



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

MANLIGA SJUKSKÖTERSORS OMVÅRDNADSRÖLL

En kvalitativ studie om hur manliga
sjuksköterskor uppfattar sin omvårdnadsroll
under de första sex månaderna som anställd

PIERRE CONDE
RICKARD NILSSON

MANLIGA SJUKSKÖTERSORS OMVÅRDNADSROLL

En kvalitativ studie om hur manliga
sjuksköterskor uppfattar sin omvårdnadsroll
under de första sex månaderna som anställd

Pierre Conde
Rickard Nilsson

Conde, P & Nilsson, R. Hur upplever manliga sjuksköterskor sin omvårdnadsroll under sitt första halvår som anställd? En kvalitativ empirisk studie om hur manliga sjuksköterskor uppfattar sin omvårdnadsroll under det första halvåret som anställd. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2005.

Omvårdnad och omvårdnadsrollen är två svårdefinierade begrepp. Det behövs en ökad kunskapsnivå inom hur manliga sjuksköterskor uppfattar dessa begrepp då män blir allt vanligare i vården. Syftet med studien var att öka kunskapen om hur manliga sjuksköterskor uppfattar sin omvårdnadsroll. För att få svar på det ställdes frågor om omvårdnad som begrepp samt hur de upplevde att de vuxit in i rollen. Studien har en kvalitativ forskningsansats och utfördes genom intervjuer med fyra legitimerade, manliga sjuksköterskor på vårdavdelningar. Analysen genomfördes med hjälp av Dahlbergs tre faser. Efter analys av materialet redovisades resultatet i tre teman: Uppfattning om omvårdnad, Processen att växa in i rollen och slutligen, Könsrollen. Omvårdnadsrollen uppfattades som ett samlingsbegrepp för allt man gör som sjuksköterska. De hade alla observerat utveckling hos sig själva i omvårdnadsrollen. De manliga sjuksköterskorna i studien hade inte observerat någon skillnad mellan mäns och kvinnors omvårdnadsegenskaper. De menade att det är individuellt men att det kanske finns någon skillnad mellan könen, det var dock svårt att specificera vad.

Nyckelord: Intervjuer, Kvalitativ studie, Manliga sjuksköterskor, Omvårdnadsroll, Omvårdnad

MALE NURSES AND THEIR ROLE IN NURSING

An qualitative study on how male nurses
experience their role in nursing their first six
months as an employee

Pierre Conde
Rickard Nilsson

Conde, P & Nilsson, R. How do male nurses experience their role as a nurse, their first six months as an employee? An qualitative study on how male nurses experience their role as a nurse, their first six months as employees. *Examination paper in nursing 10 credit points*. Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2005.

Nursing and role as a nurse are two conceptions hard to define. There is a need for increased knowledge in this area because men are getting more common in nursing. The purpose of this study was to increase the knowledge in how male nurses experience their role as nurses. To obtain answers, questions about nursing as meaning and how they experienced the process of growing in their role, were asked. The study has a qualitative research approach and was carried out through interviews with four male, professional nurses on fulltime-care-wards. After analysing the material the results were presented in three themes: The essence of nursing, The process of growing in the role as a nurse and finally, Gender. Nursing was seen upon, as a collection of all tasks that nurses have, by the male nurses. They had all noticed that they had grown in their role. The male nurses in the study had not experienced any differences in male versus female nurses in the essence of nursing. They thought it was highly individual, but that there could be a difference, but they couldn't express what that would be.

Keywords: Interviews, Qualitative study, Male nurses, Role as a nurse, Nursing

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Tidigare forskning	4
Historik	5
Begreppsdefinition	6
Omvårdnadsbegreppet	6
Omvårdnadsrollen	6
Varför män i vården?	7
Utveckling av sjuksköterskerollen	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	9
METOD	9
Litteraturgenomgång	10
Etiska överväganden	10
Urval	10
Datainsamling	11
Bearbetning och analys	11
RESULTAT	12
Tema 1. Uppfattning om omvårdnad	12
Tema 2. Processen att växa in i rollen	13
Tema 3. Könsrollen	15
Framtida mål	16
DISKUSSION	16
Begreppsdiskussion	17
Metoddiskussion	17
Litteraturgenomgång	18
Etiska överväganden	18
Urval	18
Datainsamling	19
Bearbetning och analys	19
Resultatdiskussion	
Tema 1. Uppfattning om omvårdnad	20
Tema 2. Processen att växa in i rollen	21
Tema 3. Könsrollen	24
Sammanfattning	25
SLUTORD	26
REFERENSER	28
BILAGOR	30
Intervjuguide	31
Samtyckesblankett	32
Medverkarbrev	33

INLEDNING

Med omvårdnad som huvudämne har vi snart tagit vår sjuksköterskeexamen. Detta svårdefinierade, abstrakta begrepp har präglat våra snart tre år som sjuksköterskestuderande. Hur är det då att ha rollen som omvårdare? Vi var nyfikna på hur man växer in i omvårdnadsrollen, och hur man ser på omvårdnad när man arbetat en tid i verkligheten. Detta i kombination med möjligheten att göra en empirisk studie, gjorde att vi hade hittat ramarna för vårt val av examensarbete. Valet föll slutligen på att, ur ett genusperspektiv, studera hur den nyutexaminerade manliga sjuksköterskan växer in i omvårdnadsrollen.

BAKGRUND

I Sverige utexaminerades 3100 st sjuksköterskor år 2001/02, varav 87 procent var kvinnor. Förvärvsarbetande sjuksköterskor 2002 var 59 601 st. varav 92 procent var kvinnor enligt Statistiska centralbyrån (29 nov 2004). Det har länge försökts få in mer män i vården, men som statistiken visar har det inte riktigt lyckats. För att få in mer män i vården krävs större kunskap om mäns uppfattningar och attityder till omvårdnad.

Tidigare forskning

Män i vården är ett ämne som man på senare år börjat intressera sig för både i Sverige och utomlands. De ämnen som dominerar i den forskning som finns, tenderar att vara uppfattningar om män som sjuksköterskor, hos män själva, patienter, kvinnliga kollegor och studenters syn på sin kommande yrkesroll. Andra populära forskningsområden har varit hur man skulle kunna locka fler män till vården och vad det i så fall skulle kunna tillföra, om män och kvinnor besitter olika förmågor och i så fall skulle komplettera varandra. Gemensamt för flertalet forskare tycks vara att de vill locka fler män till vården, men de är oense om varför.

I en studie av Myron (1976) är kvinnliga sjuksköterskor positiva till manliga sjuksköterskor, men de är rädda för att det eventuellt kan bli svårare för kvinnor att avancera till högre poster. Kvinnorna i studien tyckte det var befängt att tro att kvinnor skulle ha bättre omvårdningsförmåga än män och att det är en förmåga som inte är könsbunden utan högst individuell.

Isaacs (1996) kartlägger tre manliga sjuksköterskestudenters syn på maskulinitet och dess förändring under transformationen till sjuksköterska. Dessa studenter ansåg att de var lika bra på omvårdnad som sina kvinnliga kollegor, men att kvinnor vårdade med en djupare intimitet än män. De såg sitt kön som en fördel. De ansåg att de fick mer respekt av läkare och kollegor, kunde kontrollera farliga situationer bättre och att de hade större karriärmöjligheter.

Armstrong (2002) beskriver mäns syn på sitt yrke och hur andra människor ser på deras karriärval. De skriver att den största andelen manliga sjuksköterskor väljer akutkliniker och att så fort det uppstår en akut situation är det alltid mycket män på plats.

Sullivan (2000) påvisar vikten av mångfald både ur kulturell och ur etnisk synvinkel såväl som kön. Detta för att öka tryggheten hos patienter som befinner sig i en obehaglig situation i en ovan miljö. Det kan då hjälpa om man kan relatera till, och känna samhörighet med någon i personalen.

Det är viktigt att sjuksköterskor förstår innebörden av omvårdnad. Genom att definiera exakt vad de gör för patienterna ger det också kunskap om vad bra omvårdnad är. Här framhävs också vikten av att ge patienterna vad de vill ha och inte vad sjuksköterskorna vill ge. Vidare påvisas hur svårt det är att definiera begreppet omvårdnad (Basset, 2002).

Även Bentling (1992) påvisar att det ännu är oklart hur begreppet omvårdnad ska definieras och tar upp utländska exempel såsom caring och nursing. Nursing översätts med omvårdnad och är knutet till sjuksköterskans profession. Caring översätts med vård och kan omfatta andra professionella grupper.

Själva miljön för inläringen är viktig för att utveckla sin identitet som sjuksköterska (Fagerberg, Winblad & Ekman, 2000).

Gerrish (2000) jämförde sjuksköterskor som började arbeta 1985, med nya sjuksköterskor som började 1998. Deras upplevelser av den första tiden som nya sjuksköterskor jämfördes och de kom fram till att de som började 1985 fick så gott som ingen introduktion eller stöd vilket medförde en stor stress. Dessa fick ta över hela avdelningen och leda sina medarbetare. De sjuksköterskor som började 1998 kände också att det var stressigt, men de fick en introduktion, ett bra stöd av en handledare och fick börja med att ta hand om ett fåtal patienter.

Arbetsuppgifterna, dess karaktär och ogynnsamma relationer mellan arbetskamrater och organisationens uppbyggnad är källor till stress på arbetsplatsen. Andra faktorer på arbetsplatsen hjälper anställda att bekämpa de negativa effekterna av stress, ett sådant exempel är socialt stöd (Pikó, 1999).

Chang & Hancock (2003) skriver att övergången från student till sjuksköterska är en påfrestande period. De första sex månaderna är den mest stressframkallande och utmanande tiden. Bristande tid för patienter, dålig arbetsmiljö och en förändrad status kan leda till arbetsrelaterad stress i sin nya yrkesroll.

Historik

Mellan 1945-1951 sökte fyra män dispens hos Medicinalstyrelsen för att bli antagna till sjuksköterskeutbildningen (Eriksson, 2002).

Sinnessjukhusen hade omstrukturerats för att efterlikna den militära organisationen och när landets försvarspolitiska ambitioner förändrades, blev sinnessjukhusen arbetsplatser för före detta militärer. På vissa platser där militärförläggningar lades ner uppstod istället sinnessjukhus där underbefäl kunde arbeta som skötare (a a).

