

# **Den kroppsnære pleierelasjonen**

**Pasientar sine opplevingar av pleie dei fekk som nyopererte**

**Hovudfagsoppgåve, vår 1999  
Jeanne Helene Boge**

**Vegleiar:  
Kjell Kristoffersen  
Fyrsteamanuensis, dr. polit**

**Universitetet i Bergen  
Medisinsk fakultet  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Helsefag hovudfag  
Retning: Sjukepleievitskap**



<b>Innhald</b>	<b>Side</b>
Forord	6
Samandrag	7
<b>1 Innleiing</b>	9
1.1 Formål	9
1.2 Presentasjon av den nyopererte pasienten	9
1.3 Kirurgisk avdeling som studiekontekst	11
1.4 Disposisjon	12
<b>2 Litteratur og relevante studiar om kropp og kroppsnær pleie</b>	13
2.1 Kroppsnær pleie i historisk perspektiv	13
2.2 Kroppsfilosofi	18
2.2.1 Den holistiske kroppen	19
2.3 Berøring	21
2.3.1 Berøring i profesjonell samanheng	21
2.4 Kjønn i samfunn og pleie	24
2.5 Pasient og pleiar som medmenneske	27
2.5.1 Å vera avhengig av hjelp	28
2.6 Den talande kroppen	30
<b>3. Metode</b>	31
3.1 Førforståing	32
3.2 Aletisk hermeneutikk	36
3.3 Inklusjonskriterier	39
3.4 Intervjutema	39

3.5	Samtalekunst	40
3.6	Tolking	41
3.6.1	Tolking i lys av Kari Martinsen sin omsorgsteori	43
3.7	Forskingsetikk	48
<b>4.</b>	<b>Opplevinga av den kroppsnære pleierelasjonen</b>	<b>50</b>
4.1	Praktisk kroppsnær pleie	50
4.1.1	Å få stelt seg på oppvakingsavdelinga	51
4.1.2	Å få stelt seg på sengeposten	52
4.1.3	Å vaska seg sjølv	53
4.1.4	Å stå opp av senga	56
4.1.5	Pasientar som trong lenger tid for å bli sjølvhjelpete	58
4.1.6	Hender	59
4.1.7	Massasje	60
4.1.8	Teknisk dugleik	61
4.1.9	Nattlege aktivitetar	66
4.2	Å bli avkledd	68
4.2.1	Om pasientane vert forlegne	69
4.2.2	Ung eller gamal pleiar	71
4.2.3	Mannleg eller kvinneleg pleiar	72
4.2.4	Å bli stelt i nærvær av pårørande	75
4.2.5	Å bli stelt i nærvær av medpasientar	76
4.3	Pleiar sin veremåte i samhandling med pasient	77
4.3.1	Travel	77
4.3.2	Sit ikkje ned for å samtala	78



4.3.3	Tillitsvekkjande	81
4.3.4	Paternalistisk	84
4.3.5	Audmjuker ikkje den avhengige	86
4.3.6	Medfølande	89
4.3.7	Av og til humoristisk	91
4.3.8	Totalopplevinga av pleiar sin veremåte	93
4.4	Oppsummering av resultatata, og sambandet mellom resultatata og Martinsen sin omsorgsteori	94
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b>	98
5.1	Tankar knytt til forskingsmetoden	98
5.1.1	Om å forska hermeneutisk	98
5.1.2	Praktisk tilrettelegging av intervju	99
5.1.3	Forskingsintervjuet	101
5.1.4	Tolkingsprosessen	104
5.1.5	Om studien verkar truverdige	106
5.1.6	Om resultatata frå studien kan generaliserast	107
5.2	Den kroppsnære pleierelasjonen i eit holistisk perspektiv	108
5.3	Kroppsnær pleie i vår tid	111
5.4	Kva konsekvensar studien bør få	115
5.5	Vidare forskning	121
	<b>Referansar</b>	123

Vedlegg:

- a. Brev frå etisk komite
- b. Brev frå datatilsynet
- c. Brev frå oversjukepleiar og avdelingsoverlege,  
Kirurgisk avdeling, Haukeland sjukehus
- d. Forespørsel om å delta i undersøkinga

## Forord

Studien er utført ved kirurgisk avdeling, Haukeland sjukehus, november og desember 1998. Eg er takksam for at personalet let meg koma inn i avdelinga og snakka med dei nyopererte pasientane. Ein spesiell takk til avdelingssjukepleiar Sølvi May Ristesund som både ved førebuing av studien og undervegs, har vore til stor hjelp.

Størst takk skuldar eg dei nyopererte pasientane som let seg intervjuja. Utan desse hadde studien vore umogeleg. Eg opplever samtalane som gullgruver, som eg i etterkant berre har ausa av. Eg har i alle delar av forskingsarbeidet prøvd å finna ein balanse, slik at det som står skrive er sannferdig, samstundes som diskresjon er ivareteke.

Takk til vegleiar Kjell Kristoffersen som har lest igjennom dei ulike variantane av prosjektet, og som heile vegen har kome med konstruktiv kritikk. Eg har ofte kikka i hans doktorgradsavhandling når eg har lurt på korleis eg skal utforma studien. Oppsettet hans er ikkje kopierte, men det har vore eit godt utgangspunkt.

Takk til Birger, som eg deler det meste med. Alltid positiv, alltid innstilt på at det skal gå meg vel. Utan tett og godt samarbeid hadde dette hovudfaget blitt vanskeleg å gjennomføra. Takk til Anita, 7 år, som lurar på kvifor eg sit og skriv, og som synest det er fint at eg er der når ho kjem frå skulen. Takk til Karina, 4 år, som trur eg driv med dataspel, og som sjølv vil arbeide med dataspel når ho blir vaksen. Den energi og livslyst som desse tre nære, kjære gir, har vore ei god drivkraft i studien.

Bakgrunn for studien er alle åra i klinisk arbeid med sjuke menneske. Det pasientar og kollegar har lært meg opp igjennom åra, dannar grunnlaget for mi interesse og forståing for den kroppsnære pleierelasjonen. Takk alle saman.

Samandraget (s.7) er litt ansleis enn orginalversjonen som blei levert 27.4.99.

Bergen, 13.9.99

Jeanne Boge



## Samandrag

Studien har hatt som formål å få fram pasientane sine opplevingar av den kroppsnære pleierelasjonen. Dette er eit lite artikulert tema i sjukepleiesamanheng. Grunnen kan vera at omsorg og pleie er typisk kvinnearbeid, noko ein tek for gitt og verken snakkar eller skriv om. Studien byggjer på intervju med 12 nyopererte pasientar. 8 menn og 4 kvinner. Dei fleste var mellom 70 og 80 år. Gjennomsnittsalderen var 73,6 år. Studien blei gjennomført ved Haukeland sjukehus, Bergen, november og desember 1998. For å få fram opplevinga av den kroppsnære pleierelasjonen tok eg utgangspunkt i praktiske, kroppsnære pleierelasjoner som å få stelt seg og stå opp. I tillegg blei det fokusert på prosedyrer som sprøytesetting, drenfjerning, sondenedlegging og klyster. Studien er såleis forankra i praktisk pleie, og har hovudfokus på relasjonen mellom pasient og pleiar.

Det vart brukt ei hermeneutisk tilnærming i studien. I denne type forskning vert førforståing, tolking og forståing viktig. Kari Martinsen sin omsorgsteori dannar rammeverk for tolkinga. Når ho fokuserer på omsorg, tek ho utgangspunkt i praktiske gjerningar, relasjon og moral. Pasientutsegn understrekar ikkje hennar teori om at heilskapleg pleie ikkje fins, at igjeninnføring av kallet vil føra til betre omsorg, og at mannlege sjukepleiarar fører til avfeminisering av yrket. Studien understøttar heller ikkje hennar skepsis til sjølvhjelpsideologien.

Pasientane blei stort sett raskt mobilisert etter operasjonen, og blei oppmuntra til å klara seg sjølve så tidleg som mogeleg. Dette såg ut til å vera i pakt med dei fleste pasientane sine eigne ynskjer og behov. Det ville ha vore lettare å stella seg sjølv om ein hadde større handdukar når ein dusja, innpakka venekanyler, sklifrie matter i dusjen og sengeband å dra seg i. For dei som trong lenger tid for å friskna til, var det vondt om ein forventa rask progresjon. Anten ein trong mykje eller lite hjelp for å få vaska og stelt seg, ville alle, med unnatak av to menn, likt å bli massert på rygg og føter. Det var stor variasjon i korleis pasientane opplevde tekniske prosedyrer som klystersetting, sprøytesetting o.l. Studien viser dessutan at mange pasientar strever med å få kvile og sove.

Pasientane gav ikkje uttrykk for at dei blei forlegne når dei blei avkledd, og dei opplevde ikkje pleiesituasjonen som seksuell på noko vis. Ein av mennene i studien ville ikkje bli stelt av menn. Han hadde heller ikkje opplevd at så skjedde. Fleire av kvinnene grudde seg for å bli pleia av menn. Skepsisen såg ut til å forsvinne når dei hadde opplevd mannlege pleiarar i konkrete situasjonar. Ingen av pasientane i studien hadde motførestillingar mot å bli pleia av kvinner. Både mannlege og kvinnelege pasientar såg ut til å meine at personlegdom var viktigare for kva sjukepleiar ein blei, enn kva kjønn vedkomande hadde. At pleiarane gjennomgåande var unge, såg ikkje ut til å verka negativt inn på pleiesituasjonen. Det var få som ynskte å ha pårørande til stades ved stell. Derimot såg det ikkje ut for at medpasientar i same rom var til sjenanse.

Resultata indikerer at sjukepleiarane på kirurgisk sengepost har det svært travelt. Dette kan føre til at pleien opplevest hastig, noko som ikkje kjennest godt når ein er nyoperert. Fleire pasientar uttrykte spontant at pleiarane på oppvakingsavdelinga var rolegare. Noko dei sette stor pris på. Generelt var det lita tid til samtaler mellom pasient og pleiar, men pasientane gav uttrykk for at pleiarane stort sett brukte eit enkelt og forståeleg språk når dei snakka saman. Trass i at pleiarane var travle og hadde lita tid, opplevde pasientane at dei var kunnskapsrike og at dei hadde ein fin veremåte. Fagmiljøet i avdelinga verka trygt og inkluderande. Pasientane såg ikkje ut til å lika å vera avhengige av pleiarane. Det var ein situasjon dei raskast mogleg ville frigjere seg frå. Pleiarane vart oppfatta som medfølande. Medkjensle var knytt til den totale veremåten, at pleiar uoppfordra kom inn til pasienten, at det blei teke omsyn til at ein var sliten og at ein blei oppfordra til be om hjelp. Pleiarane bruker sine kunnskarar til å styra pasientane framover i tilfriskningsprosessen. Denne paternalisme vart ikkje negativt oppfatta når ein i etterkant såg at det var til stor hjelp. Dei fleste gav uttrykk for at dei ville likt at pleiarane brukte meir humor. Studien viser at pasientane har stor tillit til pleiarane. Det verka tillitsvekkjande at det var ein plan i arbeidet, at det var offentleg godkjende sjukepleiarar, at pleiarane spør andre kollegar når ei lurar på noko, at legane tek pleiarane på alvor, at pleiarane er nøye med å vaska seg på hendene. Mistillit kan oppstå dersom ein vert mangelfullt informert ved for eksempel tekniske prosedyrer som sondenedlegging. Det er heller ikkje tillitsvekkjande at infusjonar vert handtert ulikt.

## **1 Innleiing**

Innleiinga viser kva formålet med studien er. Informanten, den nyopererte pasienten vert presentert. Det same vert avdelinga pasienten tilhøyrrer. Innleiinga vert avslutta med ein kort disposisjon.

### **1.1 Formål**

**Formålet med studien er å få fram pasientane si oppleving av den kroppsnære pleierelasjonen.**

Studien vil ta utgangspunkt i situasjonar der pasientar får stelt seg, stått opp og situasjonar der dei opplever tekniske prosedyrar. Studien vil såleis vera forankra i konkret pleie og ha hovudfokus på relasjonen mellom pasient og pleiar. Den kroppsnære pleierelasjonen vert i liten grad løfta fram i den travle sjukehuskvardagen. Vona er at forskingsarbeidet skal medverka til synleggjing av den ofte usynleggjorde samhandling mellom pasient og pleiar. Samstundes som den vert usynleggjort, er den livsviktig for at menneske skal utvikle seg normalt og overleva (Colliere 1986). Skal den kroppsnære pleierelasjonen bli synleg, må den artikuleraast. Sjukepleiar har ofte eit mangelfullt utvikla fagspråk. Dette heng saman med at deira arbeid tidlegare har vore assistentprega. Dette har friteke dei frå å gjera greie for si verksemd. Legar har i kraft av sin overordna posisjon og sitt medisinske ansvar, alltid begrepssett si verksemd. Andre fag grip også lett til dette språket, men det dekkjer ikkje det ein vil språkleggjera. Det er viktig å setja ord på det ein gjer som sjukepleiar, av di språket er forutsetning for kritisk refleksjon (Thornquist 1998).

### **1.2 Presentasjon av den nyopererte pasienten**

Den som skal uttala seg om kroppsnær pleie, må ha opplevd slik pleie sjølv. Pasientar som gjennomgår større tarm-operasjonar på grunn av svulst, er vanlegvis avhengig av kroppsnær pleie dei fyrste dagane etter operasjon, derfor ynskte eg dei som



informantar.

Trass i at alle kjem til sjukehuset med ulik bakgrunn, ulike måtar å takla livet på (Antonowski 1987), er det nokon fellestrekk ved det å vera nyoperert etter eit større kirurgisk inngrep i tarmsystemet (Almås 1992). Noko av dette vil eg kort skissera. Når ein slik pasient skal vaska og stella seg dei fyrste dagane etter operasjon er det mange ting ein lyt ta omsyn til og observera.

Har ein svulst i tarmen, er det vanlegvis ei lette å bli operert. Samstundes kan det vera knytt spenning til å vakna opp etter operasjonen. Korleis såg det ut? Blei alt fjerna? Hadde svulsten spreidd seg? Det vert vanlegvis teke ein prøve av svulstmaterialet under operasjonen. Denne vert sendt til grundige analysar, og vil gje svar på om den var godarta eller vondarta. Det tek minst 14 dagar før ein får svar. Når eg intervjuar pasientane har dei enno ikkje fått svar på denne prøven.

Operasjonssnitt er knytt til smerter. Det er vanleg at pasientane får smertestillande kontinuerleg tilført, ved hjelp av pumpe og eit plastkateter som er innlagd, via ryggen til ei ryggmargshinne (epiduralrommet). Etter nokre dagar vert dette kateteret fjerna, og pasientane får då sprøyter med smertestillande medisin. Ofte i ein av sete- eller lårmusklane. Ein del treng ikkje sprøyter. Desse får tablettar eller stikkpiller med smertestillande medisin (Mc Gaffery 1996).

Desse nyopererte pasientane vert lett kvalme pga. smerter og redusert tarmfunksjon. I mage-tarm-kanalen vert det kontinuerleg produsert væske. Denne væska kan stoppa opp ved større tarminngrep, pga. ødem i samband med operasjonen. For å hindra at pasientane vert kvalme og kastar opp, får ein del pasientar innlagt eit plastrøyr (duodenlasonde) via nasen til magen. Denne vert tilkopla ein pose som kan samle opp mageinnhaldet. Sonden vert vanlegvis sett ned under operasjon, og ofte fjerna dagen etterpå. Ved operasjonar i mage-tarm-kanalen tek det litt tid før pasientane kan drikka og eta som normalt. I påvente av normalt kosthald får pasientane gjerne væske og ernæringsstilskot via plastrøyr innlagt i ei vene (venekanyle). Desse er ofte plassert på hendene.

Kirurgiske inngrep i nedre del av buken, medfører ofte manipulering av urinblære og



urinvegar. Av den grunn får mange av pasientane innlagt eit plastrøyr (folykateter) via urinrøyret til urinblære. Dette kateteret er tilkoppa ein pose som samlar urinen. Det er vanleg at kateteret vert innlagt under operasjonen, dermed så hugsar ikkje pasientane innleggingsprosedyren.

Det er fare for at det samlar seg væske/blod i operasjonsområdet dei fyrste dagane etter operasjon. Av den grunn får pasientane innlagt eit plastrøyr (dren) i operasjonsområdet. Dette har som formål å drenere eventuell overskotsvæske/blod, og er tilkoppa ein oppsamlingspose. Det kan vera vondt å få desse drene fjerna etter operasjon. I tillegg har pasientane eit nokså langt operasjonssnitt og mange sting (suturar) på magen.

På grunn av dei overfor nemnte smerter, røyr, leidningar osv. er ein avhengig av hjelp til den mest intime kroppspleie. Ein vert avkledd i pleiar sitt nærvær. Pleiar lyt observera og stella med sår, bandasjar og diverse leidningar som går inn i kroppen, og handtera avfallsprodukt som kjem ut. Infeksjonsfaren er stor.

Trass i mange røyr, leidningar, smerter og anna utstyr, må pasientane røra mest mogeleg på seg for å hindra komplikasjonar som blodpropp, infeksjon i lungene og tilstopping av tarm. Rørsler fremmer dessutan blodsirkulasjonen generelt, noko som er viktig for sårtilheling og som infeksjonsførebygging.

### **1.3 Kirurgisk avdeling som studiekontekst**

Pasientane var innlagt på kirurgisk gastroavdeling, Haukeland sjukehus, i den perioden studien pågjekk. Avdelinga har pasientar som treng operasjon blant anna på grunn av tarmslyng, tjukktarms- og blindtarmsbetennelse. Mange av pasientane kjem til operasjon av di dei har kreft i tjukktarm og endetarm. Avdeling har plass til 22 pasientar. Der er 4 enkeltrom, 3 dobbelrom og 3 fire-sengs-rom. Ved avdelinga var det i intervjuperioden tilsett 7 hjelpepleiarar og 21 sjukepleiarar. Dei fleste arbeidde 100% eller 75% stilling. Hjelpepleiarane var gjennomgåande eldre enn sjukepleiarane. Den yngste hjelpepleiararen var rundt 30 år, den eldste vel 60 år. Ingen av hjelpepleiarane hadde arbeidd ved avdelinga kortare enn 3 år. Majoriteten hadde praktisert ved

avdelinga 15-30 år.

Dei fleste sjukepleiarane var mellom 23-25 år. Berre 6 av sjukepleiarane var over 30 år. Den eldste var ca 54 år. Tre av sjukepleiarane hadde arbeid ved avdelinga 15-25 år, ei ca 7 år, fire hadde praktisert frå 1-4 år. 13 av sjukepleiarane hadde arbeid ved avdelinga kortare enn 1 år, og var nyutdanna då dei starta. Av desse hadde 9 arbeid 3-4 månader ved avdelinga då studien vart utført.

#### **1.4 Disposisjon**

Kapittel 2 inneheld litteraturstudier som dannar bakgrunn for studien og set den inn i ein vidare samanheng. Litteraturstudiane omhandlar tema som kroppsnær pleie i eit historisk perspektiv, kroppsfilosofi, berøring generelt og i profesjonell samanheng, kjønn i samfunn og pleie, pasient og pleiar som medmenneske, å vera avhengig av hjelp, kropp og språk. Metoden for å framskaffe data vert presentert i kapittel 3. I kapittel 4 er resultatata presentert og diskutert opp imot Martinsen sin omsorgsteori. Dei ulike undertema vert avslutta med ein konklusjon. Kapittel 5 inneheld diskusjon av metode. I same kapittel vert resultatata diskutert opp imot litteratur og relevante studiar. Kapittel 5 inneheld dessutan tankar om kva konsekvensar studien bør få og framlegg til vidare studiar.

## 2 Litteratur og relevante studiar om kropp og kroppsnær pleie

Utan at allereie eksisterande kunnskap om emnet vert presentert, er det vanskeleg både for forskar og lesar å vurdere om den kunnskap som studien framskaffer er ny, og kor viktig den er i vitskapleg samanheng (Kvale 1997:53). I arbeidet med denne studien har eg funne lite litteratur om kroppsnær pleie med pasientane sitt perspektiv som utgangspunkt. Det som er skrive, er gjerne skrive ut i frå pleiar, teologar eller andre profesjonelle sin ståstad. Jocalyn Lawler (1996) er sjukepleiar og sosiolog, og har intervjuet sjukepleiarar om korleis dei opplever den kroppsnære pleie. Ho meiner grunnen til lite skriving og forskning på området kan vera at kroppsnær pleie vert rekna for skite arbeid, knytt til kroppsprodukt. Noko som ofte utløyser negative kjensler. Det er oftast utført av kvinner, har låg status, ofte omgitt av tabu og derfor usynleggjort.

Trass i at det ikkje er forska og skrive så mykje om pasientar sine opplevingar av å bli vaska og stelt, er det ein del nærliggjande litteratur og studiar som kan kasta lys over emnet. Mi vurdering av kva eg opplever som nærliggjande litteratur og studiar, avspeglar mi førforståing. Eg meiner at det er relevant å gjennomgå kroppsnær pleie i historisk og filosofisk perspektiv. Kroppsnær pleie inneber berøring. Derfor vil berøring generelt og i profesjonell samanheng bli omskrive. Tradisjonelt er det kvinner som har pleia den sjuke kroppen. Etter kvart har det kome menn inn på den tradisjonelle pleiearenaen. Av den grunn vert studien sett inn i eit kjønnsperspektiv. Tema som medmenneske, å vera avhengig og den talande kroppen vil og danna bakgrunn for studien.

