsforl.

Jacobsen, D. I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforl.

Jeffries, P. R. (2005) A Frame Work for Designing, Implementing, and Evaluating Simulations Used as Teaching Strategies in Nursing. I: *Nursing Education Perspectives*, 26(2), s. 96-103.

Jeffries, P. R. (2007) *Simulation in nursing education*: National League for Nursing New York, NY.

Karoliussen, M. (2002) *Sykepleie - tradisjon og forandring: en humanøkologisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. og P. Nortvedt (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie b. 1*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 83-133.

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Kvåle, K. (2006) Den omsorgsfulle sykepleier - slik pasienter ser det. I: *Vård i Norden*, 26(1), s. 15-19.

Lauvås, P., G. Handal og A. Ytreland (2000) *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen akademisk.

Lawler, J. og A.-M. Smith (1996) *Bak skjerm Brettene: sykepleie, somologi og kroppslige problemer*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Leigh, E. og L. Spindler (2004) Simulations and games as chaotic learning contexts. I: *Simulation & Gaming*, 35(1), s. 53-69.

Lerdal, A. og M. Fagermoen (2011) *Læring og mestring i et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Lerner, S., D. Magrane og E. Friedman (2009) Teaching Teamwork in Medical Education. I: *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 76(4), s. 318-329.

Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Midgley, K. (2006) Pre-registration student nurses perception of the hospital-learning environment during clinical placements. I: *Nurse Education Today*, 26(4), s. 338-345.

Morton, P. G. (1996) Using a critical care simulation laboratory to teach students. I: *Critical care nurse*, 17(6), s. 66-69.

Nielsen, K. og S. Kvale (2003) *Praktikkens læringslandskap: at lære gjennom arbeide*. København: Akademisk Forlag.

Pettersen, R. C. (2005) *Kvalitetslæring i høgere utdanning: innføring i problem- og praksisbasert didaktikk*. Oslo: Universitetsforl.

Polit, D. F. og C. T. Beck (2010) Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. I: *International journal of nursing studies*, 47(11), s. 1451-1458.

Randers, I. og A. Mattiason (2000) The experiences of elderly people in geriatric care with special reference to integrity. I: *Nursing Ethics*, 7(6), s. 503-519.

Rettedal, A. (2009) Illusion and technology in medical simulation: If you cannot build it, make them believe. I: *Using simulations for Education, Training and Research*, s. 2009.

Rodgers, D. L. (2007) High fidelity patient simulation: A descriptive white paper report. I.

Skærbæk, E. og L. Lillemoen red. (2013), b. 1. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Studdy, S. J., M. J. Nicol og A. Fox-Hiley (1994) Teaching and learning clinical skills, Part 2 — Development of a teaching model and schedule of skills development. I: *Nurse Education Today*, 14(3), s. 186-193.

Sykepleierforbund, N. (2001) ICNs etiske regler. I: *Yrkesetiske retningslinjer*.

Totland, I. (2007) *Fra øvingslaboratorium til praksis - "i etterpåklokskapens lys": om sykepleierstudenters erfaringer og opplevelser fra praksis sett i relasjon til det å ha lært praktiske ferdigheter i øvingslaboratorium i forkant av praksisstudiene*. Oslo: [Iréen Totland].

Travelbee, J. (1999) Mellommenneskelige forhold i sykepleie (til norsk ved Kari Marie Thorbjørnsen). I: *Oslo: Universitetsforlaget. (Originalutgaven utgitt i 1971.)*.

Weimand, B. M. mfl. (2011) 'Left Alone with Straining but Inescapable Responsibilities: Relatives' Experiences with Mental Health Services. I: *Issues in Mental Health Nursing*, 32(11), s. 703-710.