Under 1950-1960 rådde en sjuksköterskebrist. Detta medförde en rekrytering av män från mentalsjukhusens skötarutbildningar, för att fylla tomrummet. Rekryteringen skedde via personlig kontakt med män som var utbildade inom mentalvården och som då arbetade som lärare vid mentalskötkurserna (a a).

1960 skulle mentalsjukvården och militärsjukvården ingå inom hälso- och sjukvården så att män skulle kunna erbjudas andra yrkesuppgifter. Detta skulle leda till att fler män rekryterades till andra sektorer inom vården. Men trots att sjuksköterskeskolorna ville ha fler män så var det svårt att intressera manliga elever att söka. Istället lades förslag ifrån regeringen att lösa bristen på arbetskraft genom att fördela de heltidstjänster på de sjuksköterskor som fanns. Så under 1960-talet fortsatte mentalsjukvårdens skötartutbildningar att vara mäns del i vården (Eriksson, 2002).

Enligt Eriksson gav försöken att rekrytera männen till sjuksköterskeutbildningen ingen ökning av män inom vården utan han beskriver att ökningen skulle ske på grund av solidaritetsrörelsen och kvinnorrörelsen. De var dessa rörelsers inflytande som fick fler män att söka sig till sjuksköterskeyrket (a a).

Genom diskussioner om mansfrigörelse och mansfrågor i samband med feminismens framväxt, blev under 70-talet medvetandegörandet av den manliga könsrollen. Detta var en viktig del till den ökning av manliga sökande till sjuksköterskeutbildningen. Den manliga sjuksköterskestudenten iscensattes som en slags protestmaskulinitet mot "mans/klassamhället". Under 1975-1980 var det ett större antal män som sökte sig till "kvinnliga områden" än det var kvinnor som sökte sig till "manliga områden". Det här ökade dock inte i större utsträckning under 80- och 90-talet utan minskade återigen. Den anstormning av män till sjuksköterskeutbildningen som skedde under slutet av 70-talet, fick sitt slut efter att mansrörelsens politiska jämställdhetsstrategier minskades (a a).

Begreppsdefinition

Omvårdnadsbegreppet

Henderson (1991) definierar att omvårdnad innebär att ge assistans inom olika behovsområden, för att främja hälsa, tillfrisknande eller en fridfull död.

Watson (1993) definierar att omvårdnad är en social, moralisk och vetenskaplig verksamhet som riktar sig till enskilda individer och samhället i stort. Omvårdnad förenar humanistiska värderingar och vetenskapliga kunskaper och metoder.

Benner & Wrubel (1989) definierar att omvårdnad är att hjälpa patienten att bemästra förluster, lidande och sjukdom med utgångspunkt i vad som är viktigt för den enskilda individen, och vilken mening han lägger in i situationen.

Omvårdnadsrollen

Henderson (1991) definierar det som att sjuksköterskans ansvar består i att hjälpa individen, sjuk eller frisk, i situationer där vederbörande själv saknar de resurser i form av kunskap, kraft eller vilja att utföra dagliga aktiviteter inom de aktuella behovsområdena, samt i att verkställa medicinska ordinationer.

Eriksson (1993) definierar att vårda är att ansa, leka och lära, att fungera i tro, hopp och kärlek. Omsorg är en interaktionsprocess där relationen mellan sjuksköterska och patient är en relation mellan två likvärdiga parter. Att dela och vara deltagande är centrala begrepp.

Benner et al (1989): Sjuksköterskan hjälper patienten att bemästra sin situation på ett sätt som tillvaratar vederbörandes så kallade speciella intressen.

Varför män i vården?

Ofta görs en uppdelning mellan socialt kön-genus och biologiskt kön. Vad som ingår i beteckningarna man och kvinna är beroende av vad vi lägger i dem, eller annorlunda uttryckt, hur de är konstruerade. Ur vår sociala miljö skapas dessa definitioner. Vad vi ser för innehåll i olika begrepp och termer avgörs i vårt sociala sammanhang i vår kultur. Vad som ses som kvinnligt och manligt är något som skiljer sig åt i olika kulturer och även något som förändras över tiden i den egna kulturen (Gothlin, 1999).

Robertsson (2003) belyser att könssegregering i förhållande till maskulinitetskonstruktion är att studera män i brytarpositioner. Manliga brytares perspektiv skulle kunna bidra till en mer djupgående och bredare förståelse av hur de könssegregerande processerna samverkar.

Jorfeldt (2004) skriver i sin bok att hon tror kvinnor har naturliga förutsättningar för att vårda egna barn. Denna erfarenhet har sedan utsträckts till en kulturell och social uppfattning om att kvinnor generellt är bättre omvårdare, vilket därigenom har fått en stark kvinnoprägel. Här beskrivs skillnader mellan manliga och kvinnliga studenters syn på karriärvägar. Manliga studenter bestämmer sig tidigt i utbildningen för att vidareutbilda sig inom akut- eller ambulanssjukvård. Kvinnorna beskriver inte detta så uttryckligt. Kvinnorna har inte beskrivit att de har bestämt sig för någon vidareutbildning.

I och med att sjuksköterskeyrket är så dominerat av kvinnor, associeras det med en stereotyp bild av kvinnliga egenskaper, vilket ger sjuksköterskan en kvinnlig könsidentitet (Sahlin-Andersson, 1997).

På en jämställdhetskonferens i Stockholm läns landsting fastslogs argument för att öka andelen män i vård och omsorgen (Robertsson, 2003).

- arbetsklimatet blir vanligtvis bättre på arbetsplatser där det finns både kvinnor och män.
- med fler män i direkt vårdande arbeten ökar förutsättningarna för att kvinnor och män tillsammans ska kunna förändra arbetsorganisationen underifrån.
- om män och kvinnor finns på alla nivåer, blir det lättare att ta vara på både manliga och kvinnliga synsätt.
- det bättre svarar mot behoven hos dem som ska vårdas.

Eriksson (2002) skriver att i en artikel av Hammarström, beskrivs de vanligaste missuppfattningarna av varför män behövs i vården. En vanlig missuppfattning är att höja lönerna för att locka in fler män till vården och därmed höjda löner för hela yrkeskategorin. Varför män behövs i vården beskrivs som genom dessa punkter.

1. För patienternas skull
2. För sjukvårdens skull.
3. För atmosfären på arbetsplatsen. Liksom inom andra områden måste sjukhusavdelningen vinna på att båda könen är representerade på alla nivåer.

4. För männens skull. Vår tekniska begåvning finns hos kvinnor och ”vårdbegåvning” finns hos också hos männen. Det gäller bara att medvetet ta vara på den.

”Landstingen är kvinnodominerade (kvinnorna är i majoritet) organisationer där huvudsakliga jämställdhetsarbetet hittills har handlat om att stärka kvinnors ställning. Det är emellertid angeläget att öka andelen män som arbetar i sjukvården, både ur personal och patientperspektiv. Männen behöver också göras mer delaktiga i jämställdhetssträvanden inom landstingsvärlden, vilket bästa sker genom en medveten fokusering på männen inom hälso- och sjukvården.”(Folkesson, 2000 s. 215)

Utveckling av sjuksköterskerollen

Att växa in i sjuksköterskerollen kan på ett bra sätt förklaras med Benners forskning som bygger på Dreyfusmodellen. Dreyfusmodellen består av fem stadier där man successivt utvecklas från novis till expert. Som novis saknar man erfarenhet av de situationer i vilka man förväntas prestera. Novisens regelstyrda beteende är ytterst stelt och begränsat. Novisen saknar erfarenhet av de situationer de möter och därför är det viktigt med regler som vägleder deras handlande (Benner, 1993).

Det andra stadiet är Avancerad nybörjare. Avancerade nybörjare är de som kan uppvisa godtagbara prestationer. De har varit med om ett antal verkliga situationer som de har klarat av och genom detta kan de urskilja betydelsefulla aspekter i en viss situation. Aspekter innebär generella företeelser som endast kan identifieras genom tidigare erfarenhet. Först nu börjar de bli medvetna om återkommande mönster i sitt kliniska arbete. Under den första tiden har de nya sjuksköterskorna på de flesta sjukhus en handledare så att de under denna inlärningsperiod kan lära sig att prioritera betydelsefulla aspekter utan risk för vare sig patienter eller den nyblivna sjuksköterskan (a a).

Det tredje stadiet kommer efter att man arbetat under liknande omständigheter under två till tre år och benämns som kompetent. Kompetensen utvecklas när sjuksköterskan ser sina handlingar som en del av vården som helhet. Genom detta ser sjuksköterskan vad som är betydelsefullt och vad som kan lämnas därhän. Den kompetenta sjuksköterskan känner att hon behärskar situationen samt att hon kan ta i tu med och klara av oförutsedda händelser som kan uppstå i arbetet. På det här stadiet genomför man planerat arbete vilket leder till mer effektiv och organiserad omvårdnad (a a).

Det fjärde stadiet innefattar den skicklige sjuksköterskan som lär sig genom erfarenhet vad som kan hända i en viss situation och även kunna ändra vid nytillkomna faktorer. Den skicklige sjuksköterskan handlar genom att känna igen helhetssituationer och märker när avvikelser infinner sig. Genom detta holistiska tänkande blir beslutsfattandet mindre ansträngande för att nå de långsiktiga mål som krävs för en omvårdnad av hög kvalitet (Benner, 1993).

Det femte och slutgiltiga stadiet är expertstadiet. Här använder sig sjuksköterskan av sin erfarenhet istället för att styras av regler och riktlinjer. Genom intuitivt tänkande uppfattas varje situation och problemområde utan att förlora tid på att t.ex. välja bland olika diagnoser och lösningar. När experten ställs inför nya

problem eller missuppfattade situationer där de saknar erfarenhet, plockar de fram sin analytiska förmåga och tar hjälp av regler och riktlinjer (a a).

Enligt Benner har studier gjorts på nyutexaminerade sjuksköterskor om deras uppfattning av omvårdnadsroll. De beskriver att de hade svårt att få grepp på sin personliga och sociala roll och försökte få den att gå ihop med bilden av de verkliga kraven och prestationerna som arbetet kräver (a a).