### 2.1. Kroppsnær pleie i historisk perspektiv

Kroppsnær pleie er knytt til omsorg som kvinner til alle tider har utført. I primitive kulturar var kvinner sin lagnad knytt til kroppsleg omsorg og ernæring. Dei tok hand om det som har med graviditet, fødsel og omsorg for barn å gjera, og var ansvarlege for jordbruket. På det viset sytte dei for ernæring. Dei tok også omsorg for sjuke, eldre og døydne. Dei som var skada i krig, på jakt o.l., var det mennene som hadde ansvar

for. Kvinnene var opptekne av å stimulera til fertilitet, beskytta kroppen og fremja vekst og utvikling. Sansane ein brukte var for det meste lukt og berøring. Dei utvikla stor kunnskap om kroppen, ved å vera i direkte kontakt med han. Gjennom ernæring, vasking og all slags massasje som var assosiert med moro og delt glede, vekte dei sensuelle kjensler, auka sensitivitet og emosjonar som danna basis for tankemessig (kognitiv) utvikling. Verdien av det kroppsnaere arbeidet og ernæring var i primitive kulturar knytt til kvinnene sjølve. Mennene tok ikkje æra for det kvinnene gjorde.

Gjennom eigenerfaring delte med andre kvinner, utarbeidde dei i detalj sin praksis og gjorde egne avgjersler. På det viset utvikla dei seg til vise kvinner som kunne ta omsorg for andre i kritiske augneblinkar i livet, slikt som fødsel og død. Kunnskap vart overført munnleg og lært i livets skule. På det viset lærte ein omsorg heilt fram til det skrivne ord gjorde sitt inntog. Seinare har denne type erfaringskunnskap blitt forakta av utdanna menneske og fordømt av rasjonell vitskap som uvitskapleg, sjølv om det var frå denne type kunnskap medisinen har oppstått (Colliere 1986:96-98).

Med kristendommen fylgde ei institusjonalisering av omsorg for sjuke. Kroppen vart sett på som skiten og vond. Kroppsleg nyting vart syndig (Montagu 1971:238). Nonneidealet var jomfrudom og avstand frå kroppslege behov og begjær. Nonnene kunne ikkje ha direkte kontakt med den sjuke kroppen. Dei måtte ikkje stella sår, ikkje vera til stades under operasjonar, ikkje stella menn, ikkje ein gong mindreårige gutar (Wyller 1974:40). Underordna personale måtte ta seg av det kroppslege. Nonnene tok seg av den åndelege omsorg. Formaningar og opplæring av pasientane i korleis dei skulle oppføra seg, blei det sentrale i nonnene si omsorg. Nonnene var underlagt presten, fekk lite betaling og lite utdanning. Dei skulle gjera det dei fekk beskjed om utan å stilla spørsmål. Dei blei ikkje opplært til å gjera sjølvstendige vurderingar, men til å vera avhengige, å vera "ingenting", å godta ordrar og til å tru på og utføra det dei blei fortald. Pleien blei prega av forordningar og rutinar (Colliere 1986).

Sjukepleie i den katolske kyrkja vart rekna som gode gjerningar som ein kunne vinna evig liv ved. Reformasjonen forkynte at ein fekk frelse ved tru åleine. Ein kunne ikkje frelsast ved gode gjerningar. Dette resulterte i at mange trekte seg attende frå kyrkja

sitt omsorgsarbeid, og for sjukepleien medførte det at nivået sokk djupt. Sjukepleien tapte sitt etiske grunnlag, og sjukepleie blei forakta grovarbeid. Dette simple arbeidet vart utført av ulærde og ukultiverte menneske. Det var utenkjeleg at kvinner frå gode heimar kunne påta seg dette arbeidet. Løna var ofte så dårleg at ein var avhengig av drikkepengar for å overleva (Wyller 1974:57,80).

Formalisert sjukepleiarutdanning fekk ein for fyrste gong i 1834, Kaiserwerth, Tyskland. Denne utdanninga var knytt til kyrkja. Florence Nightingale starta formalisert sjukepleiarutdanning på sekulært grunnlag i 1860, St. Thomas Hospital, England. Begge dei nemnde utdanningane hadde innslag av teoriundervisning, men mesteparten av opplæringa føregjekk etter lærlingeprinsippet. Nightingale var sikkert ein god kristen, men hadde imot å blanda sjukepleie og forkynning, medan dette var idealet i diakonisseutdanninga. At det var diakonissesjukepleien og ikkje Nightingale-sjukepleien som fyrst gjorde sitt inntog i Norge, skuldast truleg pietisten Hans Nilsen Hauge. Han forkynte at tru måtte fylgjast av praktisk handling. Han hadde den barmhjertige samaritan som ideal, og hans evangelium fekk stor gjennomslagskraft. Cathinka Guldberg, fødd 1840, fekk diakonisseutdanning i Kaiserwerth, og blei sjukepleiepioneren i Norge. Idealet var sjølvfornektande oppofring for den sjuke, og vilje til underordning. Sjukepleie vart kristelege kjærleiksgjerningar. Diakonissene var fyrst og sist kyrkja sine tenarar, og hadde som hovudoppgåve å forkynna evangeliet gjennom sine praktiske gjerningar (Wyller 1974:94-98,108).

Diakonissene har etter kvart tapt terreng, og moderne sjukepleie er i hovudsak tufta på Nightingale sin sekulære ideologi. Medan Martinsen (Persson 1995) ser ut til å meine at Nightingale sin intensjon var å skapa eit akseptabelt yrke for over - og middelklassekvinnene, meiner Ingunn Elstad (Elstad, Hamran 1995:81-82) at dette var underordna for henne, då ho argumenterte for at hospitalspleien kunne gje levebrød til mange arbeidslause kvinner som elles var truga av prostitusjon. Sjølv om Nightingale ikkje var erklært kvinnesakskvinne, så var ho drepende i kritikken av det borgarlege kvinneidealet, der kvinna ikkje skulle vera dyktig og arbeidsom, men uvitande, yndig, unyttig og til hyggje for mennene. Ho meinte dette idealet undergrov den livsviktige kunnskapen og kvinnearbeidet i heile samfunnet, ikkje berre hjå overklassen. Ho var overtydd om at hovudårsaka til sjukdom var dårlege levkår som fuktige bustader,



manglande kloakk, mangel på varmt vatn og mangelfull ernæring, derfor la ho stor vekt på hygieneperspektivet i pleien. Martinsen er kritisk til Nightingale, blant anna av di ho meiner at den sekulære sjukepleiarutdanninga vart tilpassa legane sitt behov for assistanse. Marie Franciose Colliere (1986) skriv at på same vis som presten var overordna nonnene, skulle sjukepleiar vera underlagt legen. Ho meiner legen sine forordningar blei det sentrale i pleien, og at sjukepleiar blei oppslukt av prosedyrar og behandling. Det som hadde med omsorg å gjera blei teke for gitt, sett på som verdilaust og lågstatusarbeid.

Rundt 1950 kom Verdens Helseorganisasjon med kritikk av sjukepleien, og meinte faget ikkje oppfylde dei behov samfunnet hadde for sjukepleie (Henderson 1964). Denne kritikken kom samstundes med at ein fekk ei enorm medisinsk teknisk utvikling. Dette kan ha gjort sitt til at ein fekk aksept for faget som akademisk disiplin. Sue Karen Donaldson seier at ein hadde håp om at vitskap skulle gjera sjukepleiepraksis betre (Omery et al.1995). Det er særleg USA som har vore føregangslan i akademisk samanheng. Virginia Henderson (1964) begynte på 1960 talet å publisera artiklar og bøker. Ho fokuserte mest på behov og problem, og etter henne kom fleire i same sjanger. Ei av dei som har fått stor gjennomslagskraft er Dorothea Orem (1980) med sin eigenomsorgsteori. Det dei skriv om kroppsnær pleie, er formulert generelt og i blyge vendingar. Såleis er dei på linje med Nightingale (1969) som skreiv om pleie hundre år tidlegare. Hesook Suzie Kim seier at sjukepleieteori dei siste 40 åra har vore prega av tradisjonell, positivisme. Dette inneber ideal om verdifri sjukepleievitskap (Nicoll 1992). I dei seinare år har ein fått teoretikarar med eit meir holistisk perspektiv. Av desse meir humanistisk orienterte teoretikarane vil eg nemna Martinsen (1989) og Patricia Benner (George 1995). Benner tek utgangspunkt i praktisk sjukepleie, medan Martinsen har ei meir filosofisk tilnærming.

Martinsen og Kari Wærness (1991:109) meiner at det trengst teoretisk kunnskapsutvikling i pleiesamanheng, men at denne må ta utgangspunkt i praksis. Dei meiner at den heilskaplege omsorg som sjukepleiar ofte framhevar verdien av, ikkje eksisterer i dag (ibid.:9). Dei meiner dessutan at profesjonalisering av sjukepleiaryrket har medverka til ei avfeminisering, av di yrket krev mindre av dei eigenskaper som tradisjonelt har vore tillagt kvinner, ved at det er blitt ein reell karriereveg for menn. At

kvinneperspektivet innanfor profesjonen har forsvunne, meiner dei er uheldig. Dei seier vidare at sjukepleiar overlet den direkte kroppsspleie til mindre kvalifisert personale, for å få tid til å utføra legeforskrivingar, og at dei fleste sjukepleiarar er å finna i institusjonar der det er mange legar, og der omsorgsaspektet er lite viktig. Colliere (1986) meiner at ein i etterkrigstida har snakka meir om kva funksjon sjukepleiar har, enn kva sjukepleie inneber. Ein har ikkje vore rotfesta i den opprinnelege omsorg for kropp og ernæring, men har hatt hovudfestet i den teknologiske og vitskaplege manneverda. Turunn Hamran (Elstad, Hamran 1995:18) viser til ein sjukehusdirektør som uttalte at nye behandlingsformer og kortare liggetid gjer at det ikkje lenger er tid til å utføra det ein i gamle dagar kalla pleie.

Me lever i ei tid med krav om pleietyngdemåling, pasientklassifisering og kvalitetssikring. Innbakt i dette er tankar om at pasienten, den hjelpetrengjande og ofte hjelpelause, er ein kunde som kan vurdere kva behov vedkomande har og korleis desse skal tilfredsstillast. Pleiepersonalet tilbyr varer og tenester. Dette er marknadsøkonomisk tenking. Det er klart at det er dei sterkaste sjuke som vil profitte på eit slikt helsevesen. Denne tenkinga står i sterk kontrast til Martinsen sin omsorgsteori (jf.kap.3.6.1), der omsorg for dei svakaste sjuke vert framheva som sjukepleiar sitt viktigaste arbeidsfelt. Den marknadsøkonomiske måten å tenkja på gir overordna kontrollstyring, og pleien blir eit sett av enkeltoppgåver som kan oppsplittast. I den samanheng har ein i Storbritannia inndelt pleiepersonalet i ni kategoriar, som alle har ansvar for heilt bestemte oppgåver. Haukeland sjukehus har dei siste åra undervist alt personale i kvalitetssikring, og lyser i desse dager ut stilling for sjukepleiar som kan koordinere arbeidet med klinisk stige. Dersom hovudgrunnen til utvikling av slik stige er at trena pleiarar skal bli i avdelinga, så er tanken god. Det er stor forskjell på å arbeida saman med ein erfaren og ein uerfaren når det gjeld flyt i arbeidet, ro, orden og oversikt. Om slike avansementsstigar fører til oppsplitting av arbeidsoppgåvene og utvikling av større hierarki mellom pleiarane, så er det grunn til å vera skeptisk (Elstad, Hamran 1995:43-54). Jan Lindhart (1998:61) meiner at ein i våre dagar ser ei endring, med større vekt på pleietanken i sjukehusa. Han meiner at det spesielt er sjukepleiarane som fører fram her.

## 2.2 Kroppsfilosofi

Michel Foucault (Østerberg 1984) meier at kroppen i stor grad er eit resultat av samfunnspåverknad. Kirsten Lomborg (1995:42) skriv at Foucault er skeptisk til "det kliniske blikk", då dette blikket er med på å objektivera menneskekroppen, ved å sjå på kroppen som eit anatomisk og patofysiologisk apparat. Å bli sett eller oversett vert ofte omtalt som synonymt med å bli respektert, teke på alvor, eller det motsette. Med blikk kan ein visa interesse, engasjement og at ein er tilgjengeleg, utilgjengeleg eller uinteressert. Det er sårande å bli oversett. Ved å retta blikket mot den andre, viser ein at den andre har betydning (Østerberg 1984:160).

Martinsen (1993) skriv at kroppen er det mest konkrete uttrykk for livet i dei menneskelege relasjonane. Kroppen vil integrerast, vera sosial. Den er heile tida undervegs til den andre. Er levande og kjenner seg levande. Som sjåande og sett, berørt og rørt er kroppen open og sårbar. Det gode blikk møter den andre utan ynskje om kontroll, utan å klassifisere og berekna. Som kroppar lever me i ei spenning mellom autonomi og avhengighet. I kraft av at me er kroppslege, deltek me i ei felles verd (Lubcke 1989).

Maurice Merleau-Ponty som Martinsen støttar seg til, meiner at kroppen er vår einaste tilgang til verda. Menneske har ingen kropp, det er kropp. Innbakt i Merleau-Ponty si tenking, er ein klar kritikk av empirismen og intellektualismen. Begge gjer verda til noko ferdig, medan han oppfattar verda som me har tilgang til, gjennom sansing, som uferdig, open og ugjennomsiktig (Lubcke 1989). Gunn Engelsrud (Jensen et al.1990a) skriv at kroppen i vår vestlege kultur vert sett på som eit instrument eller verktøy, der det psykiske vert sett på som ein instans som kroppen er verktøy for. Delinga mellom kropp og sjel trekkjer kroppen ut av tilhøve mellom menneske, og dermed ut av sin kontekst. Den skitne, vonde og skambelagte kroppen vert sett opp mot den reine, gode og frie tanke. Praktisk arbeid vart av Aristoteles og andre filosofar rekna som mindreverdige. Platon var direkte kroppsforaktande. I gresk filosofi vart ein menneske gjennom intellektet. Det åndelege, kontemplative hadde ein klar forrang framfor det praktiske (Stigen 1988, Martinsen 1996). Desse greske filosofane har hatt stor innverknad på tenkinga i den vestlege kultur.



Eline Thornquist (1998:168,170) viser til sosiologen Elias sine utleggingar om framveksten av det borgarlege samfunn frå cirka 1600-talet. Dette innebar temjing av kropp og av kjensler. Kroppsfunksjonar skulle skjulast. Kroppsleg kontroll blei knytt til sosial status. Kroppen blei privatisert, disiplinert og seksuelt tabuisert. Det som blei utskilt frå kroppen blei sett på som skite. Ved å fjerna seg frå kroppen, har ein også fjerna seg frå lukt. Lukt har gradvis fått mindre betydning. Kroppsvæsker og kroppslukt er blitt tabu. Kroppsvæsker skal ein helst ikkje sjå, og luktar skal nøytraliseras og erstattast med andre luktar. Å missa kontroll over urin og avføring er nedverdige. Både fordi det inneber lukt, og fordi det inneber tap av kroppskontroll.

### 2.2.1 Den holistiske kroppen

Sjukepleiefaget profilerer seg gjerne som holistisk. Kva meiner ein så med holisme? Før eg les Jan Christiaan Smuts (1870-1950) trudde eg at holistisk sjukepleie var å ta omsyn til både fysiske, psykiske, sosiale og åndelege/eksistensielle behov hjå menneske. Smuts tenkjer annleis om holisme. Han meiner holisme er den usynlege, strukturerande, ordnane faktor i universet. Han meiner at materie, liv, sjel og personlegdom har ein tendens til å søkja heilskap. Holisme meiner han er ei verkeleg, innebygd drivkraft i universet. Den dekkjer både uorganiske og organiske substansar, og manifesterer seg i den menneskeleg ånd. Når ein ser på planter og dyr, korleis dei ulike delar inngår i ei heilskapleg foreining, vert summen meir enn delane. Det heile er i delane, og delane er i det heile. Det er viktig å hugsa på at heilskapen ikkje er noko i tillegg til delane. Det er delane i eit bestemt, strukturert mønster, delane i syntese, med felles aktivitetar som konstruerer heilskapen. Dette er ein kreativ prosess. Ikkje berre kreativ, men sjølvkreativ, der sluttstrukturane vil vera meir holistiske enn dei innleiande strukturane. Heilskapane vil ikkje vera statiske, men dynamiske, evolusjonistiske og kreative. Både fortid og framtid er innbakt (Smuts 1926).

Den forenkling som er innebygd i den naturvitskaplege tenkinga, meiner Smuts er eit hinder for vitskapleg utvikling. Han meiner at grunnen til at mykje av vitskapen på nitten-hundre-talet ikkje vart vellukka, var at konseptet om kausaltenking var for hardt og smalt. Ein braut ned konseptet til harde, nøyte avgrensa omriss, og strauk ut deira

ubestemte omgjevnader. Dette gjorde det umogeleg å sjå verkelege samanhengar og gjensidig påverknad. Denne forenklinga gjorde det enklare for vitskapen - ei stund. Skal me koma vidare, meiner Smuts at me må venda attende til eit vanskelegare, meir korrekt utgangspunkt, og inkorporera plastisiteten, det flytande, ikkje fastlagde i naturlege ting og prosessar.

Han er inspirert av og byggjer på evolusjonsteori, og viser til at universet heile tida er i endring. Ingen ting er statisk, alt er plastisk, flytande, ikkje fastlagt. Smuts meiner at universet ikkje er skapt ein gong for alle, men at der har vore ein utviklingsprosess, der liv ser ut til å ha oppstått frå materie, og medvit har ein umisteleg fysisk base ved å ha sitt utspring i liv. Dei aktuelle overgangane har ikkje lete seg observera, men ein antar at dette har skjedd under visse tilhøve i den kosmiske evolusjon.

Smuts seier vidare at ein ikkje kan forske på alt samstundes. Ein lyt redusera til mindre einingar. I denne prosessen lyt ein passa på at ikkje noko "vert borte". Ein må halda fast på at det er den verkelege, komplekse situasjonen som er det reelle, ikkje data som kjem fram ved analyse. Sidan desse data er enklare, ser me gjerne på dei som verkelege og nærmast lover som vert generalisert til andre situasjonar.

Smuts meiner at den ytre påverknad vert transformert og assimilert i organismen. Dette er ein aktiv prosess. Det tyder ikkje at delane vert borte eller øydelagde i heilskapen, men integrering av strukturar, resulterer i karakterar som ikkje har vore der før. Ulike individ handterer ulike ytre stimuli ulikt. Stimuliet vert ikkje det avgjerande, den indre handteringsevna vert det utslagsgivande. Denne tenkinga stemmer over eins med Wladyslaw Tatarkiewicz (1976) og Aaron Antonowski (1987) sine tankar om at det avgjerande er ikkje korleis du har det men korleis du tar det.

Smuts var politisk og general, og kjempa blant anna for at det svarte fleirtalet i Sør-Afrika skulle få dei same levevilkår som det kvite mindretallet. Den evolusjonistiske tenkinga som Smuts byggjer på inneber eit positivt menneskesyn. Mennesket kan alltid endra seg (jf. Erikson 1981). Denne tenkinga er også i samsvar med den eksistensielle hermeneutikken. Kunnskap vil alltid vera mellombels, ein uendeleg prosess, ein er alltid undervegs (Nåden, Braute 1992).

## 2.3 Berøring

Ashley Montagu (1971) meiner konsekvensane av mangelfull berøring er ikkje så openlyse, derfor kan betydninga av berøring lett bli oversett. Behov for mat, drikke, eliminasjon, beskyttelse mot fårar og smertefulle stimuli, er meir openberre, og vert derfor lettare tilfredsstilt. Han viser til at dess tidlegare ein funksjon vert utvikla i fosterlivet, dess viktigare er funksjonen. Hudsensitivitet er den tidlegaste og mest fullstendig utvikla sansen i fosterlivet. Dette understrekar truleg at denne er svært viktig. Grunnleggjande behov vert definert som behov som må tilfredsstillast for at ein skal overleva. Montagu seier at spedbarn som veks opp på institusjon og ikkje vert berørt, snart vil døy. Dette er uttrykk for at kroppsleg berøring er eit grunnleggjande behov. Han viser til eit forsøksprosjekt der ein fjerna thyroidea og parathyroidea på rotter. Det var forventa at dei fleste døyde kort tid etter operasjonen. Rottene kom frå to ulike koloniar. I den eine kolonien hadde dei fått mat og drikke, men elles inga vidare pleie. I den andre kolonien hadde dei i tillegg til mat og drikke blitt kjælt med, klappa og snakka vennleg til. Av dei som tilhørde den sistnemnde gruppa, var det berre 13% som var døde etter 48 timar, medan tilsvarende tall i den andre gruppa var 79% (Montagu 1971:2-3,12-13,190).

Kvinner og menn ser ut til å vera ulike med omsyn til hudstimulering. Kvinner er meir avhengig av hudstimulering for å bli seksuelt tent, medan menn er meir avhengig av visuelle stimuli. Desse ulikskapane kan ha samanheng med at jenter vert meir berørt av mødrene enn gutar (ibid.:181-182). Normann Autton (1990) viser til at menn og kvinner reagerer ulikt på berøring. Kvinner ser ut til å lika betre å bli berørt enn menn. I vestleg kultur vert berøring primært knytt til seksualitet. Behovet for å ta på kvarandre kan koma i konflikt med kva fysisk kontakt kan innebere.

### 2.3.1 Berøring i profesjonell samanheng

Ein lege seier at du må vera gamal og døyande før legen kan halda deg i handa, utan at kontakten opnar for feiltolkingar (Autton 1990). For det er slik at samstundes som me rører ved andre, vert me berørt. Dette gjer at stell av kropp alltid er relasjonelt. Når eg tek på ein annan, opplever eg både min eigen kropp og den andre sin kropp samstundes. Berøring kan vera ein måte å koma i kontakt med egne kjensler på, og

treng ikkje berre opplevast godt. Det kan også kjennast smertefullt, utrygt og urovekkjande for begge partar (Thornquist 1998:158).