Studenten har under sin kliniska utbildning haft en handledare som tagit ansvaret, som nyutexaminerad sjuksköterska har de det fulla ansvaret. Detta ansvar kan medföra stress. Det är svårt att vara nyutbildad, man har mycket kunskaper men saknar den nödvändiga erfarenheten (Charnley, 1999).

Fagerberg & Kihlgren (2001) beskriver att under det första året är mötet med personal och patienter den största innebörden av att vara sjuksköterska samt att kliva in i rollen som arbetsledare.

Vi har ett stort intresse av att undersöka manliga sjuksköterskors uppfattningar av sin omvårdnadsroll efter ett halvår, hur de har utvecklats och hittat sin roll.

Detta är ett viktigt område för att kunna förstå manliga sjuksköterskors behov, känslor och resurser som nyanställd inom vården. Genom att tillföra ökad kunskap inom detta område kan det i framtiden skapa eventuell ökning av trygghet och trivsel hos nyutexaminerade manliga sjuksköterskor.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Vårt syfte är att beskriva hur manliga sjuksköterskor uppfattar sin omvårdnadsroll under det första halvåret som anställd.

Frågeställningar: Hur upplever manliga sjuksköterskor sin omvårdnadsroll under sitt första halvår som anställd? Hur ser män på omvårdnad?

Omvårdnad definierar vi som en helhet av allt arbete runt patienten i syfte att hjälpa patienten vid lidande, ohälsa, funktionsnedsättningar samt förluster.

Omvårdnadsrollen definierar vi som den roll man tar på sig när man utför arbete i syfte att utföra omvårdnad.

METOD

Syftet med kvalitativa metoder är att beskriva och förstå de centrala teman som individen upplever och förhåller sig till. Kvalitativa intervjuer är särskilt lämpliga när man ämnar beskriva människors upplevelser och uppfattningar av sin livsvärld (Kvale, 1997).

Till intervjuerna användes semistrukturerad metod för att via de förutbestämda frågorna få svar på vissa förutbestämda områden, och via de öppna möjligheterna kunna utveckla och få uttömmande svar samt ha möjlighet att fråga vidare om något oväntat skulle dyka upp.

”Forskarens syfte är att utveckla intervjun som en dialog och be om att den intervjuade fördjupar sitt resonemang, viss struktur kan förekomma. Forskaren kan ha satt upp ett antal frågeområden. Vid intervjun är det vanligen forskaren som bestämmer när intervjun sker, var den ska äga rum och hur lång tid den kan tillåtas ta. Intervjuer är en metod som lämpar sig väl då kvalitativa företeelser ska undersökas. Intervjuer medför en hög svarsgrad och erbjuder ett rikt material.” (Dahlberg, 1997 s.100)

Semistrukturerade intervjuguider är lämpliga när man har ett antal ämnen som man vill behandla under intervjun och samtidigt vill att informanten ska kunna tala öppet och fritt (Polit et al, 2001).

Intervjuerna i denna studie genomfördes semistrukturerat med hjälp av en intervjuguide (BILAGA 1).

Litteraturgenomgång

Studien inleddes med litteratursökning för att ta reda på vad som fanns skrivet om ämnet, vilka studier som gjorts tidigare samt metoder och tillvägagångssätt för studier. Sökningar gjordes via internet och via bibliotek. På internet söktes i databaserna CINAHL, Medline, Pubmed samt ELIN. Sökorden som användes var male nurses, men, nurse, perception samt kombinationer av dessa.

Etiska överväganden

Tillstånd för studien erhöles från berörda verksamhetschefer. Tillsammans med en projektplan sändes dessa in som ansökan om tillstånd hos den lokala etiska kommittén vid Hälsa och Samhälle, Malmö Högskola. Vår ansökan godkändes.

Skriftlig information gavs till deltagarna i form av ett brev där information om oss, vår studie samt hur våra intervjuer skulle genomföras, presenterades. I brevet fanns information om anonymitet, frivillighet och att de när som helst hade möjlighet att avbryta sin medverkan (BILAGA 3).

Vid intervjutillfället gavs muntlig information, deltagarna hade då också möjlighet att ställa frågor. Innan intervjun fick informanterna underteckna en samtyckesblankett (BILAGA 2).

Anonymiteten kan garanteras genom total avidentifiering av all insamlad data samt att ingen intervju presenteras i sin helhet. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Efter transkriberingen makulerades de inspelade intervjuerna.

Urval

Efter verksamhetschefernas godkännande kontaktade vi berörda avdelningsföreståndare inom slutenvården för att få kontakt med lämpliga informanter. För att få ut så mycket relevant information i förhållande till syftet som möjligt satte vi upp kriterier för informanter. Detta för att subjektivt välja ut informanter i enlighet med studiens syfte.

De kriterier författarna hade för informanterna var:

- ✍ Män
- ✍ Sjuksköterskor
- ✍ Arbetat minst fem månader sedan examen
- ✍ Arbetat max två år sedan examen

Fyra lämpliga informanter fanns inom de utvalda verksamheterna. Alla fyra var villiga att medverka i studien.

Datainsamling

Intervjuguiden arbetades fram utifrån studiens syfte. Till intervjun användes semistrukturerade frågor för att följa upp vissa genomtänkta områden. För att få en bättre klarhet över frågorna gjordes först en testintervju på en av författarna. Därefter korrigerades vissa av frågorna och en ny test gjordes på en utomstående kurskamrat, där tid och eventuella följdfrågor observerades.

Vid intervjuerna lade författarna stor vikt vid att förhålla sig öppna till informantens subjektiva tolkning för att kunna hålla en bra koncentration, följa upp med följdfrågor och för att informanten ska kunna känna tillit. Enligt Dahlberg (1997) är det viktigt att hålla en hög koncentration för att få ett bra samspel och skapa en gynnsam situation för bra reflektion över det område som fokuseras.

Vid de första tre intervjuerna fick en av oss göra intervjuerna på egen hand på grund av sjukdom. Den fjärde intervjun valde författarna att genomföra tillsammans där den ena ställde frågor och den andra observerade och antecknade eventuella områden som behövde förtydligas. Intervjuerna genomfördes på informanternas respektive avdelningar. Tidpunkt valdes tillsammans med informanterna.

Intervjuerna spelades in på band till vilket samtycke hade medgivits. Intervjuerna tog mellan 30 och 35 minuter. Efter varje avslutad intervju gavs möjlighet till fortsatt diskussion, eventuella frågor och oklarheter.

Bearbetning och analys

Intervjun transkriberades ordagrant från bandinspelningen till text för att underlätta analysen av materialet.

”Genom att ge samtalet en litterär stil blir det lättare att förmedla meningen i intervjupersonens berättelse till läsaren.” (Kvale, 1997 s. 152).

Dahlberg (1997) beskriver transkribering som nödvändigt för att det är svårt att hantera data om det endast finns bandinspelning. Det är inte möjligt att jämföra två band samtidigt. Transkribering innebär att data skrivs ner i sin helhet och så noggrant som möjligt, där pauser, hostningar, skratt och tveksamheter antecknas.

Vi genomförde transkriberingen tillsammans för att få en helhet i fråga om samtalet och observationer.

Dahlbergs (1997) tre faser valdes vid analysen av materialet. De här faserna delas in i helhet-delar-helhet.

- ✍ Den första delen är bekantgörandefasen. Den innefattar att författaren läser det nedskrivna datamaterialet som en helhet för att bygga upp en förståelse av intervjuerna.
- ✍ Den andra delen innefattar själva analyserandet. Författarna delar upp innehållet i mindre delar för att kunna fördjupa förståelsen och tolka dess innehåll.
- ✍ Den tredje fasen går tillbaka till helheten. Här sammanfattas analysen och resultatet för att kunna formulera relevanta teman.

Bearbetning av data i första fasen gjordes genom att materialet lästes igenom ett flertal gånger var och en för sig och sedan bearbetades materialet tillsammans genom diskussion. När innehållet var klart för författarna, började den andra fasen. Då delades materialet upp och de väsentliga delarna markerades utifrån olika kategorier. Olika frågor övervägdes och diskuterades relaterat till materialet för att få fram en förståelse och en tolkning av datamaterialet. Slutligen i den tredje fasen kunde materialet sammanfattas och resultatet framgick genom tre teman.

RESULTAT

Under analysarbetet av det insamlade materialet växte successivt tre huvudteman fram. Dessa tre huvudteman, Uppfattning om omvårdnad, Processen att växa in i rollen och Könnsrollen, presenteras som löpande text och citat. Under tredje temat redovisas även ett undertema i form av Framtida mål. Under samtliga temaredovisningar har citat hämtats från samtliga intervjuer.

Tema 1. Uppfattning om omvårdnad

För att förstå hur manliga sjuksköterskor uppfattar sin omvårdnadsroll är det grundläggande att kartlägga hur de definierar omvårdnad som begrepp. Detta för att identifiera uppfattningen av omvårdnad för just dessa informanter, eftersom detta genomsyrar även svar på andra frågor.

Alla informanter reagerade med osäkerhet på frågan vad omvårdnadsrollen är. Svaren började oftast med en paus följt av fraser som:

”Shit..hehe, jag var rädd att det skulle komma någon sån fråga”

”Svårt.....det skulle man nästan behöva tänka på”

”Det känns som en väldigt stor fråga”/ .../” vet inte riktigt vad ni vill ha ut av den frågan”

Informanterna började sedan diskutera sig fram till svaret genom långa monologer där de istället försökte definiera omvårdnad. Svaret upprepades flera gånger och utvecklades efterhand. Alla informanter hade gemensamt att de till slut kom fram till att omvårdnad innebär en helhet. I detta holistiska perspektiv ingår alla bitar i arbetet. Här beskrivs saker som administrativt arbete runt patienten, samordning, läkemedelshantering och distribuering, uppfylla önskemål, klinisk blick med bedömning, samarbete med övrig personal samt att normalisera så mycket som möjligt för patienten. Att stötta och samtala med patienter var något som många tog upp som en av de viktigaste delarna i omvårdnad. De flesta började med att ta

upp läkemedelshantering i sina svar, allt ifrån förberedelser till administrering för att sedan diskutera vidare och slutligen nämna att det på något sätt innefattar allt de gör.