Sjukepleie medfører berøring og framvising av kroppen som krev overskriding av normale sosiale normer og reglar. Lawler meiner sjukepleiar isceneset situasjonen med kroppsnær pleie, ved å utføra dei pinlege handlingar hastigt og tilsynelatande lett, ved å bruka humor og ved å ikkje bli overraska over det uvanlege. På det viset hindrar ho at både pasient og sjukepleiar opplever å bli forlegne. Forlegenhet er noko alle har erfart, så dette er eit fenomen ein kjenner att når det førekjem. Denne iscenesetting krev høgt nivå av klinisk dugleik og dessutan mot (Lomborg 1994).

Lawler (1996) viser at seksualitet kan vera eit stort problem og eit vanskeleg område for sjukepleiar, samstundes som ho viser at sjukepleiar gjennom praktisk erfaring utviklar evna til å skape ein kontekst i pleiesituasjonen, som gjer at det pinlege, intime kroppsnære arbeidet vert bærbart. I denne samanheng vert 4 reglar viktige (Lomborg 1994): Sjukepleiar er klar over si makt, og forventar at pasienten er føyeleg og gjer som ho foreslår. Ho bruker si makt til å støtta og pressa pasienten til sjølvhjelp. Sjukepleiar forventar at pasienten gjer så mykje av pleien som han kan klara sjølv. Dess meir avhengig pasienten er, dess meir assistanse får han. Sjukepleiar forventar at pasienten ikkje skal vera for bluferdig, men heller ikkje for fri. Blotting og seksuell åtferd er brot på sjukepleiar sin definisjon av situasjonen, og oppfattast som regelbrot. Ved hjelp av dei tre nemnte strategiar kan sjukepleiar invadera pasienten sitt private rom, der den kroppsnære pleie foregår. I tillegg til desse tre strategiane har sjukepleiar ulike markørar til å markera situasjonen: Uniform skaper distanse, halda seg til "facts", visa fagleg kompetanse, minifismer som gjer at pasienten ikkje får ei kjensle av at for eksempel oppkast er noko problem for sjukepleiar å handtera. Det er ingenting. Dei som er på besøk forlet rommet ved kroppsnær pleie. Humor vert brukt som alternativ til forlegenhet i dei situasjonar sjukepleiar finn det passande.

Lise Widding Isaksen (1992) skriv at omsorgsarbeid vert tildelt kvinner, meir på grunn av deira biologi, enn dugleik. Ho skriv vidare at borgarskapet har kunna overlate arbeid knytt til kroppen til kvinner av arbeidarklassen. I dei fleste samfunn er kroppsnært arbeid knytt til låg status. Vil ein høgare i hierarkiet, lyt ein fjerna seg frå



kroppen. Nina Karin Monsen (1998:28-30) seier at på golvplanet finn ein dei minst kvalifiserte og det dårlegast avlønna personale. Det er desse som utfører den kroppsnaere pleie. Dei spring ut og inn og hjelper mange på ein gong. Eit under at dei held ut. Stadig ringjer ei klokke.

Det er viktig å hjelpa på ein måte som ikkje verkar fornedrande. Det kan opplevast vondt å bli hjelpt av ein person som framhevar sine egne gode gjerningar. Det kan og opplevast nedverdiggande å bli behandla som ein lekamleg-sjeleleg mekanisme som ein vil ha til å fungere rett. Denne sjølvtryggleik, tufta på vitskapleg kunnskap, føretrakkjer dei fleste å vera forutan (Løgstrup 1991:76). Lomborg (1994) meiner at Lawler beskriv ein sjukepleiepraksis som viser at sjukepleiar handlar ut i frå ei svært nyansert kroppoppfatning. Sjukdom, liding og hjelpeløysa ser ut til å vera innbakt i sjukepleiepraksis.

Rannveig Dahle (1992) meiner at berøring i profesjonelle relasjonar er eit taust felt. Ho skriv vidare at i tidlegare tider både kunne og skulle diakonissene avhalda seg frå å bada menn, kateterisera dei, eller gjera andre oppgåver som kunne sára den kvinnelege bluferdighet. Om nødvendig skulle ho opponera mot legen sine påbod. I vår tid utfører me denne intime pleien, men det vert lite omtala og skrive om. Dahle kritiserer Martinsen (jf.kap.3.6.1) for ikkje å problematisere seksualitet, skamkjensle, det ureine og ekle ved kroppen. Martinsen skriv om gåvehandlingar som byggjer på altruisme og moralsk plikt, men seier lite om korleis desse gåvehandlingane skal uttrykkjast i møte med andre kroppar.

Fysioterapeutar rører også ved andre sine kroppar. Ofte personar av motsett kjønn. Denne yrkesgruppa bruker ulike strategiar for å markera det ikkje-seksuelle ved berøringa. Blant anna ved å behandla fleire personar i same rom (Dahle 1992). Kroppsnaer trening i seng verkar mykje meir intimt enn trening på treningssal (Sudmann 1997). Dahle (1992) viser til diskusjonar i psykoterapi med omsyn til kroppslig berøring mellom terapeut og klient. Ho refererer til at i slike samanhengar kan det vera vanskeleg å trekkja grensa mellom erotisk og ikkje-erotisk kontakt. Særleg når terapeut og pasient er av motsett kjønn bør ein vera forsiktig med kroppslig kontakt, trass i at fysisk kontakt byggjer bru mellom mennesker, og skaper

nærare kontakt til oss sjølve. Thornquist (1998:203,204) skriv at lege - pasienttilhøvet lettare kan få seksuelle undertonar, enn sjukepleiar-pasienttilhøvet. Dette er særleg aktuelt når lege er eldre enn pasient. Sjukepleiar-pasienttilhøvet minner ofte meir om mor-barn tilhøve, der det seksuelle er utelukka.

## 2.4 Kjønn i samfunn og pleie

Offisielt har vi makt mellom kjønna bak oss. "Moderne" menn og kvinner er likestilte. Å vera den dominerte eller dominerande vert indirekte å innrømme å vera mislukka, då det inneber at me anten er undertrykkjarar eller vert undertrykt. I dag er det ei utbreidd oppfatninga at me alle er menneske og "litt" kjønn, i staden for å fokusere på at alt sosialt liv er kjønna (Broch-Due, Ødegård 1991:77-78).

Det kristne menneskesynet om at kvinna er skapt i guds bilde, likestilt, men samstundes underordna mannen, sit djupt i den vestlege kultur, og pregar framleis samfunnsvitskapleg forskning. Det spesifikt mannlege er intellektet si skapande kraft. Mannen vert ofte tillagt eigenskapar som er samanfallande med positivismen sitt vitskapsideal. Han blir ofte definert som norma kvinner varierer utifrå (ibid.:79,83). Tankemodellar som nedtoner ulikskapar mellom kjønna, fungerer effektivt til å tilsløre kjønssystemet som maktsystem (ibid.:85). Tankemodellar som verken fokuserer på likskap eller ulikskap, men på tverrfagleg samarbeid og makt, tydeleggjer mannleg dominans og kvinneleg underordning. Relasjonen mellom menn og kvinner er prega av relasjonelle maktposisjonar. Ved å teia om ulike maktposisjonar, opprettheld ein dei. Mange ynskjer ikkje å fokusere på, synleggjere denne sida av kjønnskonstellasjonen. I det relasjonelle perspektivet fortolkar ein ikkje menn og kvinner sine opplevingar, utsegn og handlingar i eller utanfor individet, men mellom individ. Kjønn forstått som relasjon, representerer ei dynamisk og heilskapleg forståing av kjønnspektivet. Fokus på relasjonen, inneber at det å vera mann eller kvinne vert konstituert gjensidig gjennom kjønnsrelasjonen. Dei to kjønn er betingelse for kvarandre. Danninga av kjønna identitet er ein relasjonell utviklingsprosess. I heimen, barnehagen, skulen, arbeidsplassen osv. vert betydninga av å vera mann eller kvinne formidla og konstituert. Menn sin strukturelle posisjon og maktstilling innan arbeidslivet, er betinga av yrkesaktive kvinner i underordna stillingar, og i familien av koner som tek seg av

ansvaret for dagleglivet i heimen og familien sitt sosiale nettverk, uavhengig av om dei er yrkesaktive eller ikkje.

Kriterier for kvinneleg verdighet er tilpassa det som støttar opp om den mannlege verdighet. Kvinner sin verdighet er dessutan sterkt knytt til kropp. Måten kvinner forvaltar kroppen sin, huset sitt, maten sin, merksemdemda si, arbeidskrafta si, skal utstråla ein aura av at ein er reinsleg, rommeleg og varm. Dei må ha evna til å få andre til å kjenna seg vel, kjenna seg verdifulle. Den innsikt som kvinner får i menneske og relasjonar, kan gje kvinner ei form for makt som menn kan kjenna seg avmektig overfor (ibid.:89). Med atskillig kløkt har mange kvinner utvikla ulike former for dobbelkommunikasjon for å kunna forvalta si makt, utan at menn kjenner sin manndom truga. Kvinner med samfunnsmessig makt representerer eit brot på kulturen sine kjønnsdefinisjonar, og ein trussel mot den grunnleggjande orden. Kjernen i kjønnsystemet er tabuisert. Den personlege konstituering av menn sin verdighet som relativ makt, er avhengig av kvinner si sjølvforminsking. Dette vert ofte nekta for, og vert gjort ugyldig som undersøkings- og diskusjonstema. Tema i seg sjølv vert sett på som krenking av menn sin verdighet og kulturen si sjølvforståing (ibid.:90).

Menn og kvinner som prøver å bryta den tradisjonelle maktstrukturen, vert møtt med forakt, skamindusering og skuldtildeling med angst for sosial utstøyting. Den verkelege utfordring for kvinner og menn som opponerer mot kjønnsystemet sitt kvelande grep, vil kanskje vera å tola sin eigen angst for sosial nedvurdering og utstøyting, individuelt og kollektivt. Betydningen av kjønn gjennomsyrrer alle samanhengar: Samfunnsmessig-, relasjonelt-, gruppe- og individuelt nivå. Alle individ fungerer på alle nivå. Den forskingsmessige utfordring blir å få fram usynleggjorde samanhengar (ibid.:91-93).

Dersom me ynskjer å dekonstruera eksisterande kulturelle verdisystem, og rekonstruera nye, er verkelege menn og kvinner sine kjensler, tankar og verksemder den mest kreative kjelda. Gjennom systematiske studiar av verkelege kvinner og menn sine liv, kan me kanskje synleggjere samanheng mellom kjønn som struktur, kultur, symbol, som relasjon og som individ. På same vis som ein lyt tre ut av sosiale konvensjonar for å sjå at dei er der, lyt ein på eit vis tre ut av ein måte å tenkja på, for å sjå korleis denne tankemåten er. Positivismen og kulturen sitt kjønnsystem pregar

tenkinga vår meir enn me anar. Ein må sjølv tenkja avvikande for å sjå det (ibid.:94).

Karin Widerberg (1995) viser til Dorothy Smith, kanadisk sosiolog og feminist, som tok til å problematisere dei sosiologiske tradisjonane, på bakgrunn av at ho opplevde at hennar "kvinneliv" var dominert av kropp og konkret arbeid, medan hennar "sosiologiliv" var dominert av tekst og abstrakt arbeid. Ho har kome fram til at nærleik er utgangspunktet og relasjonen nøkkelen til å forstå både kvardagsliv og samfunnsstruktur. Ho meiner at sosiologien som disiplin er utvikla ut i frå den posisjon som menn i ein viss klasse inntek, og der framandgjerung overfor kropp og konkret arbeid utgjer fundamentale innslag. Kvardagslivet er bortdefinert som område for sosiologisk undersøking. Sosiologien er laga av og for menn som menn og herskarar (ibid.:134-135).

Ho hevdar at kjønnsarbeidsdelinga i utvikla, kapitalistiske industriland, plasserer kvinner i konkret arbeid. Kvinner foredlar råvara til eit nivå der mennene kan ta over og slutføra produktet. Sekretæren sorterar og kategoriserer fram eit grunnlag slik at sjefen kan ta ei avgjersle. Det same gjer sjukepleiaren når ho sorterar pasientane og deira skavankar til eit avgjerslegrunnlag for legen. Berre få kvinner manglar erfaring frå konkret arbeid. Har ein ikkje eit kvinneyrke, så er ein i det minste mor eller sambuande med ein mann. Dette gir kvinner erfaring med nærleik til andre og det materielle. Kvinner sitt konkrete arbeid med mennesker gjer at deira solidaritet tenderer mot å ikkje berre omfatta dei sjølve, men også dei som arbeidet deira direkte berører. Begge partar sin situasjon er direkte avhengig av kvarandre (ibid.:149-150).

Tine Rask Eriksen (Jensen 1990a) meiner at sjukepleiar i sjukehussektoren ofte er forhindra i å utføra konkret omsorgsarbeid. Sjukehussektoren liknar ei produksjonsbedrift, bestemt av behandlingmessige forordningar og herskande makttilhøve. Desse ytre rammene lenkar den kvinnelege omsorgskultur. Ho meiner at den omsorgsevna som sjukepleiarstudentane har med seg inn i faget, på mange vis vert avlært og gløymt i dei rammene som vert gitt for pleien.



## 2.5 Pasient og pleiar som medmenneske

I tillit blottlegg me oss for kvarandre, og reagerer voldsomt med moralske dommar dersom denne tillit vert misbrukt (Løgstrup 1991:17-25). Monsen (1998:28,30) meiner at altfor mange let sterke fagidentitetar overskygga sin eigen personlegdom som er prega av å vera kjærleg, elskande, skapande og rettferdssøkjande. I den profesjonelle omsorg har det medmenneskelege fått tronge kår. Utfordringa ligg i dei mange personlegdommane sin vilje til å skapa verdighet, respekt, vennskap og kjærleik. Gjer dei det, får pasientane energi og kanskje livet attende. Tilfriskings-, frigjerings- og sjølvstendeverdiar, vil leggja ein effektiv dempar på alle forsøk på å vedlikehalde og standardisera den hjelpetrengjande. Kjærleik er å gje den andre rom til å leva. Dette rommet er nettopp noko som vert gitt, ikkje noko ein føreåt har eller som ein kan skaffa deg sjølv (Lindhardt 1998:62). Tolstoj skriv at ingen kunne redusera Iljitsj sin frykt for døden, men nokre av dei næraste kunne gje den lidande ei kjensla av å vera verdig. Ei slik gåva styrkjer den sjuke si oppleving av å kunna leva i sin situasjon (Knudsen 1998:13).

Tidskrigen pregar sjukehuset. Den travle sjukehuskvardagen kan verka trugande for pasienten. Mykje tid går bort til venting. Angsten for ikkje å bli respektert som menneske kan trengja seg på. Ved innlegging på sjukehus har både helsepersonell og pasient fordommar og forestillingar som kan vera til hinder for å møtast. Ansvar for at ein møtest ligg på personalet, som er tilsett og betalt for å virka helbredande. Dei skal bruka visdom mot fordommar. Også eigne (ibid.:11-12). Det er viktig at det samstundes er høg grad av fagkunnskap og medmenneskeleg innsikt og evne. Dersom fagkunnskapen får utvikla seg samstundes som vektlegging av dei medmenneskelege aspekt avtek, kan det vera fåre for at sjukepleiar vert kynisk. For mykje vekt på det medmenneskelege og nedtoning av det faglege er heller ikkje bra, då det kan føra til omklamring. Pasienten har krav på profesjonell sjukepleie, dvs. ei pleie som er prega av høg fagkunnskap og høg grad av medmenneskeleg evne og innsikt, det personlege. Desse må gå "hand i hand". Ein skal ikkje leika mor, far og barn, dvs. pseudo-familiaritet (Hansen 1998:39-40).

Medan Helle Ploug Hansen (ibid.) definerer profesjonalitet som noko positivt, ser

Monsen (1998:29) ut til å meina at det er noko negativt. Den sistnevnte seier at om hjelpesystemet krev profesjonalitet av dei tilsette, så krev det også avpersonleggjering. At nokon er profesjonelle tyder i denne samanheng at pleiarane utfører dei same arbeidsoppgåvene på ein effektiv og mest mogeleg standardisert måte, og gjer det uansett kva dei sjølv føler og korleis dei sjølv har det. Profesjonelle mennesker vil ha ein tendens til å krevja ei form for profesjonalitet også av andre, til og med av dei hjelpetrengjande. Dei hjelpetrengjande skal tilpassa seg regelverket og rutinane, adferda vert standardisert. Dei får roller som gjer at dei vert usjølvstendige og ikkje meistrane i sitt eige liv. Dei hjelpetrengjande lærer å hevda seg gjennom avmakt, systemet si tydelege makt avlar utydeleg avmakt.

### 2.5.1 Å vera avhengig av hjelp

At pasient og behandlar står i eit hierarkisk tilhøve til kvarandre er gamalt nytt, og gjerne akseptabelt så lenge pasienten si helse vert betre og pasienten elles er nøgd og ikkje føler at helsearbeidaren bruker sin posisjon til å sikra seg makt over den sjuke (Knudsen 1998:10). Monsen meiner menneske kan utøve makt på to ulike måtar. Anten ved å kommandera, gje ordrar, pressa eller tvinga sin vilje og sine avgjersler på andre, eller ved å manipulera andre slik at dei av seg sjølv gir avkall på sin vilje og utfører det som er ynskt av dei. Ho seier vidare at menneskelivet sitt mål ikkje fyrst og fremst er mest mogeleg hjelp, tenester eller makt, men sanning, fridom, sjølvstende og verdighet. Det må også vera ein del av helsevesenet si målsetting. Dersom ikkje helse- og sosial vesenet tek mål av seg til å vera så lite som mogeleg, og å vera så lite ressurskrevjande som mogeleg, ja, då er det kanskje makt og det å vera viktig som er det eigentlege målet (Monsen 1998:27-30). Ann Kristin Eide (1998:18) viser til ein pasient som seier mykje om makt og avmakt:

*Du er så avhengig av dem, det er et forferdelig dilemma .. det er klart jeg kunne ta andre fighter enn dem jeg føler at jeg kan ta, fordi jeg føler meg så avhengig av helsepersonellet, at jeg på en eller annen måte innretter meg etter systemet deres. Ellers får jeg ikke det jeg trenger... Du er prisgitt dem altså.*

Eide seier vidare at pasienten som uttalte sitatet ovanfor ikkje vågar å stå fram offentleg og kritisera helsevesenet, trass i at ho blei feilbehandla. Ho er redd for at ho ikkje vil få hjelp, og for å bli stempla som vanskeleg, om ho står fram med sin historie.

Jenter vert vanlegvis sosialisert til omsorg av mor si. I den samanheng må ofte jenter stå til rådvelde for mor si. Innbakt i dette ligg eit over/underordningstilhøve. Overført til sjukepleien blir barn, sjuke og gamle kontrollert av sjukepleiar, må underordna seg sjukepleiar. Eriksen (1989) refererer vidare til Wolfgang Schmidbauer sin teori om at nestekjærleik som arbeid trekkjer til seg dei som har kjensla av å ha fått for lite kjærleik. Ein omnipotent fasade og ein indre forsømt baby. Thornquist (1998:159,200,201) viser til kreftsjuke, pleietrengjande Heidi Tuft, som tørsta meir etter pleiarar som var ekte medmennesker, enn utanpåklistra smil. Ho var avhengig av fullstendig pleie i lange periodar, og opplevde det nedverdiggande å vera avhengig av hjelp, ikkje ha kontroll over seg sjølv. Joakim Øhlen (1998:53) viser til Janice M Morse og Barbara Carter som seier at individ kjemper med å stå ut med den plagsomme situasjonen, ved å halda kjensler borte, oppretthalde kontroll i situasjonen og iherdig konsentrere seg om det som skjer akkurat no.

Doris Christensen skriv om korleis våre verdinormer påverkar pleien (Petersen 1995). Dersom me meiner at pasientar er frie og autonome, vil me vera i dialog med pasientane. Begge partar vert aktive og deltakande. Om ein derimot meiner at sjukepleiar veit best, passiviserer ein pasienten. Christensen meiner menneskesynet, verdinormene til sjukepleiar er heilt avgjerande. Det hjelper ikkje med endring av rutiner o.l., om sjukepleiar ikkje har eit medvite tilhøve til korleis ho samarbeider med pasientane.

Løgstrup (1991:17-25,35-39) er oppteken av at me ikkje skal ta herredøme over kvarandre, men vera opne og tillitsfulle, ikkje ansente og tvangsprega. Livet veks i denne gjensidige levemåten der me er sårbare, og der det alltid er mogeleg å bli avvist. Omsynsløysa kan føra til livslang lidning for våre medmenneske. Me skal aldri i vår kommunikasjon prøva å endra den andre. Ansvar for den andre kan aldri vera å overta hans eige ansvar. Monsen (1998:29) seier at mange pasientar ikkje har interesse av å ta ansvar. Myten om at legen veit best er svært utbreidd. Helsevesenet kan derfor bli ein hovudprodusent av avhengige pasientar på mange plan og nivå, og produserer lite av det dei skulle produsere, helse og sunne menneske.

## 2.6 Den talande kroppen

Monsen trur at dei fleste fag og profesjonar utviklar seg til avpersonleggjorde maktsystem. Identifikasjon hos den enkelte med systema merkast på tung språkbruk, unødvendige framandord, kommunikasjonsproblem og motsetningar mellom faga. Ein set med andre ord seg sjølv som person i parentes. Når det personlege vert definert ut av arbeidsstrukturen blir livskvaliteten deretter. Livsgløden kjem alltid frå det personlege, og det personlege forstått som kjærleik, verdighet, ærlighet og integritet (Monsen 1998:27-28). Thornquist (1998:162) meiner at denne nyanserte kroppspfatning ofte ikkje avspeglar seg i sjukepleiar sitt språk. Det moderne menneske sitt problematiske tilhøve til kropp, gjer at ein ofte ikkje har gode kroppslege begrep. Mangel på begrep er med og avgrensar sjukepleiar sine refleksjonar over pasientane sine kroppslege opplevingar. Stemmeleie og stemmebruk er dessutan vesentlege kroppslege budskapar. Som Martinsen, refererer Thornquist til Merleau-Ponty si oppfatning om at menneske har ingen kropp, menneske er kropp. I den samanheng seier ho at kroppen er vår grunnleggjande forståing av omverda. Vaner er kunnskap som sit i hender og i kroppen. Det er kroppen som forstår. Me kan velja å vera verbalt tause, men kroppen er aldri taus. Kroppen sin budskap er konkret. Gjennom den kan me uttrykka oss når ord kjem til kort (Thornquist 1998:134,143,146).