”Det rymmer liksom allt”/ .../ ”allt går ihop på nåt sätt”

”Få vara runt patienterna”/ .../ ”ta in lite grann hur dom mår”

”Göra allt det dom själva för tillfället inte klarar av/ .../ eftersträva att det ska bli så normalt som möjligt”

Under analysarbetet framkom att definitionen av omvårdnad efter en tids arbete inte förklaras utifrån de teorier som ingår i utbildningen. Svaret började ofta med att informanterna berättade att de hade haft mycket undervisning om det, men att de hade svårt att minnas konkret vad denna egentligen hade för svar.

”Jag hade nog bättre grepp på det när jag läste om det”/ .../ ”hade definitionen klar för mig, om jag ska vara ärlig”

”Det man har läst och lär sig i skolan”

”Dels så pratar man om omvårdnad som vårt huvudämne”

”Pratar du med en lärare så är det ju ingen lärare som kan säga vad omvårdnad är riktigt egentligen”

Tema 2. Processen att växa in i rollen

Merparten av de nyutbildade sjuksköterskorna var nöjda med sin introduktion på sin nya arbetsplats. Positivt var att få teoriutbildning och repetition samt ett successivt ansvar. Flertalet nämnde stöttning som något väldigt viktigt, inte bara konkreta upplysningar utan bara att det finns möjlighet att fråga gav trygghet.

”Första veckan var man bara med för att känna lite på..stämningen.”

”Får det här ansvaret att man bygger vidare, så att när man går sista veckan så ska man ha tagit över från den ordinarie sjuksköterskan. Hon ska bara finnas någonstans på avdelningen som stöd”

”De tyckte – ta det lugnt liksom, det är ingen stress utan ta problemen när dom kommer.”

En del kände att de aspekter som kunde ha varit bättre med introduktionen, var ett behov av större koncentration kring avdelningen. Vikten av successivt ökat ansvar poängterades.

”Egentligen är det kanske inte fel på längden på introduktionen utan snarare antalet patienter/ .../ jag kände mig inte riktigt redo att ta hand om åtta patienter/ .../ önskvärt skulle väl egentligen vara färre patienter och så successivt mera ansvar”

”Skulle varit lite mer fokus på, vad händer på avdelningen och vad bör vi fokusera på och inte så att säga, var ska vi lägga krutet, för det är mycket så känna av och känna in.”

”Det kunde vara färre patienter och så successivt mera ansvar, för att kunna få, alltså lära sig patienterna och inte bara få det upphackat.”

Angående den första tiden som självständigt arbetande sjuksköterskor hade informanterna upplevt både positiva och negativa upplevelser. Positivt var att de fick bekräftelse på kunskap som de hade tvivlat på att de hade, att slippa studentrollen samt att de upptäcker att de faktiskt klarar av arbetet. Något som upplevdes som negativt var press i form av andras höga förväntningar på deras kunskap, att det inte finns någon förståelse för nya och oerfarna. En annan negativ upplevelse var stress, ofta kopplad till brist på rutiner och höga krav både ifrån sig själv och ifrån andra. Bristen på rutiner kopplade de samman med att de inte hade mycket tid över för samtal med patienter på grund av att allt tar mycket längre tid. De upplevde att de hade dålig erfarenhet när det gällde ronder.

”Till och börja med är det jobbigt bara liksom och stå där själv och ha ansvaret egentligen.”

”I början var det nästan som man inte såg patienten man var inne lite snabbt på morgonen kanske liksom lite snabbt med läkemedel och sen var det liksom inte så mycket mer.”

”Jag var väldigt dåligt förberedd för att komma ut o ta det ansvaret...eh.....ja mycket stress den första tiden, kan vara mycket stress nu också men... det var ännu mer då.”

”Och så träffar man på faktiskt läkare som liksom märker att man inte har riktigt full koll...och har inte riktigt den förståelsen för att man är ny, det tycker jag är negativt.”

”Alltså man hade ju inte fått in rutinen på saker o ting så allting blev ju lite, alltså tog ju mycket längre tid än vad det gör nu så att säga.”

”Jäkligt skönt och kunna ta det här egna ansvaret, att på något sätt slippa studentrollen att bara gå bredvid hela tiden.”

”Ta ansvar och faktiskt känna på att man, man har kunskap som man kanske tvivlar på, man kan förklara för patienterna.”

Alla informanter har observerat en utveckling hos sig själva och sin omvårdnadsroll under det första halvåret. Flera konkreta exempel på sådana områden gavs under intervjuerna, både praktiska och teoretiska. Rutiner och prioriteringar var två vanligt återkommande ämnen. Desto mer de lärde sig desto mer förstod de hur mycket de ska ha koll på. Bättre rutin för läkemedelsdelning och dokumentation gav mer tid för patienterna. Något som dök upp var att som ny sjuksköterska är det lätt att ta efter andras dåliga vanor. För att ta sig vidare i sin utveckling uppskattade de den stöttning som de får av undersköterskor. Alla informanter upplevde förändringen positivt.

”Man lär sig det där med att prioritera....och kan då ta sig mer tid för patienter och prata mer med patienter”

”I ju med att man blir väldigt mycket säkrare på sin sak/ .../ens kompetens höjs hela tiden så därför tycker jag det går lite ut över omvårdnaden också, att omvårdnadsmissigt blir det bra.”

”Det blir bättre, dels får man bättre kunskap rent medicinskt, man får bättre förståelse för patienterna eh.. mer insikt med vad det innebär med deras diagnoser osv./ .../ Men sen så har jag lite bättre struktur på hur jag skriver upp det...lite komihåg papper”

”Många saker kanske inte har så jättestor betydelse som man har målat upp en bild av”

Efter sitt första halvår som yrkesarbetande finns det många känslor som speglar deras tillvaro på arbetsplatsen. Det finns bra perioder då de känner att de klarar sina uppgifter, känner en trygghet i sin roll och sedan kan det komma sämre perioder då de känner att de inte har någon kontroll alls. Nu känner de att när de har lämnat avdelningen efter avslutat arbetspass, så kan de oftast koppla bort arbetet och känna att jag har gjort vad jag kunnat, jag har inte gjort något fel. De känner sig oftast mer avslappnad och mindre stressad i sin roll även om de tycker att det är en viss press på dem. Det finns fortfarande många bitar av patienten som de ska ha koll på och som kan missas. Nu fokuserar de sin tid på andra uppgifter än vad de gjorde i början. De har nu en bra kunskap på det tekniska, som att sätta nålar, dropp etc.

”Just nu är jag inne i en period när jag tycker det funkar bra, men sen ibland kan vara perioder där jag känner, shit jag kan ju ingenting i princip.”

”Ibland tenderar man, /.../, jag att fokusera fel, vilket jag relaterar till låg erfarenhet.”

”Betydligt tryggare och lugnare.....men ibland så går man hem missnöjd, besviken, överstressad, /...../ besviken på sig själv eller andra. Vilket jag ofta tycker är en produkt av för mycket ansvar, om alldeles för många patienter...”

”Nu handlar det ju mer, nu ligger ju problemen mer i att man vill ju kunna se på en patient hur han mår man, vill ju kunna se samband med symptom och patientens diagnos, ibland är det svårt att lägga ihop ett + ett.”

Tema 3. Könnsrollen

Genom intervjuerna framkom Könnsrollen som tema. Den kom sedan att redovisas i underteman som, Mäns syn på skillnader mellan manliga och kvinnliga sjuksköterskors syn på omvårdningsrollen och Framtida mål.

Mäns syn på skillnader mellan manliga och kvinnliga sjuksköterskors syn på omvårdningsrollen

När manliga sjuksköterskor ställs inför frågan om det är någon skillnad mellan män och kvinnor förs resonemanget överlag att det inte är någon skillnad mellan

män och kvinnor. Det är svårt att koppla till könet, det är mer från person till person. Som exempel besvarade de frågan med:

”Att en kvinna t.ex. skulle ha rent naturliga förutsättningar att vårda eftersom kvinnan föder barn osv.. nej det jag tror inte.”

Det finns däremot en tveksamhet om det ändå kan finnas någon skillnad mellan män och kvinnor. Var skillnaden ligger och hur, var svårt att precisera. De tankar som framgick i resultatet var att manliga och kvinnliga sjuksköterskor bemöter och vårdar patienter på olika sätt. Det finns en syn utifrån på hur det ska vara.

”Man inbillar sig någonstans att tjejer ska vara mer omvårdande av naturen.”

”Jag tror att killar kan vara mot killar på ett annat sätt som tjejer är mot killar och tvärtom. Tjejer mot tjejer och killar mot killar.”

I Intervjun framkommer av informanterna att män kan få en annan uppskattning på avdelningen än kvinnor. Lovord kan förekomma från patienterna som t.ex.

”Vi är ju så rara, dom gamla tanterna tycker om oss...de tycker vi är så rara och trevliga och sådär. Jag tror säkert inte vi är mer rara än tjejerna, men vi kanske uppfattas som det för vi är killar. Vi kanske, inte förväntas vara i den rollen eller vad de nu kan vara....”

Framtida mål

Alla informanter har gemensamt att akutsjukvård finns som ett led i deras framtida yrkesutveckling. Iva, narkos och ambulans hör också till den framtida planeringen. Det finns vissa som kan tänka sig något inom det militära.

”Sen kommer jag förmodligen att dra mig mot akutsjukvård på nåt sätt.”

Under vilken tidsperiod som vidareutbildningar kommer att ske är däremot svårt att precisera. Informanterna vill först utveckla sina kunskaper på sin nuvarande avdelning innan vidare utbildning kommer att ske. De vill skaffa sig erfarenhet och kompetens innan de tar nästa steg.

”Ett år, två år sammanlagt, vilket jag tycker är ganska kort tid om man tänker på hur lång tid jag har som yrkesverksam, sen eventuellt anställning på, inom akutsjukvård.”

”Vidareutbildning... det kan jag tänka mig, men inte de närmaste 5 åren...absolut inte, det ser jag ingen anledning till, det finns så mycket att lära sig, så mycket att se innan.....man behöver nischa sig så.”

DISKUSSION

Angående förförståelsen bör man ha i åtanke att båda författarna är män och båda läser till sjuksköterska. Därför är det viktigt att ha i åtanke att det är män som intervjuar män och att resultatet kan spegla sig därefter. I och med att författarna läser till sjuksköterskor bör detta beaktas under intervjuerna och analysen för att

inte identifiera sig för mycket med informanterna, i syfte att kunna vara kritisk mot materialet. Genom vår förståelse av omvårdnad och omvårdnadsroll kan de följdfrågor vi ställde varit påverkade av detta och till viss del spegla resultatet.

Begreppsdiskussion

Under intervjuerna behandlades begreppen omvårdnad och omvårdnadsroll oftast tillsammans. De frågor vi ställde var utformade på så vis att båda dessa begrepp definierades av informanterna. Så här i efterhand har vi kommit fram till att det hade varit bäst att dela upp dessa begrepp i skilda frågor. Men trots detta har informanterna besvarat och definierat båda dessa begrepp. Kanske hade vi fått ett större och mer uttömmande svar om begreppen skiljts åt. Vi valde att redovisa ett antal teoretiker för att förklara hur omvårdnad och omvårdnadsrollen definieras av dessa. Detta för att påvisa skillnaden och hålla isär begreppen. Det är genom teoretiker som skolan väljer att föra kunskap vidare till studenter. Genom att redovisa teoretiker kan detta ge en bättre bild av hur svårt begreppet omvårdnad kan vara att definiera, samt få en insyn i vad informanterna läst inom området. Självklart kunde vi ha valt att använda oss av andra teoretiker, men eftersom det finns så pass stort urval, valde vi slumpvis ut ett antal.

Metoddiskussion

Då syftet var att erhålla kvalitativa beskrivningar av den intervjuades upplevelser i avsikt att tolka deras mening, var kvalitativ forskningsintervju att föredra. Vi stod i valet mellan dagbok och intervju som datainsamlingsform. Fördelar och nackdelar vägdes mot varandra och slutsatsen blev att intervjuer var att föredra. Genom intervjuer får intervjuaren kunskap om hela tankegångar och resonemang och inte bara slutsatser. Intervjuer ger större möjlighet till spontana känslor och svar till skillnad mot genomtänkta, nedskrivna svar.

”Då personen ombads att skriva en berättelse om en företeelse måste informationen till försökspersonen vara väl genomtänkt. All information måste naturligtvis vara väl genomtänkt, men här avses faktum, att när informationen väl är given och försökspersonen skriver berättelsen, så har forskaren betydligt mindre möjligheter att komplettera informationen, än vid exempelvis en intervju.” (Dahlberg, 1997, s.107).

Syftet med studien var att undersöka hur manliga sjuksköterskor upplever sin omvårdnadsroll. Den kvalitativa intervjumetoden resulterade i uttömmande svar. De områden författarna ville ha svar på låg till grund för de strukturerade frågorna. I de fall det behövdes kunde författarna tack vare den semistrukturerade intervjuguiden använda möjligheten till öppna följdfrågor för att på så sätt få ett uttömmande svar. Samma möjlighet gavs om det dök upp överraskande svar. Eftersom ingen erfarenhet finns på området intervjuer, valdes semistrukturerad metod. Om erfarenhet funnits på området kunde vi gjort en öppnare explorativ undersökning där man använder ostrukturerad intervjumetod med helt öppna frågor och börja med en inledande fråga där sedan svaren ligger till grund för efterkommande frågor. Då intervjun genomförs helt utan några valda områden innebär det att oväntade och intressanta svar kan resultera i oväntade områden vad gäller resultatet. Det negativa med detta är att intervjuerna kan bli väldigt olika i ämnesväg och svåra att kontrollera i förhållande till syftet, frågor och svar kan lätt hamna långt ifrån ämnet. Detta är ett svårare sätt att intervjua för dem som inte har erfarenhet av intervjuer. Därför valde författarna att genomföra intervjuerna med semistrukturerade intervjufrågor.

Semistrukturerade intervjuguider är lämpliga när man har ett antal ämnen som man vill behandla under intervjun och samtidigt vill att informanten ska kunna tala öppet och fritt (Polit et al, 2001).

En semistrukturerad intervju omfattar en rad teman och förslag till relevanta frågor. På samma gång finns möjlighet att göra förändringar vad gäller frågornas form och ordningsföljd om så krävs för att följa upp svaren och berättelserna från den intervjuade (Kvale, 1997).

Det som kan kritiserats med användningen av semistrukturerade frågor är att intervjuaren innan har bestämt sig för en rad frågeområden. Detta kan i sig medföra att intervjuarens eventuella förförståelse har inverkan på vad som ska tas upp och inte har samma möjlighet att få ett bredare material. Detta har författarna beaktat genom att inte låsa sig vid vissa ämnen under intervjuerna, och genom detta varit lyhörd för oväntade svar och reflektioner. Positivt genom att vi inte svävar ut ifrån områden och vi höll fokus på de områden vi ville utforska. Detta gav oss en trygghet att gå tillbaka till och medförde att vi kunde koncentrera oss på följdfrågor utan risk att frångå ämnet.

Litteraturgenomgång

Litteratursökningen kunde ha varit mer omfattande, men i brist på tid fanns inte möjlighet till det. Artiklar söktes på databaser som CINAHL, Medline, Pubmed samt ELIN. Artiklar valdes ut efter titeln varefter abstrakt lästes igenom. Polit et al (2001) skriver att titeln ska spegla artikelns innehåll. Någon hänsyn har inte tagits till om det har varit utländska artiklar. Detta kan vara ett problem då utbildningar och övriga förhållanden inte ser ut som i Sverige. Det fanns dock inget alternativ då det inte fanns många svenska artiklar på ämnet.

Etiska överväganden

Vi har valt att helt aidentifiera alla citat för att skydda informanternas identitet då endast två verksamheter ingick i studien och antalet män på dessa var litet. Detta gör att det i resultatredovisningen inte går att se hur många citat som kommer ifrån respektive informant. Vi kunde ha kodat citaten men eftersom detta kunde ha speglat hur många som sagt vad och härleda det till respektive avdelning, var detta inget alternativ.

Urval

Till studien söktes sex manliga sjuksköterskor för intervjuer. Kriterierna var att det skulle vara manliga sjuksköterskor som arbetat minst fem månader och maximalt två år efter examen. Detta för att de skulle kunna beskriva sin första tid i yrket med färsk minnen, samt att de skulle ha en färsk utbildning för att göra studien så aktuell som möjligt. Två verksamheter valdes ut och kontaktades. Anledningen till att två verksamheter valdes ut var att det förekommer så pass få manliga sjuksköterskor. Trots detta hänsynstagande var antalet informanter som uppfyllde kriterierna för studien endast fyra manliga sjuksköterskor. Alla fyra informanter var villiga att delta i studien. För att vända sig till flera verksamheter var vidare ansökning nödvändig. I brist på tid valdes då att koncentrera sig på de fyra funna informanterna. Vissa av informanterna arbetar nära varandra och har således haft möjlighet att diskutera intervjuerna sinsemellan. Därigenom kan de ha påverkat varandras resultat genom att de har diskuterat olika svar. Detta kan ha avspeglat sig i resultatet.

Om antalet informanter är för stort går det inte att göra några mer ingående tolkningar av intervjuerna. Tex. Om syftet är att förstå världen som den upplevs av en särskild person, så räcker det med denna enda person. Kvale anser att många skulle ha vunnit på att ha färre intervjuer och mer tid över för förberedelser och analys av intervjuerna. Det understryks att intervjuernas kvalitet är bättre än dess kvantitet (Kvale, 1997).

Datainsamling

Eftersom de första tre intervjuerna genomfördes av endast den ena författaren var det svårt att hålla koncentrationen under hela intervjun och därmed kan det ha missats någon följdfråga på relevant ämne. Däremot vid den fjärde intervjun, då båda författarna medverkade gavs det större möjlighet till att täcka upp relevanta områden i och med att den ena observerar mer vad som sägs och den andra koncentrerar sig mer på att hålla sig till intervjuguiden. I slutet av intervjun kan författarna då diskutera om det är något relevant som de har missat att reflektera kring. Om båda författarna hade haft möjlighet att medverka vid alla fyra intervjuerna hade kanske ett bredare material samlats in.

Författarna valde att göra en testintervju på varandra för att öva på frågor, beräkna tid och diskutera eventuella korrigeringar och tillägg av frågor. Därefter gjordes en testintervju på en utomstående student. Denna testintervju borde ha gjorts på en utomstående sjuksköterska för att få så realistiska svar som möjligt. Därmed kunde man på ett relevantare sätt ha korrigerat intervjuguiden.

Kvale (1997) beskriver att i ett forskningssammanhang är det upp till intervjuaren att på kort tid skapa en sådan kontakt att samspelet mellan intervjuare och intervjuad blir förmer än artig konversation eller utbyte av åsikter. Intervjuaren måste bygga upp en atmosfär där den intervjuade känner sig trygg nog för att tala fritt om sina upplevelser och känslor. Detta innebär att inta en ömtålig balans mellan det kognitiva kunskapssökandet och den mänskliga interaktionens etiska aspekter. Detta gjordes genom att vi undvek att avbryta informanterna. Vi försökte skapa en lugn atmosfär genom att inte sätta press på informanterna och gå lugnt tillväga. Detta upplevde vi fungerade väl.

Bearbetning och analys

Först transkriberades data tillsammans av författarna för att ge en bra hanterbarhet samt för att bekanta sig med materialet. Detta gjordes ordagrant för att få tillgång till all data och för att se allting i sitt sammanhang. Detta gjordes dels för att den som inte varit med vid tre av intervjuerna skulle kunna få höra intervjuerna och dels för att kunna diskutera eventuella otydligheter.

Efter att ha läst och jämfört Kvales (1997) och Dahlbergs (1997) analysmetoder kom författarna fram till att Dahlbergs (1997) metod var den som passade bäst till studien. Dahlbergs metod valdes på grund av dess tre faser och att författarna genom detta val fick en bra förståelse för materialet och därigenom kunna göra en bra analys. Naturligtvis kunde andra metoder ha valts för bearbetning och analys som möjligtvis kunde ha givit ett annat resultat.