### 3 Metode

Aletist hermeneutikk (jf.kap.3.2) som metode og Martinsen sin omsorgsteori som tolkningsrammeverk (jf.kap.3.6.1), avspeglar mi oppfatning av korleis ein best kan få kunnskap om den kroppsnære pleierelasjonen. Martinsen fokuserer på relasjonar, ikkje enkeltindivid. I aletist hermeneutikk vert førforståing (jf.kap.3.1) sentral, då den dannar grunnlag for å fortolka og forstå. Intervjutema (jf.kap.3.4) vil i stor grad vera prega av førforståing. Intervjua vil vera delvis strukturerte, slik at pasientane får stort høve til å utforma samtalen (jf.kap.3.5).

Den positivistiske tradisjonen har langt på veg definert premissane for vitenskapsfilosofi i det 20. århundre. Vitenskapsidealet har vore verdifridom, objektivitet og data som kunne kvantifiserast. Alt anna var metafysikk. Naturvitskap og fysikk har vore mønstervitskap. Overført til det sjuke menneske tyder dette at berre fenomen som kan kvantifiserast, har ein slik karakter at det kan danna grunnlag for vitskap. Løgstrup meiner at positivismetenkninga ikkje berre er sentral i forskingssamanheng, men innverkar på relasjonane mellom oss, og gjer oss beregnande, egosentriske og einsame (Martinsen 1993).

Leslie H Jacox (Nicoll 1992) viser til at sjukepleien profilerer seg med eit holistisk menneskesyn (jf.kap.2.2.1), og meiner vidare at dette menneskesynet er inkonsistent med eit logisk-positivistisk vitskapsideal som inneber at kropp og sjel kan studerast isolert frå kvarandre. I denne dualismetenkinga vert kroppen gjerne oppfatta som ei maskin, og sjukdom som feil i maskineriet. Ein utviklar stadig nye måleinstrument som tallfester kroppslege funksjoner. Me har alle med oss dualismetenkinga og den instrumentelle kroppen, anten me er medvitne det eller ikkje. Fokuset er ofte på det sjuke organet, ikkje den sjuke kroppen (Thornquist 1998).

Den levde kroppen kan ikkje studerast slik fysikken og biologien studerer kroppen (Nåden, Braute 1992). Mitt fokus er ikkje kroppen som fenomen, men kroppen i relasjon til andre kroppar. Erfaringar er relasjonelle hevder Smith. Dei oppstår i relasjon til noko eller nokon. Relasjonen er nøkkelen til forståing av erfaring (Widerberg 1995:136-138). Smith tek til orde for ein sosiologi som står i kvardagslivet



og "ser seg rundt", ikkje ein sosiologi som skodar ned på kvardagslivet. Ut i frå kvardagslivet meiner ho me skal prøva å forstå samfunnet sin struktur og funksjonsmåte. Ho er ikkje ute etter å forstå kva kvardagsliv eller kvinner er som fenomen. Ho meiner at forståing er knytt til forståing av relasjonen, og skriv at ein i sosiologisk tradisjon skil det samfunnsmessige i teksten frå samfunnet det blir levd og opplevd i. Dette meiner ho vert feil.

Sosiologi og sjukepleie er ulike fag, men måten sosiologen Smith tenkjer forskning på, kan lett overførast til sjukepleiefaget. Også i vårt fag vil ein få ulike svar om ein fokuserer på relasjon framfor fenomen. Fokus i denne studien er på pleierelasjonen, og ikkje kroppsnær pleie som fenomen. For å få vita noko om denne relasjonen, vil eg intervju pasientar. Pasientutsegn kan brukast på ulike vis. Eg opplever det som viktig at utsegn ikkje vert studert lausrive frå kontekst, men at ein er trufast mot samanhengen dei er sagt i, samstundes som ein prøver å setje dei inn i ei vidare ramme. Kva ramme ein set utsegn inn i, er avhengig av kva utgangspunkt ein har for å forstå.

### 3.1 Førforståing

Førforståinga dannar grunnlag for å forstå. Den byggjer på tidlegare forskning og tenking om emnet (jf.kap.2), forskaren sine kunnskapar, faglege og private erfaringar. Problemstilling, metode og teoretisk rammeverk avspeglar forskar si førforståing. Ved at forskar tilkjennege sine fordommar og kjensler, som reint faktisk har styrt hennar val og konkrete handlemåtar, må ho tre fram som person, og lesar får større høve til å vurdere kor påliteleg materialet er (Fog 1994:163). Dagfinn Nåden og Eldbjørg Braute (1992) meiner at førforståing inneber at sjukepleiar har god kjennskap til det området ho vil utforska. Dei seier vidare at det kan vera ei føremon at forskar føreåt skriv ned si førforståing. Dette av di forskar lyt tilkjennege og vera klar over at egne fordommar og eiga førforståing verkar inn på forskinga. Ved å tydeleg tilkjennege eiga førforståing, kan ein hindra at forskar sine meiningar om saka vert meir synlege enn meininga som kjem fram i materialet.

Trass i at to sjukepleiar har same utdanning og arbeider på same avdeling, og dermed har mykje felles grunnlag for si forståing, så kan dei oppleve og forstå ein pasient ulikt.

At ulike personar opplever situasjonar og personar ulikt kan vera positivt, og skapa vidare forståing for pasienten. Slik vil det også vera når ein forsker. Ulike forskarar kan koma fram til ulike svar, avhengig av kva personar dei er og kva liv dei har levd og lever. Dette kan skje trass i at dei har same utdanning og arbeidserfaring. Mangfaldet kan vera uttrykk for at ingen personar er like, verken pasientar eller forskarar (Jensen 1990 b).

Eg er 42 år, gift med ein mannleg sjukepleiar, og mor til to jenter, 4 år og 7 år. Som mor er omsorg innebygd i heile kvardagen min. Omsorg for andre var sentralt lengje før eg blei mor. Eg var nest eldst i ein syskenflokk på fem, og fekk tidleg ansvar for yngre sysken.

Pleie av sjuke starta eg med 15 år gamal. Ung og ufaglært arbeidde eg i eldreomsorga. Som sjukepleiar har eg i korte periodar arbeidd på sjukeheim og i heimesjukepleie. Mesteparten av praksisen min har vore tilknytt akutt-sjukehus. Som utdanna intensivsjukepleiar har eg arbeidd på avdeling for intensivpasientar, på avdeling for nyopererte, i akutt mottak og på smerteklinikk.

Eg har studert praktisk pedagogikk, og har mellomfag i sjukepleievitenskap og i filosofi. Mellomfagsoppgåva i sjukepleievitenskap omhandla viktige behov hjå mennesker med langtkomen kreft. Mellomfagsoppgåva i filosofi var ei samanlikning av Freud og Kierkegaard sine tankar om angst. I åra før eg starta hovudfagsstudier, arbeidde eg som sjukepleielærer i høgskulen. I tillegg til å undervisa studentane i teori, vegleia eg dei i praksis både ved barneavdelingar og ved kirurgiske avdelingar.

Tilknytt klinisk arbeid har eg ofte høyrte pasientar uttrykkje velvære når dei har fått vaska og stelt seg. Kroppsvask, nypussa tenner, reint hår, ny stilling i senga, nye bandasjar og reint tøy, har mange gongar verka som "vitamininnsprøytingar" og eksistensielle hopp. Sommaren 1989 arbeidde eg ein månad ved Churchill Hospital i Oxford. Der møtte eg ein sjukepleiar som gjorde inntrykk, Helen Passant. Ho arbeidde ved ein sjukeheimsavdeling i sjukehuset. Etter mykje strid og hardt arbeid fekk ho endra stellet. Både morgon og kveld inkluderte det massasje med oljer som pasientane tykte om. I bakgrunnen tonte roleg musikk. Denne endring av stellet hadde medverka

til at avdelinga oppnådde uventa gode resultat, blant anna med slagpasientar.

Eg har berre i liten grad praktisert massasje, men likar sjølv å bli massert, og opplever at når eg ein sjeldan gong masserer andre, privat og i yrkessamanheng, så vert det godt motteke. Urolege barn på postoperativ roer seg mange gongar om eg masserer beina deira. Dessutan har eg sett at massasje systematisk brukt kan verka tilfriskande (jf. Oxford ovanfor). Massasje opplever eg som lite omsnakka og praktisert i sjukepleiefaget. I denne studien vert det løfta fram, av di eg trur at mange pasientar vil oppleve velvære og tilfriskning ved å bli massert.

Humor er lite fokusert i sjukepleiefaget. Lawler (1996) skriv at sjukepleiar brukar humor som alternativ til forlegenhet. Dette kjenner eg att frå klinisk verksemd, men vart ikkje medviten dette før eg les Lawler. Derimot har eg medvite brukt humor i andre samanhengar. Dei åra eg arbeidde på smerteklinikken ved Haukeland sjukehus hadde eg dagleg kontakt med alvorleg sjuke kreftpasientar. Der var målet at me skulle le saman minst ein gong under samtalen. Dette var ikkje på grunn av forlegenhet, men for at den sjuke skulle kjenna at han/ho framleis var levande.

Kjønn er heller ikkje eit sentralt tema ved opplæring i og praktisering av sjukepleiefaget. Frå eg var barn har eg reagert negativt på kjønnsrollemønsteret. For snart 10 år sidan studerte eg filosofi. Då blei det endå tydelegare for meg kva kjønn som hadde lagt premissane for tenkinga i den vestlege kultur. Simone de Beauvoir (1949/1970), ei av dei få kvinnelege filosofane med gjennomslag, fekk tydeleg fram korleis kvinner vert nedvurdert i vår kultur. Pleie og anna kvinnearbeid vert ofte usynleggjort. Eg ynskjer synleggjering. Sjølv om sjukepleie er eit typisk kvinneyrke, er der enkelte menn. Eg ynskjer å få vite om det er det same for pasientane om dei blir stelt av kvinner eller menn. Ei eg kjenner fortalde at ho tykte det var ille at ein mann kom og skylte henne nedantil etter at ho hadde fødd fyrste barnet sitt. Eg veit dessutan om mange kvinner som føretrekkjer kvinneleg gynekolog.

Omlag 17 år gamal vitja eg bestefar min då han var på sjukehus. Den gong visste eg ikkje forskjell på medisinsk og kirurgisk avdeling. 19 år gamal arbeidde eg 3 månader ved kirurgisk avdeling, Voss sjukehus. Dei fyrste dagane under rapporten forstod eg



ikkje mykje av det som vart sagt. Det blei truleg brukt mykje latin. Eg torde ikkje gå ut i avdelinga til pasientane før ein sjukepleiar hadde oversett rapporten til norsk for meg. Desse opplevingane har seinare ført til at eg prøver å bruka eit enkelt og forståeleg språk når eg snakkar med pasientane. På same vis prøver eg å unngå flest moglege framandord når eg skriv noko som eg ynskjer skal vera tilgjengeleg for andre enn dei som har same akademiske og praktiske bakgrunn som meg sjølv.

Martinsen (1989) snakkar om moralsk maktbruk i sjukepleien. Dette er eit tema eg ofte har diskutert med studentane når eg vegleia dei i praksis. Kva gjer me om pasientane ikkje ynskjer å stella seg, ikkje vil stå opp o.l.? Let me dei berre få vera i fred, eller prøver me å overtyda, overtala eller pressa dei til å gjera det me trur er rett? Samstundes som pasientane er autonome, så er det sjukepleiar som har erfaring frå mange pasientar, og veit noko om kva som brukar å fungere best i den aktuelle situasjonen. Det kan bli uetisk både å pressa og å ikkje pressa.

Val av teoretisk referanseramme avspeglar mi førforståing av sjukepleiefaget. Martinsen sin omsorgsteori (jf.kap.3.6.1) fokuserer på både det praktiske, relasjonelle og moralske i pleia. Eg opplever at denne teorien kjem nærast opp imot mi eiga forståing av sjukepleiefaget.

I studien prøver eg å forstå korleis pasientane opplever den kroppsnære pleierelasjonen. I den samanheng tykkjer eg det er best å intervju pasientane, då intervju gir stort rom for at pasientane sjølve kan koma fram med sine tankar, kjensler og oppfatningar av dei ulike tema. Eg har tidlegare erfaring med strukturerte spørjeskjema og avkryssing, og opplevde ei slik tilnærming som lite adekvat for problemstillinga. Den kroppsnære pleiesituasjonen er eit relativt lite utforska felt, derfor opplever eg det som viktig å bruka ei forskingsform som gir rom for nye innfallsvinklar og tankar. Såleis opplever eg aletisk hermeneutikk som ei god rettesnor. Kritikken mot kvalitative intervjustudier er at funna ikkje er generaliserbare, av di dei involverer få personar. I den samanheng er det verdt å nemna at studiar som har fått stor innverknad på moderne, vestleg tenking, berre har involvert ein eller nokre få personar. Som eksempel kan ein vise til Sigmund Freud (1856-1939) om sjukdom og personlegdom og Jean Piaget (f.1895) om tankemessig utvikling. Burrhus Frederic

Skinner (f.1904) var ekstrem åtferdspsykolog (behaviorist). Han hevda at statistiske gjennomsnittsutrekningar berre var unnskyldningar for psykologiforskarar som ikkje ville arbeida hardt nok med å finne dei spesifikke forsterkingsmekanismane som styrer åtferda som vert undersøkt (Kvale 1997:59).

### **3.2 Aletisk hermeneutikk**

Aletisk tyder openberring av noko som er skjult. Den aletiske hermeneutikken minner oss om at det skrivne ord og det me sansar må setjast inn i ein større samanheng, slik at forståing ikkje vert lausrive frå samanhengen. Hermeneutisk tradisjonelt har vore knytt til humanistisk forskning som er framand for naturvitskapsideane om teoretisering og modellbygging (Alvesson, Skjoldberg 1994). Opprinneleg vart hermeneutikk brukt til å fortolka og forstå tekstar. Fredrich Ernst Daniel Schleiermacher (1768-1834) utvida hermeneutikken til å bli eit grunnlag for forståing mellom mennesker, basert på dialog (Johannessen 1988). Førforståinga kan bli eit hinder for å forstå. For å hindra at det utviklar seg ein vond sirkel, må ein heile tida alternere mellom inntrenging i den framande verda og attendekopling til eige referansesystem. På det viset kan det oppstå ei samansmelting av dei to horisontane, og ein kan få fram det som i fyrste omgang var skjult (Alvesson, Skjoldberg 1994).

Medan den logiske positivismen var ein reaksjon på metafysiske og ideologiske strøymingar i bl.a. hermeneutikken, var hermeneutikken ein reaksjon på den klassiske positivismen i det forrige århundre. Ånd let seg ikkje forklara, den kan ein berre forstå. På same vis som ein lyt vita noko om omstende ein tekst er skrivi under, lyt ein forstå menneske i den samanhengen dei er i (Alvesson, Skjoldberg 1994). I denne djupptolkande, aletiske hermeneutikken, vert det ein spiral mellom førforståing og forståing, del og heilskap. Den aletiske hermeneutikken er delt i tre: Eksistensiell -, poetisk - og mistankens hermeneutikk.

#### **Eksistensiell hermeneutikk**

Innebygd i den eksistensielle oppfatninga av menneske, er tankar om at ein er dømd til å vera fri, dermed lyt ein velja og ta ansvar. Dei moglegheiter som ligg i fridom og

ansvar, kan skapa angst. Det verste ein kan gjera er å berre overlata seg til omstende, leva inautentisk. Eksistensiell hermeneutikk har Martin Heidegger (1889-1976) som grunnlagstenkjar. Han var elev av fenomenologen Edmund Husserl (1859-1938). Frå fenomenologien overtok Heidegger vektlegginga av intuisjon, intensjonalitet og felles livsverd som grunnlag for å forstå kvarandre (Lubcke 1989:35-76). Eg støtta meg til denne tenkinga blant anna av di den vektlegg at all forståing frå starten av er farga av kjensler. Det er inga rein, kognitiv eller rasjonell forståing (Alvesson, Skjoldberg 1994).

Intuisjon byggjer på førforståing. Denne måten å tenkja på stemmer også med eigna erfaringar frå sjukepleiekvardagen. Dess lenger eg har arbeidd med ei pasientgruppe, dess lettare er det å oppfanga situasjonar intuitivt (jf. Benner, Wrubel 1989). At me kan forstå kvarandre kjem av at me lever i ei felles livsverd. Husserl understrekar at fellesskapet er ei forutsetning for menneske si oppleving av seg sjølv. Vår oppfatning av oss sjølve vert utvikla i meningsfulle fellesskap saman med andre menneske. Dette tolkar eg slik at eg og dei pasientane som eg skal intervjuar lever i ulike verdnar. Pasienten er gamal, sjuk og nyoperert. Eg er ung, frisk, småbarnsmor og student. Trass i desse ulikskapane, er det mange skjæringspunkt i våre liv. Me bur i same landsdel, snakkar norsk, kulturelle og geografiske omgjevnader har mange fellestrekk, me kjenner begge sjukehusverda, men med ulike innfallsvinklar. Sist, men ikkje minst er me levande menneske med alle dei fellestrekk det inneber både fysisk, psykisk og eksistensielt. Livsverda vert såleis eit reservoar av noko sjølvsgt, og dermed eit reservoar av viten (Jensen 1990b). All teoretisk forståing av menneske lyt ta utgangspunkt i den livsverd av meining som det lever i (Alvesson, Skjoldberg 1994). I tillegg til at den eksistensielle hermeneutikken understrekar kor viktig kjensler, intuisjon og felles livsverd er for å forstå kvarandre, er meining sentralt. Meining vil vera knytt til førforståing (jf.kap.3.1). Hans-Georg Gadamer f.1900 var oppteken av at me forstår ikkje den andre ved å setja oss inn i, rekonstruere den andre sitt sjelsliv, men ved å prøva å setja oss inn i kva personen meiner med det han seier og skriv (Lubcke 1982:165-171). Han var kritisk til Wilhelm Dilthey (1833-1911) sin rekonstruksjons-hermeneutikk.

## Poetisk hermeneutikk

Gadamer er oppteken av at menneske er eit forståande vesen i praktisk verksemd. Forståing er grunnstrukturen i all menneskeleg aktivitet. All teoretisk forståing av menneske lyt ta utgangspunkt i den livsverd av meining som menneske lever i. Det eigentlege fortolkingsarbeidet set inn når noko ikkje straks er tilgjengeleg for oss, og me bruker vår førforståing til å fortolka, ikkje rekonstruera. I denne djupttolkende, aletiske hermeneutikken vert det ikkje noko skarpt skilje mellom forskaren og det som vert utforska (Johannessen 1988, Alvesson, Skjoldberg 1994, Lubcke 1989).

I den poetiske varianten av aletisk hermeneutikk er ein oppteken av teksten. Narrative og metaforiske analysar vert viktige. Ved narrativ tilnærming er ein oppteken av fortellinga og fortellingsmønster. Metaforar er uttrykk for det biletlege i språket. Det er viktig at metaforane vert sett i samanheng med heile teksten. På same vis inneber narrasjonen at me ser ein serie hendingar som noko som heng saman, ein samanvevd heilskap. Kjernen i den poetiske hermeneutikken vert å sjå ein tekst som noko anna enn den ved fyrste augnekast viser (Alvesson, Skjoldberg 1994). Gadamer legg det språklege, ikkje det sansemessige som grunn for erfaringa (Elstad, Hamran 1995:93-96). Han seier at å gjera ei erfaring er å ta inn over seg noko ein ikkje hadde rekna med, å få forventningane sine kryssa. Det er å få snudd om på førforståinga ein hadde. Han opererer dermed med to erfaringsbegrep. Det positive oppsamlande og det negative overskridande som eigentleg erfaring. Han er påverka av Heidegger, og understrekar at våre liv er vevd saman i ei intersubjektiv verd (Lubcke 1989). Som Heidegger var Gadamer oppteken av å studera mennesket sin plass i verda, med utgangspunkt i språket.

## Mistankens hermeneutikk

I denne tilnærminga går ein bakom det som vert sagt og avdekkjer noko skammeleg eller tabu. Eksempel: Sigmund Freud (1856-1939) tok til å snakka om menneske som seksuelt vesen. Karl Marx (1818-1883) snakka om utbyting av arbeiderklassen og Friedrich Nietzsche (1844-1900) om vilje til makt (Alvesson, Skjoldberg 1994). Dette forskingsprosjektet fokuserer på omsorg for sjuke, det vil sei tradisjonelt kvinnearbeid.



Eg har mistanke om at det ikkje er utan grunn at dette arbeidet vert lite fokusert i forskingssamanheng. Om samfunnet skulle bli nøydd til å ta "det sjølvsgde" kvinnearbeidet på alvor, ville det få store samfunnsøkonomiske konsekvensar. Velstanden i landet vårt kan i høg grad tilskrivas olja og billeg kvinnearbeidskraft, blant anna i helsesektoren. Marx snakka om utbyting av arbeiderklassen. I vår tid har eg mistanke om at det er meir korrekt å snakke om utbyting av kvinnearbeidskraft. I kapittel 2.1 nemnde eg at nonnene ikkje skulle stella sår, gutar og menn. I dag steller sjukepleiar heile den sjuke kroppen. Eg vil gjerne avduka korleis dette opplevest, då eg lurar på om det er heilt uproblematisk. Mistenksam vil eg dessutan vera mot meg sjølv og eigne fordommar og mistankar.

### **3.3. Inklusjonskriterier**

Krav til den som skal delta er at han/ho har gjennomgått ein planlagd operasjon for å fjerna svulst i tjukktarm og/eller endetarm. Ved at operasjonen er planlagd vil det vera mogeleg å samtala med pasienten før operasjon, for å informere om studien og bli litt kjende med kvarandre. Vedkomande må vera adekvat, ha normal taleevne, snakka norsk og vera meir enn 50 år. Dei fleste som er sjuke og pleietrengjande er eldre menneske. Eg ynskjer å fokusere på denne aldersgruppa i håp om at eldre og dei som pleier eldre menneske vil kjenna seg att i den informasjon og dei tankar som kjem fram. På det viset voner eg at mange kan dra nytte av studien. Kor mange pasientar det er aktuelt å ha med i ein kvalitativ studie er eit metnings spørsmål. Når ein opplever at nye intervju ikkje tilfører emnet noko nytt, avsluttar ein (Kvale 1997).

### **3.4 Intervjutema**

Jette Fog (1994:168) meiner at forskaren må utarbeide kriterier for kva trekk som fell inn under begrepet ho arbeider med, og kva trekk som ikkje gjer det. Steinar Kvale (1997:76) seier at intervjuguiden kan vera ei grov skisse, eller detaljert. Min intervjuguide vil vera ei grov skisse. Ved utforminga av guiden vil Martinsen sin omsorgsteori danna ramme, med oppdeling av sjukepleie i det praktiske, relasjonelle og moralske (jf.kap.3.6.1). Guiden vil elles byggja på eiga erfaring (jf.kap.3.1) og litteraturstudier (jf.kap.2).

Intervjua vil ta utgangspunkt i praktiske pleiesituasjonar som å få stelt seg, stå opp av senga, få sprøyter o.l. Desse praktiske pleiesituasjonane foregår alltid i ein relasjon. Alle relasjonar inneber moralske aspekt. For å få fram det relasjonelle og moralske, vil tema vera: Medpasientar og pårørande under stellet, mannleg eller kvinneleg pleiar, ung eller gamal pleiar, medpasientar og pårørande, munnleg kommunikasjon, humor, tillit til pleiar sine kunnskaper, avhengighet, medkjensle og kven som bestemte kva.

I forskingssamanheng tek ein med seg si førforståing (jf.kap.3.1), samstundes som ein må stilla seg open, og ikkje prøva å få stadfesta egne fordommar, men bruka dei kreativt og setja dei på spel. Å stilla seg open, er for meg ikkje å lata som om ein stiller med blanke ark, men i størst mogeleg grad lesa om, tenkja igjennom og diskutera emnet med andre før ein starter intervjuing. Ein må ha formeiningar om korleis ein best kan oppfanga tema, samstundes som temalista ikkje må bli ei tvangstrøye, men eit hjelpemiddel. Eg trur at sjukepleieforskaren som kjenner godt til det feltet dei undersøker, både praktisk og teoretisk, har dei beste forutsetningane for å gjera eit godt forskingsarbeid, forutsett at dei har evne til å vera kritiske.

### **3.5 Samtalekunst**

Det er få standardiserte eller strukturerte prosedyrar for korleis det kvalitative intervjuet skal utførast. Mange metodologiske avgjersler må takast undervegs i intervjuet. I samtalen konstruerer forskar og informant kunnskapen som vert resultatet av studien (Kvale 1997:26-27). Då samtalen både er reiskap og, når den er skriven ut, empiriske materiale, er kontakten mellom informant og intervjuar heilt avgjerande for det aktuelle forskingsarbeidet og kvaliteten på det (Fog 1994:105,134).

Det er viktig å tilkjennege at me har høyrte kva som er sagt, og at me formidlar at det går an å snakka om problem. Utfordringa er å oppfanga kva den enkelte informant er oppteken av. Kva dei tek med seg inn i samtalen, og gå vidare på det. Samtalen skaper partane saman. Begge partar er intensjonale, meiningsberande og meiningsproduserande. Å formulera seg kan bli ein forståingsprosess både for informant og forskar (Thornquist 1998).

Ein er mykje meir utlevert til kvarandre i det munnlege fellesskapet enn ein er ved skriftleg kommunikasjon. Den praktiske kunne som profesjonell samtale er, krev allmennmenneskeleg kapasitet, som den enkelte utviklar gjennom livet. Samtalekunst kan ikkje lærast som teknikk (Fog 1994:106,129). Kvale (1997) seier at den gode intervjuar er kunnskapsrik, strukturerande, klar, vennleg, følsam, open, styrande, kritisk, tolkande og hugsar heile intervjuet. Dette tykkjer eg er gode ideal å strekkja seg etter. Han seier vidare at det å føra ein god forskingsdialog er noko ein lyt læra ved å gjera det. På same vis som ein lærer å bli ein god kliniskar. Ein går frå novise til ekspert (Benner, Wrubel 1989).

I dialogen er me ikkje berre konsentrert om emnet, men og mot kvarandre. Ikkje berre konsentrert om kva som vert sagt, men korleis det vert sagt. Medvite og umedvite velgjer me tema, ord og uttrykksmåtar slik at den andre skal forstå ut i frå sine forutsetningar. Me fortolkar og forstår ut i frå den kjennskap me har til tema og person. Evna til å ta den andre sitt perspektiv er ei av dei viktigaste forutsetningane for at me skal forstå kvarandre. Dette er ein sosial kompetanse som me lærer i livets skule (Thornquist 1998).

Forutsetninga for god kontakt med informanten, er at eg har god kontakt med meg sjølv. Overdriven interesse og det å vera overdriven imøtekomande, kan vera uttrykk for at ein ikkje er i kontakt med seg sjølv. Denne uoppriktighet kan vera eit hinder for å koma i kontakt med eigen generthet og eigen angst, og ein kan kjenna seg utilpass saman med den andre. Ein vert på eit vis litt for innlatande til at ein kan stola på det (Fog 1994:96-101). Det kan vera vanskeleg å setja sansing framfor begrep i intervjusituasjonen. Å ha kjenslene som grunnlag for erkjenning, kan vera angstprovoserande (ibid.:85). Vår eigen angst kan gje seg fleire uttrykk. Me kan bli for lite fortrulege og ha for stor avstand, eller me kan bli overdrive fortrulege (ibid.:90).

### **3.6 Tolking**

Å tolke er eit menneskeleg fenomen som pågår kontinuerleg. Det er ein måte å skapa meining og samanheng på. Korleis me fortolkar det som skjer i oss, mellom oss og

rundt oss, er avhengig av kva livserfaring me har, kva me trur på og kva me kan (jf.kap.3.1). Val av forskingsmetode er uttrykk for vår tolking av kva som er den beste måte å undersøkje problemstillinga på. Val av tema i intervjusituasjonen er uttrykk for forskar si tolking av gode innfallsvinklar til problemstillinga. Når ein intervjuer, vil ein automatisk tolka det som vert sagt og måten det vert sagt på. Under transkripsjon skjer det også tolking, ved at ein tolkar noko som viktig og anna som mindre viktig. Når ein strukturerer det informantane har sagt, vil det ein opplever som hovudtema og undertema også vera ei tolking av materialet.

Som forskar har eg ikkje som mål å koma fram til endelege, allmenngyldige svar, men å yta mitt til at mangfaldet kan tre fram. I klinisk virke møter eg alltid enkeltpersonar som eg må tilpassa pleien til. Det hjelper verken pasientane eller meg at gjennomsnittet vil ha pleien slik eller slik, dersom eg ikkje har evne til å tilpassa pleien til den enkelte. Som pleiar treng eg eit stort repertoar av innfallsvinklar til ulike pasientar og pleiesituasjonar.

Pasienten si forståing av sitt eige liv, vert oppfatta som ei hindring for den vitskaplege forståinga av dette livet, eller som ei feilkjelde for danning av eit objektivt bilde av pasienten (Kemp 1998:34). Dette viser korleis objektivitet vert forstått i logisk positivistisk tenking. Widerberg (1995:160,164) viser til Ingegerd Harding som skriv at det er viktig at ulike grupper og posisjonar er representert i forskarsamfunnet for å få fram mangfaldet. Ho prediker verken einskap, harmoni eller integrasjon, men at me må sjå ulikskapar som ein kreativ ressurs i vitskapleg kunnskapsproduksjon. Ho meiner det er mangfaldet som representerer objektivitet, av di det er det som viser oss korleis saker og ting faktisk er. På same vis som det er fleire tolkingar av Mozart sine fiolinkonsertar, vil det finnast fleire tolkingar av same pasient.

Når ein har transkribert intervjuet, les ein igjennom dei og fjerner gjentakingar, digresjonar og forkortar lange setningar (dvs. fortettar materialet). Ein tek vare på det som er vesentleg for studien, og sorterar det regelmessige frå det tilfeldige (Fog 1994:168). Hansen (1995) seier at ein skil mellom hendingar og begivenheter. Hendingar skjer utan mønster, medan begivenheter er noko som gjentek seg, dannar mønster. Kvale (1997:122) seier at ein ser om der er tema som gjentek seg. Problemet



er at ein del utsegn og hendingar passar inn i fleire tema, kategoriar.

Hansen (1995) skriv at lausriven tematisering, kategorisering var bremsande for analysen i hennar arbeid. Skulle kategoriseringa vera meiningsfull, måtte dei ulike tema heile tida ha kontakt med kontekst. Hansen sine tankar om kontekstnærleik er samanfallande med tenkinga i hermeneutikken (jf.kap.3.2), der ein vektlegg at tolking lyt setjast inn i ein større samanheng. For at dei ulike tema skal ha god kontakt med kontekst, er det viktig å heile tida vera trufast mot samanhengen dei var sagt i.

Gadamer poengterte at ein heile tida måtte vera viljug til å setja eiga førforståing på spel (Jensen 1990b). Dette tyder at ein ikkje berre må få pasienten sine utsegn og oppførsel til å passa inn i eiga førforståing, men at ein også må vera viljug til å revurdere eiga førforståing. Som forskar er det kanskje lurt å tenkja etter om ein er ein person som likar å oppleve noko nytt, finn det utfordrande og interessant. Den som likar best at kvardagen går i sitt vante gjenge, vil kanskje ha vanskelegare for å endra etablerte fordommar? Positive fordommar endrar seg ved ny kunnskap, negative fordommar er uimottakelege for ny kunnskap (Fjelland, Gjengedal 1990).

### **3.6.1 Tolking i lys av Kari Martinsen sin omsorgsteori**

Martinsen f.1943, er utdanna psykiatrisk sjukepleiar og er i tillegg magister i filosofi. Ho tek eit oppgjær med den innverknad "positivismen" har hatt på sjukepleiefaget, som ho meiner har for stort fokus på individualisme og sjølvhjelps-ideologiar. Ho tek til orde for ei praksisnær sjukepleieforsking, som skal vera beskrivande og fortolkande. Ho tek ikkje utgangspunkt i enkeltindivid, men i det som skjer mellom menneske (Martinsen 1989:67,15,47).

Ho er skeptisk til at kallstanken er borte i sjukepleiefaget. I kallssamanheng framhevar ein gjerne det å vera ueigennyttig, hjelpsam, personorientert, nærleik og engasjement (ibid.:forord). Martinsen ser ut til å vera djupt forankra i den kristne tradisjonen. Ho bruker uttrykk som nestekjærleik, og meiner i den samanheng at ein skal gjera mot andre som ein vil at andre skal gjera mot ein sjølv. Som Hans Nilsen Hauge (jf.kap.2.1) viser ho til bibellikninga om den barmhjartige samaritan. Han tykte ikkje berre synd på

den sjuke, han gjorde noko praktisk for han (Martinsen 1989:15-16). Martinsen seier som Madeleine M Leininger (1988) at omsorg er ei grunnleggjande forutsetning for alt liv. Martinsen knyter omsorg til det faktum at me er avhengige av kvarandre. Avhengighet trer tydeleg fram i samband med sjukdom, liding og funksjonshemming. Omsorg er motsvaret på den fundamentale menneskelege avhengighet. Førforståing for den andre sin situasjon er ei forutsetning for å kunna handla omsorgsfullt. Denne førforståinga vil sjukepleiar opparbeida gjennom samvær med både den aktuelle pasienten og andre pasientar i liknande situasjonar. Martinsen meiner at ein best lærer å ta hand om sjuke gjennom vegleing av ein erfaren meister. Når Martinsen fokuserer på omsorg tek ho utgangspunkt i praktiske gjerningar, relasjon og moral (ibid.).

### **Omsorg som relasjon**

Martinsen meiner at omsorg er knytt til at menneske er avhengig av kvarandre. Dette er heilt grunnleggjande i menneske sitt tilvære. Ho meiner omsorg er eit relasjonelt begrep som beskriv det eine menneske sitt svar på den andre sin avhengighet, og som omfattar eit nært, ope tilhøve mellom to menneske (Martinsen 1989:14). Ho er på linje med den danske teologen og filosofen Løgstrup, og viser ofte til hans tankar. Han meinte blant anna at den enkelte aldri har med eit anna menneske å gjera utan å halda noko av den andre sitt liv i si hand. Me er kvarandre si verd, anten me liker det eller ikkje. Å vera menneske er å vera i relasjon til andre menneske (Løgstrup 1991:188). Det å vera avhengig og ikkje klara seg sjølv, vert ofte vurdert negativt i vårt vestlege samfunn, og sett opp mot idealet om å vera sjølvhjelpete. Dette meiner Martinsen (1989:43) kan ha samanheng med den nedvurdering av omsorg som er i samfunnet vårt.

For å forstå kvarandre, må det vera noko som bind oss saman i eit fellesskap, for eksempel felles normer, reglar, kultur, landsdel osv. Det dannar grunnlag for felles forståing for situasjonen (jf.kap.3.2). Denne felles forståing av situasjonen kan oppstå gjennom samhandling mellom den aktuelle pasient og pleiar, eller sjukepleiar kan ha med seg ei viss forståing inn i situasjonen, av di ho har møtt pasientar med liknande plager tidlegare.

Tilhøvet mellom pleiar og pasient er asymmetrisk på det viset at sjukepleiar ikkje kan venta seg noko attende som svar på omsorgsytninga. Ho bruker begrepet "generalisert gjensidighet" om denne form for omsorg. Noko som reflekterer forståinga av at alle menneske kan koma i ein situasjon der dei er avhengige av hjelp frå andre (Martinsen 1989:81).

### **Omsorg som praktisk handling**

Martinsen (1989:76) er oppteken av at omsorg er meir enn ei grunnhaldning. Denne haldninga må vise seg i praktiske handlingar som byggjer på ei heilskapsforståing av situasjonen. Ho meiner spesialisering kan vera eit hinder for heilskapstenking, og at ein bør tilstrebe å ta fatt i det enkle som pasienten kjenner frå sitt daglegliv, som vaskeklut, handduk, kam, tannbørste, tannkrem, skei, gaffel, kniv, putevar, dyner, laken osv. Ein pleiesituasjon bør gjerast så enkel som mogeleg. Ikkje bruka unødvendig mange framande gjenstandar og ord.

Martinsen (1996) meiner omsorg vert uttrykt gjennom ei grunnhaldning som er prega av at omsorgsytaren anerkjenner den andre ut i frå hennar situasjon. Haldninga viser seg i handrørsler, minespel og den måten ein snakkar på. Især den måten ein snakkar til andre på. Orda er gjennom talen knytt til kroppen. Meininga ligg i tonen me seier noko med. Den levande talen veks fram av sansingane og den praktiske pleien, såleis at desse to aktivitetane går inn i kvarandre og viser til kvarandre. Martinsen meiner som Løgstrup at vår konkrete, mangetydige og kjenslemessige kvardag ikkje kan uttrykkjast i vitskapen sitt språk, som tilsterber å vera permanent, eintydig og presist (Jensen et al. 1990a). På same vis som blick og kropp er knytt saman, er kropp og språk tett samankopla. Det naturvitskaplege språk, positivismespråket kallar Løgstrup for "intethetens grimasar". Det er eit språk reinsa for det sanslege og foranderlege. Han meiner at daglegspråket er rikare og meir presist (Martinsen 1993). Kommunikasjon er å våga seg fram for å bli motteken. Våga å vera open og sannferdig. Dette har ingen ting med blottlegging i ekshibisjonistisk forstand å gjera. Det tyder heller ikkje at ein vender innsida ut, men er uttrykk for at me er skapt slik at me alltid lever utlevert (Løgstrup 1991:26-27).

## Omsorg og moral

Det tredje konseptet er knytt til at tilhøve mellom menneske er prega av makt og avhengighet, og at moral er viktig når ein forvaltar makt og avhengighet. Sjukepleie som omsorg må byggja på moralsk ansvarleg maktbruk. Martinsen meiner moralsk skjønn lærer ein gjennom erfaring, diskurs og eksempellæring. Dette inneber innleving i situasjonen og fagleg vurdering basert på kunnskap om lidinga sine årsaker og tiltak som kan avhjelpe liding. Moralen er både emosjonell og rasjonell. Etikken gror fram i det kroppsfellesskap som alltid er til stades i konkrete, menneskelege situasjonar (Martinsen 1989).

Sentralt i Martinsen si sjukepleietenking er ansvar for dei svake, at me alle kan koma i ein situasjon der me er svake og avhengige av hjelp frå andre, og at me bør handla mot andre som me vil at andre skal handla mot oss. Ho meiner ansvaret for svake er grunnleggjande. Dette avspeglar eit kollektivistisk menneskesyn, og er i pakt med NOU 1987:23, om at helsevesenet bør prioritera svake grupper med kroniske somatiske og psykiatriske lidingar, psykisk utviklingshemma og pasientar med store pleiebehov (ibid.:42). Desse pasientane vert ofte ikkje friskare, trass i intensiv pleie, men gradvis sjukare og svakare. Omsorg for desse kallar Martinsen vedlikehaldsomsorg (ibid.:78). I eit samfunn der omsorg for svake er sentralt, vil ikkje konkurranse mellom menneske vera sentralt, det vil derimot fellesskapstenking vera. NOU 1987:23 har ikkje slått igjennom i Noreg.

Ho er oppteken av at me ikkje skal gripa inn for å forandra den andre sin situasjon, utan å anerkjenna vedkomande (Martinsen 1989). Omsorg meiner Martinsen er menneske si positive utfolding gjennom det gode. Dette er omsorg meir grunnleggjande enn verdiar tillagt kvinner, sjølv om det er heva over tvil at kvinner gjennom sitt arbeid har halde oppe og forsvart omsorg. Ho seier vidare, i pakt med Løgstrup, at omsorg er å vera konkret og nærverande til stades i eit forhold. Det er alltid å vera i rørsle frå seg sjølv til den andre (Jensen et al. 1990a). Ho meiner omsorg i nestekjærleik for sjuke og lidande menneske må vera ein vev av fagkunnskap og menneskeleg nærvær, uttrykt i eit aksepterande språk. Eit ope og undrande språk, lydhøyrte og varsamt. Det vil sei eit levande språk: Stemt, sanseleg, konkret,



nærverande og engasjert. Sjukepleie som sansande verksemd er sentralt i teorien (Martinsen 1996).

Tillit er å utlevera seg sjølv, våga seg fram for å bli teken imot. Martinsen meiner at den eine si utlevering er den andre si makt. Sjølvutlevering kan brukast til krenking, hån, sladder, audmjuking og avvising. Den kan og føra til det motsette, ved at den andre tek imot ein slik at ein kjenner seg oppmuntra. Me kan med andre ord bruka vår makt til å frigjera den andre sine livsressursar eller setja den andre fast i undertrykking. Som menneske er me sårbare av di all kommunikasjon og alt menneskeleg samvær er sjølvutlevering. Alle relasjonar er makttilhøve. Som sjukepleiar vert utfordringa å sjå pasienten i hans lidning og utleverte tilstand (ibid.).

I sjukepleien meiner Martinsen (ibid.) at der bør vera eit visst atterhald, men ikkje maktesløysa. Dette atterhaldet skal gje rom for å ta imot den andre, bli berørt av den andre, la den andre tre fram. Den som vert berørt kan vanskeleg herska over den andre. I atterhaldet erkjenner me at ikkje alt er i vår makt. Ho støttar seg til Løgstrup sine tankar om at kvart enkelt menneske er omgitt av ei urørlighetssone, ei slags fysisk, psykisk og sosial beskyttelsesone. Når ein vert innlagt på sjukehus, og ofte ikkje klarer å gjera elementære handlingar som å gå på WC, vaska seg, eta o.l., kan urørlighetssona verta truga. Dersom lege eller sjukepleiar brasar inn i denne urørlighetssona, når denne er aller mest sårbar, kan det føra til maktesløysa over å vera blotta og prisgitt på alle bauar og kantar. Både lege og sjukepleiar må vere varsame, så dei ikkje tek seg til rette på måtar som dei ikkje ville ha gjort i det alminnelege livet. Dette er ikkje noko enkel oppgåve, då urørlighetssona ikkje er lett å definera (Hansen 1998:39-40). Dette atterhaldet er å leva i motsetninga mellom å vera open og urørleg. Desse motsetningane smeltar saman ved at ein er oppriktig. Å vera oppriktig er ikkje å vera moralsk prektig, men å vilja den andre sitt beste. Når ein inderleg engasjerer seg i den andre, kjem skjønn inn i situasjonen. Skjønn skal halda oss fast så me ikkje vippar over i utartingar som for eksempel taktløysa, kjensleløysa og sentimental omsorg. Moralen må grunngjevast i konkrete situasjonar (Jensen et al. 1990a)



### 3.7 Forskingsetikk

Etiske vurderingar må vera implisitt i alle delar av forskingsarbeidet (Kvale 1997). Tema bør veljast, ikkje berre ut i frå den vitskaplege verdi forskingsarbeidet kan ha, men også med tanke på forbetring av den menneskelege situasjonen ein undersøker.