Vid bearbetning och analys använde författarna sig av Dahlbergs tre faser, helhet-delar-helhet. När materialet var nerskrivet valde författarna att först läsa igenom var och en för sig och därefter diskutera och ta upp eventuella frågor. Detta gjordes för att ge en möjlighet att förstå den andres åsikter och uppfattningar om

textens innebörd. Därefter delades materialet upp och de väsentliga delarna stryktes under, vilket skapade olika kategorier. Dessa kategorier delades sedan in i tre teman i den tredje fasen och detta gjorde författarna tillsammans. Detta var positivt genom att vi fick uppfattningar oberoende av varandra och gav möjlighet till diskussion.

Detta är en liten studie och det är möjligt att om det hade funnits ett större urval hade materialet kunnat ge en större bredd och fler teman.

Resultatdiskussion

Tema 1. Uppfattning om omvårdnad

Ingen av informanterna hade något direkt svar på vad omvårdnad är. Beror detta på kunskapsbrist?

Att informanterna reagerade med osäkerhet på frågan om vad omvårdnad var skulle kunna förklaras på följande sätt: I den utbildning informanterna nyligen avklarat förekommer frekvent undervisning i just ämnet omvårdnad, där även definiering ingår. Detta uppfattas av många som abstrakt. Informanterna känner då möjligen viss press då frågan dyker upp och de inte har något klart, konkret svar. Därför börjar de att genom långa monologer diskutera sig fram till svaret, och fortsätter tills de tycker att de lyckats. Författarna upplever att alla vet vad begreppet innebär men att det är något som är väldigt svårt att sätta ord på. En annan aspekt är att informanterna inte riktigt kommer ihåg skolans definition, vilket skulle kunna upplevas genant och därför reagerar med osäkerhet. Detta är tänkbart då man inte använder sig av dessa definitioner särskilt ofta i arbetet.

Som Basset (2002) skriver i sin artikel, att det är viktigt att veta vad omvårdnad är, för att kunna ge en så bra omvårdnad som möjligt. Om vi sätter det i samband med vår studie så upplever vi att alla informanterna vet vad omvårdnad är och vad det står för, att de sen hade svårt att sätta ord på det är egentligen ointressant, det är mer en fråga om ovana att behöva definiera begreppet.

Både begreppet omvårdnad och begreppet omvårdnadsteori har varit föremål för omfattande diskussioner på vårdhögskolorna och universiteten, men någon samstämmighet om användningsområden och innehåll finns inte ännu. För begreppet omvårdnad finns delvis synonyma begrepp såsom; caring, nursing, sjuksköterskevetenskap och omvårdnadsvetenskap. Omvårdnadsteori benämns i litteraturen även: teoretisk modell, vårdteori och omvårdnadsteoretisk struktur (Bentling, 1992).

Omvårdnad är svårt att förklara och definiera. Till exempel kan det förklaras som känslor, tankar och handlingar vilka samverkar för att ge en annan individ välbefinnande, både fysiskt och psykiskt. I samma studie fick patienter först förklara vad de upplevde som god omvårdnad, varefter sjuksköterskor fick lyfta fram vad de trodde patienterna upplevde som god omvårdnad. Patienterna talade mycket om tekniska och medicinteoretiska färdigheter medan sjuksköterskorna trodde att patienterna först och främst uppskattade samtal och förmåga att lyssna. Summan av studien blev att omvårdnad innefattar allt ifrån tekniska handlingar och medicinska färdigheter, samordning och organisering, till känslösa samtal med patienten (Basset, 2002).

Informanterna i vår studie svarade att omvårdnad var allting, dvs. samtal, information, tekniska handlingar och samordning. Det skulle kunna vara ett försvar att täcka av allt för att det är så svårt att definiera. Men eftersom Basset (2002) har fått samma resultat i sin studie, är så inte fallet. Vi uppfattar att man som yrkesarbetande sjuksköterska vet vad som ingår i omvårdnad, men att definiera ett bestämt ord kan i alla fall vara svårt.

Tema 2. Processen att växa in i rollen

Introduktionen visade sig ha stor betydelse för hur informanterna uppfattade sin första tid. Vad hade då informanterna för upplevelser av introduktionen, och vad tyckte de var bra respektive dåligt med introduktionen i förhållande till deras framtida omvårdnadsroll? De som upplevde att de fick ett successivt ökat ansvar och arbetsbelastning under introduktionen, kände sig också tryggare i omvårdnadsrollen när de började arbeta helt på egen hand. De som under introduktionen hade en konstant arbetsbelastning och ansvar som sedan plötsligt vid introduktionens slut kastades in i yrkets fulla arbetsbelastning och ansvar, upplevde viss panik och kaos. De negativa upplevelser som kan kopplas till detta var en känsla av att inte ha kontroll över situationen och att inte få någon struktur i arbetet. Detta gav en känsla av inre stress och kaos. Ett konkret exempel på hur informanterna försökte lösa detta var att skriva mycket lappar med saker de skulle komma ihåg.

Denna arbetsbelastning och inre stress beskrivs väl av Chang och Hancock (2003). Arbetsbelastningen och den nya yrkesrollen kan ge minskad självkänsla, tidsbrist för patienten, speciellt de första sex månaderna. Denna arbetsmiljö leder till ökad stress och sämre möjligheter till att ge en bra omvårdnad.

Arbetsmiljön är väldigt viktig att belysa för att kunna göra situationen bättre för nyutbildade sjuksköterskor genom relativt enkla insatser. Känner man sig trygg på arbetsplatsen så har man större möjligheter till en bättre utveckling både som människa och yrkesutövare.

Något som upplevdes som positivt med att börja arbeta självständigt var att slippa studentrollen. Påfrestningen och stressmomentet av att ha någon som hela tiden observerar allt man gör, och som man under hela utbildningen och introduktionen fått vänja sig vid, var plötsligt borta. Detta upplevdes som en lättnad och en frihetskänsla. Att kunna planera sitt arbete helt själv och göra saker på sitt eget sätt upplevdes som positivt.

Socialt stöd är en faktor som gör att de anställda har större möjlighet att hantera de stressrelaterade effekterna (Pikó, 1999). Alla informanter kände sig stöttade under introduktionen och som nya, självständigt arbetande sjuksköterskor, inte bara av erfarna sjuksköterskor på arbetsplatsen utan de poängterar även undersköterskornas betydelse.

Det är ett viktigt insatsområde för arbetsgivaren att ta ansvar för sina nyutbildade och erfarna sjuksköterskor. Man bör se till att introduktionen för nyexaminerade sjuksköterskor är så bra som möjligt för att främja utvecklingen hos dem. Introduktionen måste anpassas efter individens och verksamhetens behov och förutsättningar, både då det gäller innehåll och omfattning. Det är inte rimligt att kräva att en nyutexaminerad sjuksköterska skall vara färdig och fullvuxen i sin

yrkesroll, utan måste tillåtas vara oerfaren. Yrkeskunnande och kompetens förvärvar man genom utbildning och yrkesutövande och det måste få ta sin tid.

Om första tiden som självständigt arbetande sjuksköterska gav informanterna både positiva och negativa aspekter på sin omvårdnadsroll. Den första tiden innebär att förstå vilka rutiner som råder på avdelningen, hur sjuksköterskan ska få tiden att räcka till och att fokus ligger på att ta ansvaret. För informanterna kändes den första tiden som att fokus låg på att hitta på avdelningen, få lite rutiner som de kan följa för att få en struktur över sin arbetssituation. Detta medför att de kan få svårt att få tiden att räcka till. De kände att i början var det nästan som att de inte såg patienten och detta kan medföra att de har svårt att känna en trygghet i sin roll.

I studien av Gerrish (2000) tyckte de som började 1998 att det var svårt att prioritera vem av patienterna som de skulle börja med. Ska de ta den som är sjukast och inte hinna med de andra eller ta de andra först och inte hinna med den sjukaste. Hur skulle de prioritera så att tiden skulle räcka till. I vår studie kände informanterna likadant under den första tiden som arbetande sjuksköterska. Sjuksköterskorna som började 1985 kände att när de började arbeta hade de fullgod omvårdnads kunskap men lite mindre teknisk kunskap medan sjuksköterskorna som började 1998 hade blandade upplevelser, vissa kände att de hade god teknisk kunskap, men andra hade svårt med administrering av mediciner, injektioner etc. De som inte hade de tekniska kunskaperna och inte fick den tid som de behövde för att lära sig, sa att det var på grund av den arbetsbelastning som rådde.

Charnley (1999) definierar att det är svårt att vara nyutbildad, man har mycket kunskaper men saknar den nödvändiga erfarenheten. Detta stämmer väl överens med Benners första fas som är novis.

Enligt Benners (1993) fem stadier där rollen utvecklas successivt från novis till expert, så kan en klar parallell dras till dessa informanter. Som novis har man inte erfarenhet av konkreta situationer och detta göra att novisen måste finna andra sätt att få struktur och kontroll över sin situation. Novisen har istället ett behov av regler som vägleder dennes handlande.

Informanterna befinner sig i början av novisens fas. För att få ett bättre självförtroende och ökad trygghet känns det viktigt att få kontroll på de tekniska uppgifter som injektioner, nålar, dropp etc. Detta gör också att de kan gå vidare i sin utveckling och skapa en trygghet i sin roll. Fagerberg & Kihlgren (2001) beskriver att god teknisk kunskap ger ett bättre självförtroende, men att det är endast en liten del av hela sjuksköterskans omvårdnadsroll.

Detta kan bero på att det är skönt att fokusera på något som är relativt konkret och som det har övats mycket på. Genom ökat självförtroende sker successivt ett ändrat fokus. Desto mer kunskap som förvärvas inom andra områden, desto mer kan sjuksköterskan fokusera på de andra bitarna som egentligen är av större vikt.

För att ta sig vidare i sin process mot att känna sig trygg och säker i sin roll behöver man tid, en bra handledare och förståelse för att man är ny. En viktig del är att stöttning finns genom att en handledare eller erfaren sjuksköterska finns till hands.