Ein må planleggje med tanke på informert samtykkje frå intervjupersonen (Bergsjø 1991). I den samanheng vert det utarbeidd eit skjema med informasjon og forespørsel om deltaking i studien. Pasienten må skriftleg erkjenne at han/ho ynskjer å delta (vedlegg d). Når pasientane gjev informert samtykkje, vil det bli understreka at dei kan trekkja seg dersom dei føler for det etter operasjon. Dei treng ikkje grunngje kvifor dei trekkjer seg.

I ein kvalitativ studie er det gjerne få informantar, av den grunn kan dei som vert intervjua lettare bli gjenkjent. Derfor lyt ein vera varsam med opplysningar som kan identifisera personen. Lydband, transkripsjonar og namn vil bli oppbevart i safe for å hindra at uvedkomande får tilgang på opplysningane. På sjukehus er det gjerne fleire pasientar på rommet. I slike høve vil intervju foregå på eit samtalerom.

Djuptgåande samtalar krev at me er vare for informanten sine grenser. Ein skal ikkje trengja seg på, overskride informanten sine grenser. Det kan bli eit etisk dilemma å ivareta informanten sin integritet, samstundes som me ynskjer mest mogeleg sannferdig utgreiing om emnet. Personen har rett til å setja eigne grenser for kva han vil snakka om, trass i at det strir imot forskaren si interesse. Me har ingen rett til å trengja oss inn i den andre sitt liv, berre vera i den opning den andre gir oss (Fog 1994:198,224,225). Eg vil heile tida prøva å vera var for desse grensene, ikkje vera påtrengjande, samstundes som eg vil prøva å laga opningar.

Det vil vera asymmetri mellom deltakarane i forskingsdialogen, på same vis som det er asymmetri i den kliniske kvar dagssamtalen. Det er ikkje ein dialog mellom vennar, men ein situasjon der pasienten vert beden om å fortelja om seg sjølv, utan å kunna forventast å få vita noko om forskaren sine opplevingar og oppfatningar.

Når ein bruker pasientane si tid i forskningssamanheng, er pasientane ofte motivert av di forskning kan koma andre pasientar til gode. I dette ligg det ei etisk fordring om å meddela, publisera det ein har forska fram til grupper som kan nyttiggjera seg forskinga. Målet mitt er å undervisa om og skriva om resultata i relevante fora og tidsskrift. Etiske dilemma ved publisering er at informantane les om seg sjølve, tolka og stempla. Ved publisering lyt ein tenkja på informanten, samstundes som ein lyt vera sannferdig mot det som har vore sagt. Dette kan bli eit etisk dilemma (Fog 1994:199). Forskjellen på ein forskningssamtale og samtalen i pleiesamanheng, er at pleie mottek pasienten av di han sjølv treng det, vil ha det. Forskingsintervjuet gir han fordi eg ber om det. Informanten har aldri bedt om å bli konfrontert med sin eventuelle inkonsistens eller sin dobbelmoral (ibid.:204). Kvale (1997) seier at intervjuet bør vera fortolka, verifisert og formidla attende til intervjupersonen når intervjuaren slår av bandopptakaren og reiser seg. Men er det etisk rett å konfrontera intervjupersonen med vår fortolking av vedkomande, når han ikkje har bedt om det? Det kjennest som overgrep å bli fortolka på måtar som står i motsetnad til eiga fortolking (Fog 1994:207,211).

## **4. Opplevinga av den kroppsnære pleierelasjonen**

I det flygjande vil eg presentera det deltakarane har sagt om den kroppsnære pleierelasjonen. Presentasjonen vil skje i form av tema, og med flittig bruk av pasientutsegn. Kvale (1997:188) seier at det bør vera balanse mellom sitat og tekst. Han meiner at sitata ikkje bør utgjera meir enn halvparten av teksten i eit kapittel. I denne presentasjonen vil det under enkelte emne vera overvekt av pasientutsegn, under andre vil det vera meir sjølvutklekt tekst. Ved bruk av sitat, må ein hugsa på å gje klart uttrykk for kva meiningar sitata skal kasta lys over. Lesar skal ikkje måtta gissa seg til kvifor det aktuelle sitatet er brukt. Ein måte å gjere dette på, er å presentera sitata saman med spørsmålet som utløyste svaret (ibid.). For det meste er pasientutsegn presentert utan det utløysande spørsmålet, men enkelte gongar har eg opplevd det nødvendig å ha spørsmåla med. Då har eg skrive Jeanne framfor spørsmålet.

Ved gjennomlesing av intervju, vart det naturleg å dela utsegnene i tre hovudtema: Praktisk kroppsnær pleie, å bli avkledd og pleiar sin veremåte i samhandling med pasient. Desse delte seg vidare i fleire undertema. Dei ulike tema er ikkje heilt avgrensa, fleire flyt over i kvarandre, men eg finn likevel tematiseringa fornuftig. Dei fleste undertema vil starta med eit sitat som eg opplever som representativt og oppsummerande for teksten som fylgjer. Kvar undertema vert avslutta med ein konklusjon. I kapittel 4.4 er det ei oppsummering av resultata, og sambandet mellom Martinsen sin omsorgsteori og resultata.

### **4.1. Praktisk kroppsnær pleie**

Det praktiske kjem til uttrykk i undertema som å få stelt seg på oppvakingsavdelinga, å få stelt seg på sengeposten, å vaska seg sjølv, stå opp av senga, hender, massasje, teknisk dugleik og nattlege aktivitetar. Det var stor variasjon i kor mykje hjelp pasientane hadde hatt bruk for etter operasjonen. Eg starta gjerne intervju med eit spørsmål om korleis det hadde vore å bli vaska og stelt etter operasjon. Mange kom då med ei positiv totalvurdering av pleien dei hadde motteke, og gav uttrykk for at dei heile tida hadde kjent seg velstelte:

*Føler eg har det godt, reine kler, nesten for mykje av det gode.*

*Det har vore ei hyggjeleg oppleving.*

*Nei, pleien er så god som den kan vera.*

#### **4.1.1 Å få stelt seg på oppvakingsavdelinga**

*Eg har aldri i mitt liv fått så fin service.*

På oppvakinga er det slik at ein samlar dei fire pasientane som har gjennomgått dei største operasjonane, i ein eigen seksjon. Der er det vanlegvis ein eller fleire pleiarar konstant til stades. Pasientar som har fått fjerna ein del av tjukktarm og/eller endetarm kjem under kategorien stor operasjon, og ligg vanlegvis i den omtalte seksjonen. Dei fleste av dei intervjuja pasientane hadde overnatta på oppvakingsavdelinga fyrste natt etter operasjonen, men fleire hugsar ikkje så mykje av det som skjedde der, heller ikkje at dei hadde blitt vaska og stelt. Dei som hugsar noko, opplevde det å bli pleia på oppvakinga som svært godt, trass i at dei var utslått etter operasjonen, trass i at der var diverse leidningar og instrument på kryss og tvers, så var totalopplevinga god, og hovudgrunnen til det såg ut til å vera kvaliteten på pleien.

Martinsen (jf.kap.3.6.1) meiner spesialiseringa kan vere til hinder for heilskapstenking. Pasientane sine opplevingar frå oppvakingsavdelinga, ein av dei mest spesialiserte og teknisk avanserte avdelingar på sjukehuset, understrekar ikkje hennar skepsis til spesialiseringa. Tvert imot ser det ut for at det er nettopp på denne avdelinga pasientane opplever den beste pleie. Personalet ved denne avdelinga er utdanna sjukepleiarar, mange har anestesi- eller intensivutdanning i tillegg. Dei har gjennomgåande lengre utdanning og erfaring enn dei som arbeider på ein vanleg sengeavdeling. Kan det vera at tilgjengelege sjukepleiarar med solid utdanning og lang erfaring, er ein nøkkel til god pleie? Pasientutsegna nedanfor kan vere uttrykk for det:

*Du veit at i starten kunne eg jo ingen ting gjera. Eg hugsar den vedunderlege måten du blir motteken på når du kom til deg sjølv. Det var heilt fabelaktig. Dei var ømme, varme og forsiktige. Litt klapping her og .. Det var heilt fabelaktig. Der var ei, eg har lyst til å helsa på henne igjen, altså. Ho stelte meg, og vaska meg, ho smurde meg og ho klappa meg.*

*Det var heilt fantastisk. Eg har aldri i mitt liv fått så fin service. Det var ein*



*mannleg sjukepleiar som var der nede. Han såg etter meg heile tida, så det synest eg var heilt utruleg. Det var ei dama der nede som vaska meg dagen etterpå. Det gjekk heilt fint. Hadde ikkje noko problem med det. Ho var lika grei ho og.*

*Dei var så rolege, så behagelege, det var veldig godt når dei stelte meg. Det var så koseleg. Dei hadde roen, følte at sjukepleiarane på sengeposten stressa på ein måte. Det at nokon stressar når du ikkje er frisk, det er eg veldig følsam for. Me hadde den kontakten. Det er litt med det der, kven det er som steller deg. Følte liksom den kontakten og så tryggleik. Dei var så rolege og behagelege, hadde så god tid, følte at du ikkje belasta nokon.*

### **Konklusjon:**

Høgteknologien og spesialiseringa ser ikkje ut til å vera til hinder for god kroppsnær sjukepleie, då pasientar som hugser noko frå oppvakingsavdelinga, meiner sjukepleien der var uallminneleg god.

#### **4.1.2 Å få stelt seg på sengeposten**

*Stellet her synest eg er aldeles ypparleg.*

Pasientane på oppvakingsavdelinga gav ikkje uttrykk for at spesialiseringa var til hinder for god omsorg. Det gjorde derimot ein pasient som fekk hjarteproblem nokre dagar etter operasjonen. Då opplevde han at verken legar eller pleiarar på kirurgisk avdeling kunne hjelpa han. Det kan vera uttrykk for at ein manglar kunnskap, eller at ein er så fokusert på det som har med operasjonen å gjera, at ein ikkje klarer å skifta fokus. På det viset vert spesialiseringa eit hinder for god omsorg. Dei fleste trong hjelp til å få stelt og vaska seg dei fyrste dagane etter operasjonen. Pasientane opplevde at det var forskjell på pleiarane, men gav likevel uttrykk for at det var godt å bli stelt, uansett kven som gjorde det:

*Dei vaska meg og stelte meg så godt. Det var verkeleg godt å få det gjort.*

*Det har vore godt å bli stelt. Å ta plasteret av er sjølv sagt ikkje godt, men den måten dei går fram på er, det er ein fin måte.*

*Eg synest det var godt. Eg hadde vel noko innabords.*

*Ja, til å begynna med, då synest eg det var herleg å bli vaska og skifta på. For det fyrste så sveitta eg mykje, også var det gjerne litegranne avføring. Nei, då*



*synest eg det var herleg, rett og slett godt. Det er absolutt godt, berre eg slepp å gjera det sjølv. Ja, det er jo sjølvsagt forskjell på alle, sant. Eg synest i alle fall synd på dei ei natt. Då flaut det over med diare overalt, og då måtte dei skifta på meg og vaska meg tre til fira gongar om natta. Då synest eg synd i pleiarane.*

Den sist siterte gav uttrykk for at pleiarane hadde vaska han og bytt på han utan å visa mishag på noko vis. Ein anna pasient som også var plaga med diare, seier i andre samanhengar at det er stor forskjell på pleiarane, men at det uansett er godt å bli stelt:

*Og enkelte dei er veldig varme og gode i det dei steller deg, og andre steller deg fordi du skal stellast. Det er veldig stor forskjell. Dei varme og gode er dei beste sjukepleiarane. Det er det ikkje tvil om, men det skal no noko til. Slutten på vaktene og trøtte kanskje... Og når du seier, stakkars dykk, det flyt med diare, så seier dei at det er jo derfor vi er her, for å hjelpa. Og eg har jo grudd meg for å ringja på. Det seier dei at eg ikkje får lov til å grua for. Treng du hjelp, så ringjer du. Det er godt å bli stelt uansett kven som gjer det. For når du ligg omtrent og flyt opp i dette (diareen), når du så får reint og kjem opp igjen i senga etterpå, då er du halvvegs til himmelen altså. Uansett kven som gjer det så er det godt å bli stelt.*

Ei fortel at den dagen ho blei innlagt vart ho mest på gråten, av di ho for fyrste gong i sitt liv opplevde å få hjelp. Tidlegare var det alltid ho som hadde hjelpt andre:

*Det var fantastisk .... å få varmepose til dei kalde beina.*

### **Konklusjon:**

Pasientane merka forskjell på pleiarane, men uansett tykte dei at det var godt å bli stelt. Ein pasient som fekk hjarteproblem, opplevde at personalet ved kirurgisk avdeling ikkje kunne gje henne den hjelp ho trong.

### **4.1.3 Å vaska seg sjølv**

*Vaska meg har eg heile tida gjort sjølv. Ikkje fordi eg er blyg.*

Eg blei overraska over kor kort tid det gjekk før dei fleste heilt eller delvis klarte å vaska og stella seg sjølv. Mange gav uttrykk for at dei grudde seg fyrste gongen dei skulle vaska seg sjølv, ofte framme ved vasken eller på badet. Dei var redde for at dei ikkje skulle klara det, trass i at dei visste pleiarane ville hjelpa dei om dei ynskte det. Mange hadde nok blitt liggjande i senga om ikkje pleiarane hadde sagt at dei burde

prøva sjølve (jf.kap.4.3.4). I etterkant gir fleire eksplisitt uttrykk for at dei er glade for at pleiarane så snart fekk dei til å stå opp og vaska seg sjølve.

Martinsen (jf.kap.3.6.1) meiner pleiesituasjonen bør gjerast så enkel som mogeleg. Pleiarane må ikkje bruka unødvendig mange framande ord og gjenstandar. Ho meiner ein må tilstreba å gripa fatt i det enkle som pasienten kjenner frå dagleglivet, som vaskeklut, handduk, tannbørste o.l. Studien tyder på at stell-situasjonen ikkje vart framandgjord, trass i at ein er uvand med sjukehussituasjonen, og ein har sår, bandasjar, venekanyler, dren, folykateret o.l. I og med at pasientane så snart stelte seg sjølve, vart situasjonen svært lik heimesituasjonen. Trass i at pleiarane sa at pasientane kunne få hjelp, bad dei sjeldan om hjelp til det dei kunne klara sjølve, sjølv om det kunne vera både problematisk og smertefullt. Dette kan vera uttrykk for fleire ting. For det fyrste ynsket om å bli frisk og uavhengig att, men det kan og vera uttrykk for at dei opplevde pleiarane så travle (jf.kap.4.3.1), at dei grudde seg for å be om hjelp. Martinsen er skeptisk til sjølvhjelpsideologien (jf.kap.3.6.1). Kan det vera at pasientane opplevde at det blei kravd at dei skulle klara seg sjølve, og at det var derfor dei grudde seg for å be om hjelp? Nedanfor seier pasientane noko om korleis det var å vaska og stella seg sjølv etter operasjon:

*Eg klarte å stella meg sjølv... Jo, det var vondt i såret. Eg sat på ein stol framfor vasken. Dei støtta meg opp. Eg var så svimmel at eg følte eg ville besvima, men det var godt å koma fram på den stolen.*

*Eg går ut på badet, står ved vasken, får utlevert handklede og vaskehanske. Har ikkje dusja etter operasjonen. Eg hadde fått hjelp dersom eg ville.*

*Beina stelte eg ikkje før eg var ute og dusja. Det gjekk ikkje så mange dagane. Dei støtta meg ut. Eg sat der på ein stol.*

*Eg trur det var ein gong ei som vaska ryggjen min. Så lengje eg kan klara det sjølv, så er det greitt nok. Eg har alltid klart meg sjølv. Eg synest dei har nok å ta seg ut av. Eg har jo kreftene til det. Nei, eg skal ikkje klaga på noko. Eg styrter meg på badet med ein handdusj.*

*Det har jo vore bandasjeskift, det har jo dei gjort, men det har ikkje vore noko vasking i den forstand. Dei har vaska ryggjen og beina. Nedantil har eg vaska meg sjølv.*

*Eg har klart meg ein god del sjølv. Dei støtta meg inn på badet. Der tok eg styrt. Bandasjane tålte det sa dei, så dei skifta ikkje bandasje etter dusjing, men venta med det til neste dag, for då skulle dei sjå på synga, og at eg ikkje*

*hadde pådradd meg brokk.*

Sist siterte sa vidare at det var vanskeleg å få innstilt dusjen på rett temperatur, og at det ikkje hadde samanheng med at han var klønete. Han seier meir om dusjsituasjonen :

*Det som var vanskeleg var handdukane dei har. Som forvaksne vaskeklutar. Så det sa eg at det burde vere nokon som var lenger, og i dag kom dei med nokon som var litt lenger, og mange, så eg kunne bruka det eg ville. Inne på sjølv dusjen, der er det ei sklifri matte. Så når du blir våt og trakk ut på golvet ved sidan av dusjen, så er jo det glatt, det var eg klar over, så eg kasta vaskekluten nedpå og trødde på.*

Neste pasient gav uttrykk for at han skulle likt at dei vaska ryggjen hans, men han ser at dei har det travelt:

*Men dei har vel eit travelt program, og ser vel kven som kan greia seg sjølv, så det forstår eg jo. Dei leverer jo ut medisin, sant, og så har eg jo måtta be om desse sprøytene, sant, og smertestillande og slikt. Dei er jo inne og spør om du har vondt, og så deler dei ut nattskjorte til deg, handduk og slikt å vaska seg med.*

Ei dame sa at ho helst ville vaska seg sjølv. Om ho ikkje klarte det sjølv, fekk pleiar gjera det. Pleiar måtte passa på å ikkje bruka for sterkt vatn. Ei anna fortalde at ho ikkje klarte å vaska rygg og bein. Pleiarane hadde sagt at ho berre måtte ringja på om ho ville ha hjelp, men ho tenkte at ho ville klara seg sjølv. Det måtte ho heima og. Det hadde gått over all forventning. Den dagen eg snakka med henne, hadde ho sjølv dusja og vaska håret. Det hadde ho opplevd som svært godt. Ein annan pasient var ikkje så positiv til dusje-/vaskesituasjonen:

*Det er ikkje kjekt. Det er berre å stå der og la det renna over deg. Du veit du blir litt sveitt både her og der. En ting er å dusja, men du veit du skal tørka deg etterpå og, og så er det ømt til tusen. Dei tilbød meg jo hjelp, men eg ville jo prøva meg, eg likar det der å dusja om morgonen.*

Venekanyler var ein gjenstand som ofte kom i vegen ved stell. Det verka som om det var litt tilfeldig om dei blei pakka inn ved dusjing. Enkelte opplevde at det ikkje var heilt enkelt å vaska seg når venekanylene på hendene ikkje var innpakka:

*Du er litt hjelpelaus på den måten at du får ikkje vaska deg som du vil. Det*



*var ikkje heilt enkelt det.*

Ei fortel at ho klarte å vaska seg sjølv, trass i venekanyler på begge hender. Måtte vera forsiktig så dei ikkje blei våte. Av og til blei bandasjen rundt kanylen våt, og måtte skiftast. Ho hadde ikkje hatt hanske på hendene. Det verka som om ein av pasientane dusja med venekanylen i elastisk strømpe. Når eg spurde om kanylen ikkje blei våt, sa han at det låg plaster på den. Han sa vidare at dei to siste gongane fekk han ein hanske som blei plastra att.

### **Konklusjon:**

Pasientane var glade for at pleiarane så raskt fekk dei til å vaska seg sjølve, trass i at dei grudde seg fyrste gongen. Fleire gjekk dagleg i dusjen. I den samanheng kom det fram ynskje om større handdukar og ei gummimatte å trø på. Venekanyler på hendene kom i vegen når pasientane skulle vaska seg. Det gjekk greitt når det vart trekt ein plasthanske utanpå, og denne blei plastra att.

#### **4.1.4 Å stå opp av senga**

*Eg måtte bruke litt tid. Dei hadde det gjerne så travelt.*

Fyrste gongane ein skal stå opp av senga etter operasjon, er det vanleg at ein treng hjelp. Slik var det for dei fleste pasientane i denne studien også. Ved planlagde operasjonar får pasientane vanlegvis undervisning før operasjon, av ein fysioterapeut, som lærer dei korleis dei best mogeleg kan koma seg opp etter at dei er operert. Det var tydeleg at fleire av pasientane i studien brukte teknikken med pute på magen og så rulla seg opp. Martinsen (jf.kap.3.6.1) meiner omsorg er eit relasjonelt begrep som beskriv det eine menneske sitt svar på den andre sin avhengighet. Kroppsleg berøring ser ikkje ut til å vera godt når ein er i utakt med kvarandre, og ufølsam for den andre sine behov. Ulike opplevingar av å stå opp:

*Det var like vondt når dei skulle hjelpa meg. Du måtte med puta på magen finna ei stilling og prøva å lirka det til. Men den fyrste gongen eg skulle opp, då måtte dei visst vera to. Då var eg jo så svimmel. Då hadde eg fått den der sprøyta. Då gjekk liksom alt rundt. Det var ikkje spøk å reisa seg opp då.*

Ein pasient som hadde sår og mange suturar kring endetarmsopninga, gir uttrykk for at han var litt "ullen" i beina fyrste gongen han stod opp, men han hadde ikkje smerter. Det fekk han derimot ein annan gong når han skulle stå opp. Då var både sjukepleiar og fysioterapeut der for å hjelpa han. Det var tydeleg at situasjonen med to ivrige hjelparar hadde stressa han, og han hadde forhasta seg:

*Det vart litt voldsomt. Eg akte meg litegrann fram for å koma opp. Det gjorde veldig vondt, og det slit eg med enno.*

Ein pasient tykte det var godt at ein sterk mann hjelpte han opp, noko som ikkje alltid var mogeleg. Etter kvart fekk han ein slags teknikk sjølv:

*Det var så vondt, eg måtte bita tennene saman, så fekk eg ei puta og la under der, og sidan så rulla eg meg opp på ein måte. Eg fekk ein slags teknikk der. Og no er det jo mindre smerter.*

Ei gir uttrykk for at det å stå opp ikkje hadde vore bra. Ho seier noko om at ho ikkje har krefter, og at det er vondt uansett kven som hjelper. Får nokre piller som ho trur hjelper litt. Det har vore lettare å stå opp dei siste dagane. To av pasientane uttaler at dei har stått opp åleine heile tida etter operasjonen:

*Jeanne: Dei fyrste dagane du skulle opp. Det klarte du deg vel ikkje åleine?*

*Jau, det gjorde eg no. Det var ein som viste meg korleis eg skulle gjera det, men eg har no lest meg til det meste. Men vondt er det.*

Ei oppgir at ho ikkje kan hugsa at det var nokon forskjell på kven som hjelpte henne opp :

*Dei var flinke. Dei var veldig greie altså.*

Ein gav uttrykk for at han sakna eit sengeband til å dra seg opp etter. Ei kvinne sa at ho tykkjer det er godt no når ho klarer seg utan hjelp, men ho er samstundes svært glad for at dei hjelpte henne, for ho hadde ikkje klart å koma seg ut av senga utan hjelp:

*Det var jo vondt, men eg har jo lært desse øvingane, med pute på såret. Når eg hadde lært dei øvingane, så synest eg det gjekk greitt. Dei har hjelpt meg*



*med begge delar, men no klarer eg begge deler sjølv: Både å koma opp i og ut av senga. Nokre av pleiarane har dårleg tid, og dei tek kanskje begge beina på en gong. Nei, dei må ta det roleg. Eit bein om gongen, og så gjer dei det då.*

### **Konklusjon:**

Dei fleste pasientane i studien var avhengige av hjelp for å koma seg opp av senga den fyrste gongen. Kor lenge dei trong hjelp varierte. Dei fleste tykte det var vondt å stå opp, anten dei fekk hjelp eller klarte seg åleine. Fleire gav uttrykk for at dei tykte pleiarane var for hastige når dei skulle stå opp, og det auka smertene.

### **4.1.5 Pasientar som trong lenger tid for å bli sjølvhjelpete**

*Tidleg i veka begynte dei å snakke om at eg skulle heim, det takla eg ikkje.*

Martinsen (jf.kap.3.6.1) er skeptisk til sjølvhjelpsideologien, som ho meiner er eit utslag av positivisme-tenkinga i faget. Denne tenkinga meiner ho ikkje er tilpassa dei svakaste sine behov. Sjølvhjelpstenkinga i faget, opplever eg som ei avspegling av samfunnet me lever i, eit samfunn som både pasientar og pleiarar er ein del av. Denne studien tyder på at pleiarane i stor grad klarer å tilpassa pleien til den enkelte. I startfasen etter operasjon får pasientane mykje hjelp, etter kvart avtek det. Dei fleste pasientane friskna snart til att, og opplevde då at det var godt at pleiarane hadde fått dei så snart i vigør, godt å vera uavhengige igjen. Det kan sjå ut for at pasientane som hadde saktare progresjon enn forventa, ikkje alltid opplevde pleien tilpassa deira behov. Dette understrekar Martinsen sin teori om at sjølvhjelpsideologien ikkje er tilpassa dei svakaste sine behov.

Ein pasient fortel at personalet har vore svært ivrige etter å få han opp av senga, medan han sjølv ikkje har følt seg sterk nok. Det hadde tydelegvis vore diskusjon om dette. I etterkant, når det var teke ein del blodprøvar, hadde lege og pleiar gitt uttrykk for at dei hadde teke feil. Dei forstod kvifor han ikkje hadde klart å koma opp. Det var visst "ingen prøvar som stemte", alt var i ulage. Han sette pris på at dei hadde kome attende og sagt at dei hadde teke feil. Når det blei snakk om heimreise, var han og personalet også av ulik oppfatning. Han meinte absolutt ikkje at han kunne dra heim på det tidspunktet pleiarane og legane foreslo:

*Tidleg i veka begynte dei å snakka om at eg skulle heim, og det takla eg ikkje. Då fekk eg, eg vil ikkje kalla det eit samanbrot, men eg var ikkje god, og då prøvde eg å fortelje det til den eine og den andre, men dei trudde liksom at det berre var å hiva meg ut, så eg sa til kirurgen; Er det da kirurgar gjer, spretter opp folk, opererer og hiver ut folk? Det er jo kroppen min. Ja, det er rett det, sa kirurgen. Me har forstått at me har takla deg feil. Ja, men det var hyggjeleg sa eg. Det kan vera at eg er den som kjem til å bli her lengst av dei som har hatt denne operasjonen, for eg reiser ikkje ut før eg er bra.*

### **Konklusjon:**

Enkelte trong hjelp lenger enn legar og pleiarar forventa. Desse kunne kjenna seg overkøyrde om ikkje pleien blei innretta etter deira tilstand og tempo.

### **4.1.6 Hender**

*Ei av dei som går her har hatt dei varmaste og flottaste hender.*

Martinsen (jf.kap.3.6.1) meiner at omsorg vert uttrykt gjennom ei grunnhaldning som er prega av at omsorgsytaren anerkjenner den andre ut frå hennar situasjon. Haldninga me har til pasientane meiner Martinsen blant anna viser seg i handrørsler. Ein av informantane seier at det er lika godt uansett kven sine hender som steller henne, samstundes som ho seier at det ikkje er det same kven som vaskar henne. Det kan vere uttrykk for at det er andre ting enn hender som er vesentleg for henne i stellsituasjonen. Ein sa at han merka forskjell på kven som hadde handlag, og kven som ikkje hadde det. Ein annan sa at han ikkje hadde tenkt over korleis hendene til dei som tok i han var. Nokre utsegn om hender:

*Kjenner jo forskjell, veit du. Forskjelleg handlag. Nokon gode og andre mindre gode. Eg reagerer jo på korleis dei er. Dei beste hendene er verken for harde eller for lause. Har ikkje tenkt på at dei har ulike hender. Er det ikkje innlærte grep?*

*Eg må innrømme at ei har hatt nokre fantastiske hender. Vedkomande har ikkje hatt noko med stell av meg å gjera, men eg har kjent det når ho skal stikka og ..*

*Det har vore litt forskjell på det. Det er dei som har sagt at eg må unnskylda, for dei er litt kalde på hendene, men andre har vore heilt fine.*

*Jeanne: Er det ubehageleg når dei er kalde?*

*Nei, eg veit ikkje, litt kanskje, når dei er kalde og kjem inn på varme kroppen, så reagerer du alltid litegramm. Stort sett er dei forsiktige. Dei har teke omsyn til det som er gjort med meg.*

Ein fortel om ei hand å halda i:

*Nei, eg vet ikkje eg, men eg hugsar sist eg var operert, då vakna eg og kom til meg sjølv på kvelden eller natta. Seglduken (forhenget rundt senga) var trekt for. Eg låg og såg i taket og på veggane og på den seglduken der. Kvar er eg? Eg var jo helt vekke, og då tilfeldigvis kom ein av pleiarane inn for å sjå korleis det var med meg. Om det var medvite frå hennar side eller... men ho heldt i handa mi, og det var godt. Då stoppa det der rommet å gå rundt. Eg trur ho var inne hjå meg ein, to, tre, fire minuttar, slik at eg kom meg "ned igjen". Så ei hand å halda i, det er veldig godt, veldig godt, for dei som er nyopererte og tek til å koma til seg sjølve att.*

### **Konklusjon:**

Dei fleste pasientane merka forskjell på ulike pleiarar sine hender, men det var ikkje lika lett for alle å utdjupa temaet. Dette kan ha samanheng med at mange stelte seg sjølv relativt kort tid etter operasjonen. Det kan og vera uttrykk for at den totale veremåten til pleiarane var viktigare for pasienten, enn korleis dei brukte hendene (jf.kap.4.3.8). Ein pasient fortel om korleis ei hand å halde i, kan vera med å stoppe forvirringstilstandar.

### **4.1.7 Massasje**

*Det kunne eg verkeleg ha tenkt meg.*

Eg spurde pasientane om dei ville likt å bli massert på føter og rygg. Det var ingen av pasientane som hadde opplevd å bli massert av pleiar. To av åtte mannlege informantane gav uttrykk for at dei ikkje ville likt å bli massert. Dei utdjupa ikkje kvifor. Bortsett frå desse to mennene, var pasientane i studien positive til massasje. Dei gav ikkje uttrykk for at dei ynskte massasje av di dei fekk for lite hjelp i stellet. Det verka heller som om tanken på massasje var knytt til velvære, det å oppleva noko godt. Sagt om massasje:

*Ja, absolutt, det ville ha vore kjekt, viss det ikkje er for gale så. Det kunne eg godt tenkt meg.*

*Det er jo godt og avslappande, det er jo godt.*

*Eg har ikkje fått noko massasje, om dei hadde gjort det, så hadde det berre vore godt.*

*Det hadde kanskje vore godt.*

Ein av pasientane var plaga med ryggmerter etter operasjonen, og i den samanheng sa han:

*Ein gong kom det ein fysioterapeut og rubba liksom heile ryggjen, og det var veldig godt.*

Ein av pasientane hadde med seg sin eigen hudkrem som han smurde på kroppen, pleiarane hjelpte med ryggjen, men dei smurde berre på. Masserte ikkje. Han opplevde at det har dei ikkje tid til. Ein annan var blitt så tørt i huda, og hadde fått utslett, etter at han hadde vaska seg fire gongar med desinfiserande såpe, reingjeringsrituale før operasjon. Det var godt å bli smurt på ryggjen av pleiar med ein hudsalve, men han opplevde aldri å bli massert.

### **Konklusjon:**

Studien viser at mest alle pasientane ville likt at pleiarane masserte dei på rygg og føter, men ingen hadde opplevd at det blei gjort.

### **4.1.8 Teknisk dugleik**

*Å få klyster var det verste med heile operasjonen, og det er stor forskjell på dei sprøytene.*

I samband med operasjon, får pasientane innlagt diverse røyr og leidningar i kroppen, dessutan lyt dei fleste få sprøyter av ulike slag. I det fylgjande seier deltakarane noko om korleis dei opplevde den kroppsnære pleierelasjonen i samband med sprøtestikk, venkanyler, duodenalsonde, klyster og fjerning av dren. Dei fleste får klyster før dei

vert operert i tarmen. Trass i at denne studien handler om pleien etter operasjon, tek eg med fylgjande historie om klyster, av di den så tydeleg får fram ulike måtar å gjera same prosedyre på. Eg opplever at historien har stor overføringsverdi til prosedyrar som vert utført etter operasjon og:

*Eg sa det til ho der dama, at det må vera voldsomt gamaldags desse greiene her. Den sonden som dei skal stikka inn. Han var jo forsyne meg så lang (viser med hendene) og så stiv som ein kjepp. Han burde jo vera meir fleksibel, så han kunne fylgd tarmen, sant. Men det der var jo akkurat som eit kosteskafte som dei køyrde inn i enden på deg. Om dei nådde den der svulsten, at det var det som gjorde så jæveleg vondt, det veit eg ikkje, men det var vondt altså. Men det viste seg det var forskjell der og. Du kvidde deg veldig til neste gong, men så kom der ei anna dame, og ho hadde ein heilt anna tek til å få det inn, uten at det gjorde så vondt. Ho starta med å røra på dei der greiene (sonden) heilt frå starten av... Ho var mykje hendigare enn ho andre, eg trur ho hadde noko salvar og greier, og så rørte ho på den heile tida. Men ho fyrste køyrde på som ein staur inne i der.*

Begge pleiarane som hadde gitt han klyster var kvinner, og litt eldre enn gjennomsnittet på avdelingen. Noko som skulle borga for både livserfaring og omsorgserfaring. Ovanfor nemde historie kan tyda på at alder og erfaring ikkje er nokon garanti for god pleie.

Dei fleste pasientane hadde fått smertelindring via epiduralkateter. Når dette kateteret var fjerna, måtte dei vanlegvis ha smertestillande sprøyter nokre dagar. Det varierte mykje kor mange sprøyter dei hadde fått. Fleire hadde fjerna epiduralkateteret nokså tidleg, av di det berre virka på eine halvdelen av kroppen. Desse gjekk så over til å få sprøyter. Samtlege oppgav å ha fått smertestillande sprøyter i ein lårmuskel. Opplevingar kring sprøytesetting:

*Han var veldig flink altså. Han gjorde det så forsiktig, dei andre, berre pang ned, og det gjorde vondt.*

Overfor siterte pasient trudde at pleiar løfta opp huda før han stakk.

*Dei knip i muskelen, og så bruker dei kraft. Det går så vanvittig fort at du merkar det nesten ikkje. Og så er det så godt etterpå.*

*Enkelte dei er jo veldig flinke og nemnsame, medan andre dei held jo på å stikka både tre og fire gongar. Du skal jo vera nokså medviten når du gjer det.*



Ein pasient fortel at ho har merka litt forskjell på kven som har sett sprøytene, men stort sett har dei vore flinke. Ho meiner at dei berre stikk rett inn, utan å løfta huda opp. Det går fort. Ho gruer seg ikkje for å bli stukken, og føler ikkje at spissen går heilt inn til beinet. Ho får ikkje noko vondt i etterkant. Ein av dei mannlege pasientane opplever å bli stiv i låret ei stund etter injeksjon. Frå tidlegare har han erfaring for at det er stor forskjell på å få sprøyter:

*Eg får jo muskulære sprøyter, dei skal jo gjennom muskelen og helt inn i beinet. Det er honen ikkje lett. Det gjer vondt.*

*Jeanne: Er det vondt uansett kven som gjer det?*

*Ja, sprøyta skal helt inn den, og det er vondt.*

*Jeanne: Går dei inn i beinet kvar gong?*

*Ja, eg har i alle fall inntrykk av det. I alle fall inn til beinet då. Sist eg var operert så hadde eg ikkje anna å gjera enn å telja kor mange sprøyter eg fekk i låret. På 13 dagar fekk eg 73 sprøyter. Over 60 i høgre lår. Eg spurde fleire gonger om dei ikkje kunne byta, men dei gjorde ikkje det. Det gjekk no vel eit halvt år før eg kunne gå skikkeleg på foten igjen. Eg hadde veldig vondt i foten, i låret.*

Han seier noko om at denne gongen har det gått svært greitt å få sprøyter. Pleiarane set dei på det låret han vil ha dei på. Han opplever at det er han som bestemmer. Det minner meg om Martinsen (jf.kap.3.6.1) sine tankar om at der bør vera eit visst atterhald i pleien, slik at den andre får tre fram. Ein annan pasient om sprøyter:

*Det er litt irriterande å få sprøyte i låret. Det gjekk no nokså bra. Dei lette no og fann ein plass å stikka inni mellom musklane der, på utsida (av låret). Dersom ikkje muskelen er slapp, så kan det vera vondt. Det er litt forskjell på kven som set dei. Enkelte er jo flinke og andre er mindre flinke. Det har med fingerdugleik å gjera. Dei set det rett inn, forsiktig, utan å løfta opp huda. Når du slår ei nål rett inn i, då kjenner du ikkje så mykje.*

Den ovanfor refererte pasient meinte det var best når sprøyta vart sett raskt rett inn. Ho likte ikkje når dei var forsiktige. Heime undersøker ho blodsukkeret sjølv, og det er ikkje vondt, medan stikk på sjukehus ikkje er godt. Dette kan vera uttrykk for at pleiarane har dårleg stikketeknikk, stikk i følsame områder, at spissane heime er finare

eller at det å ha kontrollen sjølv reduserer smerte:

*Det går så fint, eg kjenner det mest ikkje når eg stikk meg sjølv heime. Pussig, her på sjukehuset er det så vondt å bli stukken. Eg kvier meg kvar gong.*

Ein seier at han berre har fått blodfortynnande sprøyter i armen, og at det ikkje er nokon forskjell på kven som set dei. I samband med operasjon, får alle pasientane inn venekanyler. Det er fleire som gir uttrykk for at dei ikkje hugsar korleis det gjekk til at dei fekk inn kanylen. Ein del trudde at dei hadde fått den innlagt ved narkose:

*Og så hadde dei gjort klart med kanyler rundt omkring som forsynte meg med mat og intravenøst, og det var gjort i en situasjon som eg ikkje registrerte.*

No er det slik at alle pasientar får venekanyler før narkose. Det at pasientane ikkje hugsar så mykje av kanyleinlegginga, kan vere uttrykk for at det ikkje har vore så smertefullt. Men der var ein del som hadde klart i minne korleis det var å få innlagt venekanyle. Ein mann som ofte, også ved tidlegare innleggingar, har hatt venekanyler seier:

*Eg ser jo at det ikkje er alle som kan det der. Dei har nokon som er flinke, og nokon som er mindre flinke. Jentene dei er litt for forsiktige. Gutane stikk betre. Dei er ikkje så forsiktige.*

Ein annan mann som har vore avhengig av venekanyler til blodoverføring seier:

*Det er litt vanskeleg, for dei finn ikkje årene, og så legg dei inn så tynne nåler at blodet ikkje går igjennom, stoppar opp, så måtte dei skifta. Og så kom der ein mann, og han fann ein annan plass, og då gjekk det inn så det suste.*

Trass i at han nemner ein mann i dette eksempelet, opplever han ikkje at det er forskjell på menn og kvinner med omsyn til kanyleinlegging.

Det var nokre av pasientane som ikkje hadde hatt innlagt dren, og der var ei som uttrykte at ho ikkje kjente noko vondt då dei fjerna drenet, men elles var drenfjerning knytt til vonde kjensler:

*Men då ho skulle ta det ut, då var det felt, det var det verste punktet. Eg skrik sa eg. Ja, sa ho, og så tok ho berre halvparten. Ta resten sa eg, og så gjorde*

*ho det, og det var vondt. Men det var vel ikkje nokon annan måte å gjera det på.*

*Litt vondt å fjerna. Hadde ikkje trudd at det var så langt som det viste seg at det var når ho begynte å slita i det.*

Ein pasient seier at dren har han ikkje hatt denne gongen, men det hadde han sist då han var operert på halsen:

*Eg trudde at dei skulle slita hovudet av meg då dei fjerna drenet.*

Mange kunne ikkje hugsa korleis det var å få innlagt duodenalsonde, då den var innlagt under operasjonen, men det var ein som fekk innlagt duodenalsonde etter operasjonen, som hugsa det godt. Denne pasienten hadde i tillegg kjende hjarteproblem:

*Den sonden, det var heldigvis berre den dagen eg skulle på røntgen, gud skje lov, det var grusomt. Det begynte jo med at eg ikkje hadde fått noko mat. Eg hadde jo veldig hevelse i magen då. Eg fekk ikkje nokon ting ned, og eg skulle på røntgen, og var så trøytt, hadde forventa å få kvilt meg litt den dagen, og så stod det to søstrer der då, og sa at eg skal på røntgen. Det blir litt tøft dette her, du må drikka dette (store mengder kontrastvæske). Kva for noko sa eg, skal eg drikka noko? Og så var eg så kvalm. Å kjære vene, dette klarer eg ikkje, det kan eg seia med ein gong. Då får du ein sonde ned i magen. Eg visste ikkje kva ein sonde var for noko, eg, veit du. Og det var jo problematisk å få den ned, vondt og vanskeleg i nasa. Ja, ja, eg fekk den no ned. Det var no veldig vondt. Det var no det, og så skulle eg liggja på sida ein time før eg skulle ned på røntgen. Så låg eg der utanfor røntgen og venta ein time før eg kom inn, og det var ein påkjenning. Eg låg der og kaldsveitta (jf. hjarteproblem) så håret var heilt kliss vått, og så var eg inne på røntgen, Dei var veldig greie. Når dei var ute og skulle sjå på dei der bilda, og eg låg der åleina og kasta opp... eg følte at eg blei kvalt, at eg skulle dø der og då. Og heldigvis kom dei inn og spurde kva som skjedde, og då fekk dei reist meg opp, og så fekk dei tatt ut den der sonden. Då hadde eg det altså så vondt.*

Overfor nemde historie fortel ein del om kor plagsamt det kan vera å få innlagt og å ha duodenalsonde. Den viser og at det er viktig å bruka ord og uttrykk som pasienten kjenner (jf.kap. 3.6.1). Denne pasienten visste ikkje kva ein sonde var for noko. Typisk nok spurde ho heller ikkje om kva det var. Ein kvier seg kanskje for å avdekkje si vankunne, eller ein orkar kanskje ikkje, veit ein må igjennom det likevel. Pasienten opplevde at personalet som arbeider på den spesialiserte røntgenavdelingen forstod hennar problem og dei hjalp henne med snarast å få fjerna sonden. Vanlegvis ville ein ha venta med det til pasienten kom attende til avdelingen, og ein hadde konferert med



kirurgen. Dei forstod kor plaga ho var, og handla der og då. Problemet med røntgenopphaldet var dessutan at ho blei liggjande lengje å venta før undersøkinga. I det tidsrommet er ein ofte heilt åleine, og det er ingen ringjeklokker i nærleiken. For denne pasienten som hadde kjende hjarteproblem og som låg og kaldsveitta, kan ventetida åleine vera direkte livstrugande. Dette er eit svakt punkt i det spesialiserte sjukehussystemet. Om pasientane ikkje har hjarteproblem, så kan det vera at dei treng hjelp til enkle ting som å koma seg på WC o.l., men det vil vera tilfeldig om dei får hjelp når dei treng det, dersom dei ligg på gangen og ventar på å bli undersøkt eller å bli henta attende til avdelinga. Problemet kan lett avhjelpast ved at ventande pasientar får utlevert bjøller, eller at det vert installert ringjeklokker, både inne på og utanfor røntgenstovene.