Fagerberg & Kihlgren (2001) poängterar vikten av att ha en handledare. I studien beskrev de att både som student och sina första två år var det väldigt viktigt att ha en handledare som stöd för att få en successivt bra utveckling av sin omvårdnadsroll. Vidare i studien kände studenterna att som sjuksköterska finns det inte alltid tillräckligt med tid för patienterna eftersom det är mycket andra uppgifter som också behöver göras, som ronda, dokumentera etc. I vår studie tyckte informanterna att det var skönt att alltid kunna fråga någon om man var osäker, att det alltid fanns någon nära till hands eftersom de jobbade alltid med någon erfaren sjuksköterska. Däremot kände de att när de jobbar kvällar är det svårare att få stöttning i och med att det är lite personal. Det blir en ökad belastning med ökat ansvarstagande. Därför lägger informanterna fokus på rutiner och struktur för att få tiden att räcka till allt de ska hinna med. Detta kan ge en bra förståelse till varför de kan känna en viss stress över allt som ska göras under den första tiden.

Hur informanterna har utvecklats och vad som prioriteras under det första halvåret kan jämföras med Benners (1993) andra fas, Avancerad nybörjare. Avancerad nybörjare är de som kan uppvisa godtagbara prestationer. De har varit med om ett antal verkliga situationer som de har klarat av och genom detta kan de urskilja betydelsefulla aspekter i en viss situation. Det är först nu som de börjar bli medvetna om återkommande mönster i sitt kliniska arbete. Nu började informanterna i vår studie att känna sig mer kompetenta, får mer tid över för patienterna, en större insikt i patienters diagnoser och andra prioriteringar. Deras erfarenhet byggs på genom de situationer de befinner sig i. Deras omvårdnadsroll bli tryggare och de känner sig säkrare i sitt arbete.

Fagerberg & Kihlgren (2001) beskriver att sjuksköterskans uppgift är att skapa en atmosfär av trovärdighet, kommunikation och prioritering i förhållande till patientens behov. Det är först nu som våra informanter kunde känna att det fanns tid till att se patientens behov. Nu kunde de prioritera sina uppgifter och finna den tid som egentligen alltid har funnits där, men det är väldigt mycket nya rutiner som behövs tas in för den nyutbildade sjuksköterskan. Därför bör det beaktas att nya sjuksköterskor måste få den tid de behöver med en bra introduktion, god stöttning, arbeta med erfarna sjuksköterskor. Det är viktigt att poängtera att det tar tid att ta del av allt på den nya avdelningen som man börjar på. Lära sig de nya rutinerna för att sedan kunna prioritera, lägga fokus på rätt ställe och genom detta kunna få mer erfarenhet och tid för patienten. Det är först efter ett halvår som fokus börjar närma sig en helhetsbild av patienten, även om det fortfarande är en bit kvar. Avancerad nybörjare är en bit på vägen, men det behövs fler oväntade situationer för att kunna bygga på sin kompetens genom erfarenheter. Efter ett halvår kände informanterna sig trygga men det är fortfarande en hel del att lära sig. Nu ligger deras fokus på att försöka se helheten, att förstå samband mellan symptom och patientens diagnos för att förstå hur patienten mår och kunna ge en bra omvårdnad. När deras fokus inte riktigt låg på det som var viktigast i den konkreta situationen härledde de det till att de hade för lite erfarenhet.

Varje konkret situation bygger på ens erfarenhet av nya situationer. Därför behöver sjuksköterskan vara med om många olika situationer för att utveckla erfarenhet och kunskap. Hon/han har inte heller varit med om dessa situationer och saknar då den kompetens som behövs för den avdelningen. Det finns alltså ett stort behov av stöttning under lång tid som nybliven sjuksköterska, speciellt när nya, oväntade situationer uppkommer.

Att bli säker i sin roll kan ta olika lång tid beroende på erfarenhet, stöttning, ansvarstagande, kompetens och kunskap. Hur lång tid utvecklingen tar är högst individuellt. Fagerberg & Kihlgren (2001) beskriver att vad som är meningsfullt i sjuksköterskans arbete beror på sjuksköterskans egen identitet. Därför har alla olika behov av struktur, rutiner, stöttning och successivt ökat ansvarstagande för att hitta sin roll och dess meningsfullhet. Det är viktigt att se till den individuella personen.

Intressant var att allt som upplevdes negativt, såsom för mycket ansvar, för hög arbetsbelastning och för lite tid till samtal med patienterna, härleddes till personalbrist. Som exempel gavs kvällar då de hade ansvar för fler patienter än på dagen vilket upplevdes som en påfrestning.

Tema 3. Könsrollen

I studiens resultat framkommer det att ingen av informanterna tycker att det är någon skillnad mellan mäns och kvinnors omvårdnad. Det är en individuell förmåga som inte är bundet till könet. Det som är intressant är att när frågan ställs råder det dock en tvekan inför svaret. Det finns en uppfattning om att någon skillnad är det nog ändå. Vad det skulle kunna vara har de svårt att sätta ord på. En del av informanterna benämner det som att killar kan bemöta killar på ett sätt och tjejer kan bemöta tjejer på ett visst sätt.

Om vi jämför mäns syn på individualitet och att det är från person till person, med Myrons (1976) studie där endast kvinnor ingick, kan likheter ses.

Kvinnorna tyckte det var befängt att tro att kvinnor skulle ha bättre omvårdningsförmåga än män, det är en förmåga som inte är könsbunden utan högst individuell.

I en studie av Isaacs (1996) ansåg manliga sjuksköterskestudenter att de var lika bra på omvårdnad som sina kvinnliga kollegor, men att kvinnor vårdade med en djupare intimitet än män. Männerna såg sitt kön som en fördel, de ansåg att de fick mer respekt av läkare och kollegor, kunde kontrollera farliga situationer bättre och att de hade större karriärmöjligheter. Detta är en Australiensisk studie men kan ändå jämföras för att beskriva att det finns en tanke kring att det ändå finns en skillnad mellan män och kvinnor. Informanterna i vår studie uppgav att det inte är trodde att de var någon skillnad mellan män och kvinnors sätt att se på omvårdnad eller förmåga att vårda. Detta uppgav informanterna att det var högst individuellt men de uppger ändå att det kan finnas någon skillnad men de kan inte specificera vad.

Vad är det för allmänna tankar som då finns; att det trots allt råder en tvekan om individualitet. Kan det ha att göra med att som Sahlin-Andersson (1997) beskriver, att eftersom sjuksköterskeyrket är så dominerat av kvinnor, associeras det med en stereotyp bild av kvinnliga egenskaper, vilket ger sjuksköterskan en kvinnlig könsidentitet. I och med att det har varit ett kvinnodominerat yrke under väldigt lång tid kan det medföra en konflikt över hur män bör se på vårdandet i den gällande minoritet som råder. Den finns fortfarande en känsla av att kvinnor är mer omvårdande av naturen. Jämförs detta med informanterna i vår studie så håller de inte med utan vidhåller än en gång att det är något individuellt.

Om det är en individuell förmåga behöver det inte rekryteras fler män till vården. Ska rekryterings syfte istället vara att se till varje persons förmåga och strunta i

att öka antalet manliga sjuksköterskor? Är en dominans bra för att skapa ett bra förhållande på arbetsmarknaden?

Det som informanterna hade som ett framtida mål med yrket var att ta sig vidare till akut, iva eller narkos. Hur kan det komma sig att män vill ta sig vidare inom dessa specialiteter? Vad är det som lockar med akuten? I Armstrong (2002) benämndes att så fort det är ett trauma så dyker det upp ett stort antal män även om det kanske inte är nödvändigt. Den största andelen män väljer akutkliniker som intensivvården och hjärtavdelningar för att de lockas av krissituationer, där deras roll innebär mer mod, action och blod. Informanterna i vår studie har inte bråttom att ta sig vidare. De känner att de har mer att lära sig där de är, så specialisering är ett framtida mål. Det är något som inte stämmer överens med Armstrongs (2002) artikel, där det typiska är att så fort möjligt ta sig vidare till akuten. Detta kan vara urvalsrelaterat då informanterna i vår studie är relativt nyutbildade och inte tänkt så långt än.

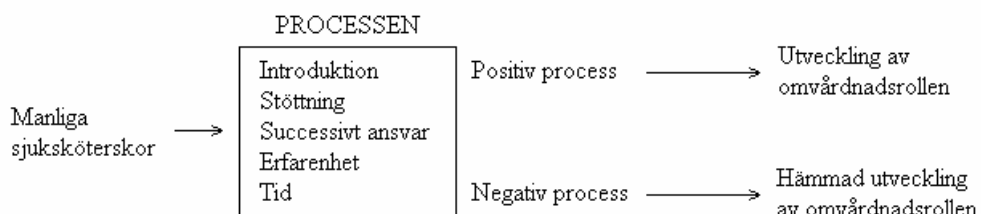
Jorfeldt (2004) beskriver skillnader mellan manliga och kvinnliga studenters syn på karriärvägar. De manliga studenterna bestämmer sig tidigt i utbildningen för att vidareutbilda sig inom akut- eller ambulanssjukvård. Männerna vill först arbeta med medicin eller kirurgi och sedan ta sig vidare inom akutsjukvård. Männerna uppfattar sig själva som målmedvetna och att det är viktigt att få utvecklas kontinuerligt under den yrkesverksamma tiden medan kvinnorna inte beskriver detta så uttryckligt. Kvinnorna har inte beskrivit att de har bestämt sig för någon vidareutbildning. När män söker sig till vården som arbetsplats vill de kanske finna en "lite" manligare identitet. Om vi jämför med att utbilda sig till sjuksköterska, så är valet att ta sig vidare till akuten målmedvetet bland män och detta stämmer väl överens med informanterna i vår studie som anger att de någon gång vill arbeta med akutsjukvård.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan man säga att informanterna uppfattade omvårdningsrollen som ett samlingsbegrepp för utförandet av alla de uppgifter som ingår i sjuksköterskeyrket. Här ingår allt ifrån praktiska göromål till stöttande samtal. De praktiska delarna var en stor del av fokus i början. Då detta var något man kände sig relativt trygg i, resulterade det i ökat självförtroende. Allteftersom blev dessa bara bisysslor och fokus ändrades till ett mer holistiskt patientperspektiv då man började fundera mer kring hur patienten mår relaterat till symptom, diagnos och behandling. Detta är ett tydligt exempel på utveckling enligt Benner (1993). De har nu utvecklats från novis till avancerad nybörjare genom erfarenhet, stöd av handledare och kollegor, successivt ökat ansvar, en bra introduktion och tid.

Informanterna tog också upp negativa upplevelser såsom icke fullgod introduktion, för hög arbetsbelastning, liten förståelse för att man är ny. Detta kan resultera i inre stress och sämre självkänsla som leder till att utvecklingen i yrkesrollen tar längre tid.

Detta kan förklaras genom följande modell som vi konstruerat:



Flera av faktorerna som informanterna upplevde som negativt under den tid de arbetat härleddes av informanterna själva till för hög arbetsbelastning. Detta tolkas av oss som att det råder personalförbrist på sjukhusen.

Det framkommer att de manliga sjuksköterskorna i vår studie, inte ser någon konkret skillnad mellan mäns och kvinnors förmåga och syn på omvårdnad. Detta uppfattas som något individuellt. Det framgår att det finns en uppfattning bland männen att det trots allt finns en skillnad. Vad det skulle kunna vara var svårt att precisera. Detta ger en möjlighet till att fråga sig om det då behövs fler män i vården?

Den myt som finns att män söker sig till akuten stämmer väl överens med informanterna i vår studie då de har en tanke på att ta sig vidare till någon form av akutsjukvård. Men det är däremot inget som är brådskande, utan de vill först och främst ta del av all den kunskap som finns på deras respektive avdelning.

SLUTORD

Syftet med studien var att få en förståelse för hur manliga sjuksköterskor uppfattar sin omvårdnadsroll efter ett halvår som yrkesaktiv, samt hur vägen dit såg ut. Frågor ställdes om hur de såg på sin yrkesroll den första tiden, efter att ha arbetat självständigt en tid, hur de kände efter ett halvår och hur de såg på skillnader mellan män och kvinnors syn på omvårdnad.

Även om underlaget för vår studie är litet och ingen klar beskrivning fanns avseende skillnader på mäns och kvinnors syn på omvårdnadsrollen så ter det sig som att det finns behov av bra stöttning, successivt ökat ansvar, tid, en bra introduktion för att underlätta utvecklingen av omvårdnadsrollen för de nyblivna manliga sjuksköterskorna.

Vi hoppas att vår studie om mäns upplevelser ska locka till mer forskning inom ämnet, och att det ska finnas en tanke bakom vilka kvaliteter som söks hos personal.

Det är av stor vikt att ha en blandad personal av olika etnicitet, kön och kulturell bakgrund. Genom olika människors individuella förmågor, finns det en större möjlighet att ta vara på patienters behov i dagens och framtidens sjukvård.

Hur fler män ska lockas till vården är ett annat dilemma som vidare forskning kanske kan frambringa. Hur ska man kunna få männen att stanna kvar på vårdavdelningen? Det hade varit intressant att jämföra mäns syn med kvinnors syn på sin omvårdnadsroll. Ett annat förslag till vidare forskning skulle kunna vara frågor om förfördelningar.

REFERENSER

- Armstrong, F (2002) Men in nursing. *Australian Nursing Journal*, 9(11), 24-27.
- Bassett C (2002) Nurses' perceptions of care and caring. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 8-15.
- Benner, P (1993) *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P & Wrubel, J (1989) *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Calif: Addison-Wesley, cop.
- Bentling, S (1992) *I idéernas värld. En analys av omvårdnad som vetenskap och grund för en professionell utbildning*. (Avhandling). Stockholm: Uppsala Universitet. Institution för utbildning.
- Chang, E & Hancock, K (2003) Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nursing and Health Sciences*, 5, 155-163.
- Charnley, E (1999) Occupational stress in the newly qualified staff nurse. *Nursing Standard*, 13(29), 32-36.
- Dahlberg, K (1997) *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, Henrik (2002) *Den diplomatiska punkten*. Göteborg: ACTA.
- Eriksson, K (1993) *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Fagerberg, I & Kihlgren, M (2001) Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses 2 years after graduation. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 137-145.
- Fagerberg, I, Winblad, B & Ekman, S-L (2000) Influencing aspects in nursing education on Swedish nursing students' choices of first work area as graduated nurses. *Journal of nursing education*, 39(5), 211-218.
- Folkesson, P (2000) *Nordisk mansforskning – en förteckning med sammanfattande kommentarer*. (Rapport). Karlstad: Jämställdhetscentrum/Genusvetenskap, institutionen för samhällsvetenskap.
- Gerrish, K (2000) Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of the transition from student to qualified nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 473-480.
- Gothlin, E (1999) *Kön eller genus?* (Kompendium). Göteborg: Nationella sekretariatet för genusforskning.
- Henderson, V (1991) *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Solna: Almqvist & Wiksell.

- Isaacs, D (1996) Being a man and becoming a nurse: Three men's stories. *Journal of Gender Studies*, 5(1), 9, 39.
- Jorfeldt, I (2004) *Att utbilda sig till sjuksköterska*. Stockholm: HLS Förlag.
- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Myron, D (1976) Attitudes of female nurses toward male nurses: A study of occupational segregation. *Journal of Health and Social Behavior*, 17(2), 98-110.
- Pikó, B (1999) Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions. *Journal – Royal Society of health*, 119(3), 156-162.
- Polit, F, Beck, T & Hungler, P (2001) *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Robertsson H. (2003). Maskulinitetskonstruktion, yrkesidentitet, könssegrering och jämställdhet. Akademisk avhandling. *Arbetsliv i Omvandling* 2003:13. Arbetslivsinstitutet. Stockholm.
- Sahlin-Andersson, K (1997) Kvinnoyrken i omvandling – om ändrade gränser och relationer i sjukvården. I: *Om makt och kön i spåren av offentliga organisationers omvandling*. SOU 1997:83.
- Statistiska centralbyrån. Statistik över sjukvård.
www.scb.se/templates/tableOrchart___60947.asp<2004-11-29.
- Sullivan, E. J (2000) Men in nursing: the importance of gender diversity. *Journal of Professional Nursing*, 16(5), 253-254.
- Watson, J (1993) *En teori för omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

Bilaga 1: Intervjuguide

Bilaga 2: Samtyckesblankett

Bilaga 3: Informationsbrev

INTERVJUGUIDE

Hur gammal är du?

När du tog din sjuksköterskeexamen? Var gick du din utbildning? Trivdes du med utbildningen? Vad kunde ha varit bättre?

Började du jobba direkt eller hade du ett uppehåll?

Ex på ev.följdfrågor: Hur långt uppehåll hade du? Varför?

Hade du arbetat inom vården tidigare, innan utbildningen?

Ex på ev.följdfrågor: Var? Hur länge? Hade du haft praktik på just den här avdelningen tidigare? Vilken termin?

Kan du berätta hur du upplevde den första tiden som sjuksköterska?

Ev.Följdfrågor: Vad tyckte du var dåligt? Vad var bra? Stress osv...

Vad är omvårdnadsroll för dig, innebörden? (Vad vi menar är arbetet som helhet, patientkontakter, anhörigkontakter, medarbetare, samordning, praktiska uppg. Rollen man har i dessa situationer)

Ex på ev.följdfrågor: Berätta mer... Vad tänker du på?

Hur lång introduktion hade du? Med introduktion menar vi den tid du fick gå bredvid innan du började arbeta självständigt.

Ex på ev.följdfrågor: Var det tillräckligt? Fick du förhandla till dig längden på introduktionen?

Hur kändes din omvårdnadsroll efter introduktionen?

Ex på ev.följdfrågor: Vad var bra/dåligt? Vad var jobbigast/minst jobbigt?

Känner du dig trygg och säker i din omvårdnadsroll nu?

Ex på ev.följdfrågor: Vad kan bli bättre?

Vad tycker du om din nuvarande arbetssituation?

Ex på ev.följdfrågor: Varför? Hur känner du dig jämfört med de första månaderna?

Vad har du för framtida mål med yrket?

Har du ett bra förhållande till dina arbetskamrater?

Ex på ev.följdfrågor: Känner du att du har någon att vända dig till med problem? Tex. Arbetsbörda, krävande patienter osv.

Har din syn på omvårdnad och din omvårdnadsroll förändrats under den tid du arbetat?

Ex på ev.följdfrågor: Hur? Berätta mer?

Tror du att det är någon skillnad på mäns och kvinnors syn på omvårdnadsrollen?

SAMTYCKESBLANKETT

Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av skriftlig information.
Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst
och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Deltagare:

.....

Studieansvarig:

.....

Informationsbrev

Hej!

Vi vänder oss till dig som är manlig sjuksköterska och har arbetat från 5 månader upp till 2år.

Vi är två sjuksköterskestuderande som under HT 04 ska skriva vårt examensarbete.

Vi har bestämt oss för att beskriva mäns syn på omvårdnad. För att kunna beskriva mäns upplevelse av sin omvårdnadsroll kommer vi att göra en empirisk studie.

Studien kommer att ske genom intervjuer, där du kommer att få svara på olika frågor om hur det första halvåret som sjuksköterska har varit.

Genom denna studie hoppas vi kunna få mer kunskap om hur manliga sjuksköterskor upplever sitt första halvår. Resultatet kommer att vara till nytta för att kunna jämföra med kvinnors syn på omvårdnad samt åstadkomma en balans mellan män och kvinnor inom sjukvården.

Intervjun kommer att spelas in på band och alla band kommer att förstöras när studien är slutförd. Du kommer att vara helt anonym. Din medverkan är helt frivillig och du kan när som helst avbryta din medverkan. När studien är slutförd kommer alla medverkande erbjudas att läsa igenom uppsatsen.

Intervjun kommer vara ca 30-45 min. Tid och plats bestämmer vi tillsammans med dig.

Härmed tillfrågas du om du vill medverka i denna studie.

Vi kommer att ta kontakt med dig inom ett par dagar.

För eventuella frågor, kontakta: Rickard Nilsson xxx-xxxxxx
Pierre Conde xxx-xxxxxx