### **Konklusjon:**

Studien viser at både klyster, duodenalsonde, sprøyter, venekanyler og dren fjerning er kroppsleg nærkontakt som ofte medfører smerter og ubehag. Spesielt historien om klyster, viser at måten ulike tekniske prosedyrar vert utført på, er heilt avgjerande for korleis dei opplevst. Historien om sondenedlegging viser kor viktig det er å bruka ord og uttrykk som pasientane kjenner, og forklara godt kva ein gjer. Studien viser dessutan at venting på røntgenavdelinga kan vera direkte farleg, då der verken er ringjeklokker eller bjøller. Sondehistorien viser at kyndig personale som forstår alvorret i situasjonen og handlar raskt og rett, er heilt avgjerande i kritiske situasjonar.

#### **4.1.9 Nattlege aktivitetar**

*Det er jo mykje betre når du har fått kvilt, det er jo ting som skjer når du sov og.*

Om nettene skal menneske helst sova, slik er det på sjukehus og. Pleiarane bør halda seg vakne, men pasientane bør i størst mogeleg utstrekning få ro og søvn. Dei som er innlagde på sjukehus er ofte svært sjuke, og må ofte overvakast om natta og. For å overvake ein sjuk, er det ofte nødvendig å vera nær den sjuke og ta på den sjuke. Ein av pasientane meiner at medpasientar ikkje har halde han våken, heller ikkje teknologien (automatisk blodtrykksmålar), medan pleiarane vekker han når dei skal måla blodtrykk manuelt, og når dei steller medpasientar:

*Ja, men du veit dei første nettene så søv du jo ikke på grunn av at dei luskar seg inn til senga her kvar time. Blodtrykk og så er dei så jækleg stille at du vaknar av at dei er stille. Eg ligg og søv, og så merkar eg at det er folk som kjem. Eg sa til den eine som kom at ho måtte bråka litegrann. På oppvakingsavdelingen her oppe (same kveld som han var operert) der har dei jo eit automatisk blodtrykkdapparat til å måla, så den kom jo inn av seg sjølv. Den starta, pumpa opp og pumpa ned, og det gjorde ingen ting. Eg registrerte at det skjedde, men så sov eg. Men når dei rulla den der blodtrykksmansjetten rundt armen, og heile opplegget, så der er jo heile problemstillinga: At dei er så jæveleg stille at du vaknar av det. Dei gjorde det faktisk heilt fram til natt til søndag (dvs. fire netter). Ikkje kvar time då, men slik fire gongar om natta, og så var det pulsen, og så var det kor mange gongar eg pusta. Og så sovnar du igjen, og så skjer nøyaktig det same.*

*Jeanne: Men dei siste nettene, då har du vel sove godt?*

*Ja, da, men du veit plutselig så er det fleire som styrer med naboen. Han skal gjerast klar til undersøkingar neste morgon.*

Ei kvinne sa at ho merka av og til at pleiarane luska rundt, og kom heilt bort til senga om natta, men ho brydde seg ikkje om det. Ein av pasientane seier at dei fyrste døgn når dei tok blodtrykk o.l. av henne om nettene, var ho så dopa at ho sovna straks att. Ein seier at han stort sett har lagt på einerom og sove bra. Sjølv om pleiarane har kome inn og undersøkt puls, blodtrykk o.l., og han har blitt vekt, så opplever han å ha sove godt:

*Du har jo så god tid til å sovna igjen.*

Fortel så om ein gong tidlegare han hadde vore innlagt:

*Sjukepleiaren var så fin på handa at ho hadde skifta heila dette batteriet (tek på venekanylen på handa). Merka det ikkje, såg det neste morgon.*

Det var fleire som klaga over at dei ikkje fekk sova, men det var ikkje berre pleiarane sine aktivitetar som førte til søvnproblem. Ein hadde frå før vonde bein som hindra han i å sova. Ein var uroa av medpasient som var nyoperert og kasta opp. Ein vart uroa av to medpasientar som var uklare og snakka og ropte store delar av natta. Ein vart rett og slett ikkje søvning. Sov verken dag eller natt. Ei sa at ho alltid hadde hatt det slik at ho ikkje fekk sova borte. Det ville ikkje hjelpt så mykje å gje henne einerom. Ei av pasientane fekk intravenøs væsketilførsel om natta. Dette medførte at ho ofte måtte



fram på WC, og nattesøvn vart det lite av.

Eg måtte fleire gongar utsetje intervju av di pasientane ikkje hadde sove, og dermed kjende seg uvel, uopplagde og slitne. Tre pasientar som fekk lite søvn, var dei same som dei som fekk mest komplikasjonar. Dei fleste eg intervjuar var klar for heimreise vel ei veke etter operasjon. Desse tre som oppgav å ha fått sove lite, var innlagt i fleire veker. Den eine av dei var heilt overtydd om at manglande kvile og søvn hadde medverka til komplikasjonane vedkomande opplevde.

### **Konklusjon:**

Studien tyder på at det er svært individuelt kva som er plagsamt om natta og hindrar nattesøvnen, og at det er viktig å verkeleg finna ut om pasientane får kvilt seg og sove. Studien kan tyde på at dei pasientane som ikkje får kvilt og sove tilstrekkeleg, bruker lengre tid på å friskne til etter operasjonen. Studien viser at kroppsnære pleieaktivitetar er ei av fleire årsaker til at ein del pasientar søv lite.

## **4.2 Å bli avkledd**

Pasientane sine opplevingar av å vera avkledd kjem fram i undertema som forlegen, ung eller gamal pleiar, mannleg eller kvinneleg pleiar, nærvær av pårørande ved stell, og nærvær av medpasientar ved stell. Den nyopererte treng ofte hjelp som krev overskriding av normale sosiale normer og reglar. Ein vert avkledd og vaska på dei mest intime kroppsdelar. Ein vert utlevert til pleiar. Martinsen (jf.kap.3.6.1) seier at den eine si utlevering er den andre si makt. Ho seier vidare at sjølvutlevering kan brukast til krenking, hån, sladder, audmjuking og avvising. Den kan og brukast til det motsette, ved at den andre tek imot ein slik at ein kjenner seg oppmuntra. Me kan med andre ord bruka vår makt til å frigjere den andre sine livsressursar eller setja den andre fast i undertrykking. Som menneske er me sårbare, av di all kommunikasjon og alt menneskeleg samvær er sjølvutlevering. Alle relasjonar er makttilhøve.

### **4.2.1 Om pasientane vert forlegne**

*Dei har vore forsiktige. Dei dekker over etter kvart.*

Å vaska og stella kroppen er aktivitetar som ein ofte utfører i ein rom, eller berre i nærleik av personar ein kjenner svært godt. Det verka som om det å bli avkledd var naturleg i sjukehussamanheng. Kanskje det til ein viss grad kan samanliknast med å dusja i offentlege bad saman med mange ukjende. I den samanheng vert det naturleg å vera naken. For ein nudist er det naturleg å vera naken på nudist-badestrand men unaturleg på jobb. Situasjonen ser ut til å vera viktig for opplevinga av å vera avkledd. Alle situasjonar har sine normer for oppførsel. Når ein er så sjuk at ein ikkje klarer å vaska seg sjølv, er ein samstundes ofte så medteken at kroppsspleie som elles ville vore unaturleg, vert god. Ei som seier at ho føreåt hadde tenkt på korleis det ville bli at andre vaska henne over det heile, sa:

*Nei, når ein er sjuk, så er ein sjuk. Og dei er jo vande til det. Det gjekk kjempegreit det (kvinne).*

Andre utsegn om å bli avkledd og stelt:

*Og så er det jo når dei nærmar seg litt omtålege områder, då så er dei jo i og for seg nokså diskre. Men samstundes gjer dei det dei skal. Eg er blitt såpass gamal no att det skulle ikkje vera noen grunn for det å vera forlegen (mann).*

*Det gjekk over all forventning. Dei vaska meg over det heila (mann).*

*Eg synest ikkje at det er ubehageleg, for dei damene som eg har hatt kontakt med har vore så profesjonelle. Ja, nesten for profesjonelle, nær sagt. Veldig høflege, varsemd og godleik. Det kan eg sei med handa på hjarte. Dei viser ei veldig skjønsemd. Veldig fint. Varsemd og profesjonell framgangsmåte. Du føler ingen ting seksuelt (mann).*

*Nei, vi er alle fødd like, kvifor i all verda skal ein bry seg om det (kvinne).*

*Pleiarane verkar ikkje generte, men dei tek alltid med seg eit handklede eller eit eller anna, så dei dekker over med. Ligg ikkje heilt blottlagt då (mann).*

Nedanfor siterte mann hadde ikkje blitt vaska nedantil av pleiar, men hadde fått hjelp til å smøre seg heilt oppe på innsida av låra, og pleiar hadde sett inn stikkpille i endetarmen:

*Og så var det ein periode det ble så hissig innvendig på låra. Og då fekk eg litegrann slik sinkoksyd, og det hjelper jo, for det blir jo fuktig når du ligg stille, og då gneg og irriterer det. Og det gjekk greitt. For det blir så naturleg alt, att. Dei kan det der veit du. Å det var en gang, liksom, det var ei som sa eg*

*skulle setta "Paracetten" inn bak. Nei, det trur eg ikkje at eg kan. Så eg har liksom latt dei gjera alt. Det synest eg har gått veldig fint, fordi at eg har tillit til dei. Så er det berre slik at eg veit at det går fint (mann).*

Ein mann gir uttrykk for at det ikkje generer han å vera naken i pleiar sitt nærvær, men at han er diskre. Om pleiarane kjem inn når han steller seg, så stiller han seg ikkje i ein posisjon der pleiarane ser "alt". Han seier dessutan at han opplever at pleiarane er diskre. Dei er atterhaldne når han er avkledd:

*Dei går ikkje på dersom du står i ein slik stilling at du vert blottlagt. Eg opplever at dei er omsynsfulle når dei tek av dynner og slikt, så er dei snare til å dekkja over underlivet (mann).*

Ein mann som tidlegare har vore svært genert, seier:

*Det går jo heilt greitt. Eg har eigentleg vore ein voldsomt genert person. Eg har jo vore inn og ut av sjukehus nokre gongar, så du vert jo vand til undersøkingar og slikt. Å kle av deg. Og dei sjukesystrene, dei rører ikkje på eit auga. Det synest eg går heilt naturleg. Og kroppen er jo litt slappare og slik (mann).*

Han fortel vidare om ein mann han kjenner, som reagerte voldsomt på å måtta kle seg naken ved ei sjukehusundersøking. Fleire, både menn og kvinner, seier noko om at dei trur det ville ha vore verre å bli avkledd og stelt med om dei var yngre:

*Det er opplagt at det hadde meir med seksualitet å gjera å bli stelt som ungdom (mann).*

*Nei, det å bli forlegen har eg vakse i frå, la det vera klart (mann).*

*No er eg blitt så gamal. Det er jo slik dei seier: No begynnar ein å gå i barndommen igjen (mann).*

*Eg er blitt såpass vaksen at eg har vore med på litt av kvart (mann).*

*Nei, men hadde det vore for tjue, tredve år sidan. Nei i dag bryr eg meg ikkje (mann).*

Når eg spør sist siterte om det har noko med alder å gjera, så seier han at det trur han. Då han var innlagd på sjukehus som ung, var det annleis. Han går ikkje nærare inn på korleis det var annleis. Det gjer derimot ein av dei andre mannlege pasientane. Han

fortel ein historie om då han var på sjukehus som ung mann. Den gongen låg han på ein avdeling der det var nonner som stelte. Han skulle blant anna i bad. Då var det alltid to nonner med. Dei kledde av han på overkroppen. Då han skulle kle av seg nedantil, blei han tulla inn i eit forkle som rakk frå livet og ned til føtene. Dette forkle hadde han på seg i badekaret og. Nonnene vaska han på overkroppen. Dei bad han sjølv om å vaska seg nedantil. Det klarte han ikkje i starten, men nonnene vegra seg for å gjera det. Han seier vidare at ein er inne i ein ny tidsepoke no:

*Samanlikna med mine gutedagar og ungdomsår. Då var det hysj, hysj, alt var skjult, alt var synd og skam, du måtte gå i en krok viss du skulle noko. Det er heldigvis blitt betre. I dag er det ikke så ille for ein ungdom å koma for eksempel på et legebesøk, anten du er jente eller gut. Det var verre i mine gutedagar. Då kom sjenansen.*

### **Konklusjon:**

Studien tyder på at pasientane ikkje blei forlegne når dei var avkledd i nærvær av pleiar. At både pleiar og pasient viste diskresjon, såg ut for å vera innbakt i situasjonen. Mange sa spontant at det ville vore verre å vera i ein liknande situasjon dersom dei var yngre.

#### **4.2.2 Ung eller gamal pleiar**

*Her er det berre unge pleiarar, og det er veldig kjekt.*

Eg spurde pasientane om det hadde noko å sei om pleiarane var unge eller gamle. Eg spurte om dette av di eg tenkte meg at den som var eldre og erfaren gjerne takla avkledd pasientar betre enn unge og uerfarne pleiarar. Martinsen (jf.kap.3.6.1) seier at skjønn lærer ein gjennom diskurs og eksempellæring. Skjønn skal halda oss fast så me ikkje vipper over i utartingar som taktløysa, kjensleløysa og sentimental omsorg. Men har den unge pleiaren fått tilstrekkeleg høve til diskurs og eksempellæring? Studien tyder ikkje på at det var noko føremon at pleiarane var eldre. I den samanheng må eg minna om at mest alle pleiarane var unge. Mange pasientar vart berre pleia av unge, derfor hadde dei lite grunnlag for å samanlikna korleis det ville ha vore om pleiarane var eldre. At pasientar opplevde pleien på oppvakingsavdelinga som svært god, kan ha samanheng med at der var det gjennomgåande eldre og meir erfarne pleiarar



(jf.kap.4.1.1). Dei fleste gav uttrykk for at pleiar sin alder var uvesentleg, og dei opplevde at dei fleste pleiarane ved avdelinga var unge og kjekke:

*Her er ikkje gamle pleiarar .. kvar blir dei av?*

*Nei, det har ikkje noko å seia kor gamle dei er, berre dei er høflege og greie og ikkje provoserer. Sjølv sagt skal dei ikkje vera eldgamle (kvinne).*

Ein mann seier at han likar betre yngre enn eldre personale:

*Jau, du forstår det at når dei blir eldre så kan dei bli fortare gretne .. det er berre slik det er. Eg har no ikkje hatt noe problem med det her då, men det datt no berre ut av meg.*

Ein seier noko om at dei fleste pleiarane er unge, men at det er nokon som er over 50 år også. Vedkomande gav uttrykk for at alder er uvesentleg når ein er sjuk. Ein mann trur at eldre sjukepleiarar er meir generte. Fortel i den samanheng om ein eldre sjukepleiar som hadde barbert han nedantil ved ein tidlegare operasjon. Han følte at ho var genert når ho gjorde det. Han trudde ikkje ho var gift.

### **Konklusjon:**

Pasientane i studien ser ut for å meina at pleiar sin alder er uvesentleg. Ein del utsegn kan tyde på at pasientane føretrekkjer unge framfor eldre pleiarar.

### **4.2.3 Mannleg eller kvinneleg pleiar**

*Det har ingen ting med kjønn å gjera, men med veremåte.*

Eg har ofte høyrte kvinner som gruer seg for å gå til mannleg gynekolog, og når eg undervegs i denne studien har fortalt kvinner eg kjenner om temaet i studien, har eg ofte fått kommentarar og historiar som viser at det ikkje er heilt uproblematisk for kvinner å bli avkledd i nærvær av profesjonelle menn. Mange eg kjenner arbeider i helsevesenet, og fortel gjerne historiar derifrå. For nokre dagar sidan var det ei som fortalde at ho hadde reist heim til ein kvinneleg pasient som hadde utløyst naudhjelpsalarmen, av di ho hadde ramla i golvet. Då pleiaren kom fram låg kvinna på



golvet, mest naken. Når ho ser den kvinnelege pleiaren, seier ho: "Å Gud skje lov, eg var så redd for at her skulle koma ein mann". Tradisjonelt er det for det meste kvinner som har pleia både kvinner og menn. Det har vore "naturleg" at kvinner utførte den kroppsnære pleien. Eit unntak historisk er nonner og diakonisser, som helst skulle avhalda seg frå intimpleie av menn. Også i vår tid er mesteparten av pleiarane kvinner, men etter kvart har det blitt vanleg med mannlege pleiarar og, men desse er i fåtal. Avdelinga eg utførte studien på er representativ på det viset at der stort sett var kvinnelege pleiarar, og nokre få mannlege. På oppvakingsavdelinga var det også nokre mannlege pleiarar, så det pasientane i denne studien seier om mannlege pleiarar, omfattar truleg dei på oppvakingsavdelinga og. To av pasientane, ei kvinne og ein mann, sa heilt tydeleg at dei ikkje ville bli pleia av menn. Ingen av desse hadde opplevd at så skjedde:

*Eg vil ikkje ha mann. Føler det slik at det passer seg ikkje. Eg er ikkje så voldsomt begeistra, liker det ikkje (kvinne).*

*Jeanne: Har du blitt pleia av menn?*

*Nei, aldri.*

Når eg spør ei anna kvinne om ho har blitt stelt av både menn og kvinner, svarar ho?

*Ikkje så mykje av mennene, men dei har hjelpt meg opp, men dei har ikkje vaska meg. Det er helst kvinner som har vaska meg. Eg har ikkje sagt noko om at eg ikkje skal ha menn heller eg. Det har berre passa slik.*

Ho seier vidare at menn har hjelpt henne opp av senga og gitt henne sprøyter. Det opplever ho heilt greitt. Synest ikkje det er nokon forskjell på det. Dei fleste mennene i studien oppgir at dei tykte det var uvesentleg kva kjønn pleiar hadde. Dette gjaldt både menn som hadde opplevd å bli stelt av begge kjønn, og menn som berre hadde blitt stelt av kvinner:

*Er du så dårleg at du må bli stelt, er det det same kven som gjer det (mann).*

Ei kvinne eg samtalte med den dagen ho blei innlagt, lurte på om det var mogeleg å reservera seg for mannlege pleiarar. Ho ynskte ikkje å bli pleia av menn. Ho meinte mannlege sjukepleiarar kunne ta seg av mennene i avdelinga, medan kvinnene kunne

pleia kvinner. Ho hadde aldri blitt pleia av ein mann, men likte best å gå til kvinnelege legar. Dei forstod henne betre, følte ho kunne vera meir fortruleg med dei. Dei såg henne, ikkje berre sjukdommen. Mannlege legar såg ofte så trøytte ut. Dei var hastige. Ho opplevde at dei oftast berre var konsentrert om sjukdommen, og oversåg henne som person:

*Jeanne: Du var jo litt skeptisk til mannlege pleiarar i utgangspunktet. Du har jo ikkje blitt vaska av nokon mann, men du har opplevd mannlege pleiarar i andre samanhengar. Har det gått greitt?*

*Ja, og spesielt ein av dei vil eg seia. Han var så kontaktfull. Eg følte verkeleg at han brydde seg, var veldig spesiell. Det var godt når han var der. Han var i grunnen veldig behageleg. Veldig kjekk, veldig grei og behageleg. Ein type som brydde seg. Han hadde litt tid.*

Overfor siterte pasient hadde erfaring med mannlege legar frå før. Den erfaringa var ikkje positiv. Opplevinga med mannlege sjukepleiar var derimot annleis. Kan det vera at menn som velgjer sjukepleien er ein annan type menn enn dei som velgjer å bli legar? Medan menn som velgjer legeyrket veit at dei vil få høg status og høg løn, veit den som velgjer sjukepleien at han vil få låg status og lita løn, men han gjer det likevel. Sjukepleiarstudiet krev høge poengsummar for å bli akseptert som student. Såleis er det heller ikkje eit yrke for dei som ikkje kjem inn på andre studiar. Er det idealistiske menn og kvinner som velgjer sjukepleien? Ei kvinne som meinte personlegdommen var viktigare i sjukepleien enn kjønn, fortel om fyrste gong ho blei stelt av menn:

*Og dei to skjønne mennene her i natt. Han der eine sat jo her og prata. Men eg tenkte med det samme eg såg dei...*

*Jeanne: Lurte du på korleis det skulle gå når to menn skulle stella deg?*

*Ja, men det gjekk jo heilt fint. Men ein tenkjer jo automatisk slik. Det flaut jo av diare i senga. Han skifta jo alt på meg, vaska meg og smurde meg, stod i og rulla meg over på sida. Det er jo ikke det beste. Det var helt fabelaktig. Han var ferdig pleiar.*

Ein mann likte best at mannlege pleiarar hjelpte han opp av senga, av di dei var sterkare, og det fungerte mykje betre:

*Eg hugsar eg blei litt irritert. Ho var tynn og lita. Ho greidde ikkje å letta meg opp. Ja, du synest jo at menn tolerer meir. Du vil jo vera litt snillare med ei*

*jente då.*

### **Konklusjon:**

Pasientane såg ut til å meina at personlegdommen var viktigare enn kva kjønn pleiar hadde. Ein mann og ei kvinne i studien ville ikkje likt å bli pleia av menn. Dei hadde heller aldri opplevd det. Elles såg mennene ut til å vera positivt innstilte til mannlege pleiarar. Studien kan tyde på at kvinner kan grua seg for å bli pleia av menn. Skepsisen såg ut til å forsvinne når dei hadde opplevd menn i konkrete pleiesamanhengar. Det var ingen i studien som hadde noko imot å bli pleia av kvinner, bortsett frå at det kunne vera betre å få hjelp av ein sterk mann når ein skulle stå opp av senga, enn om ein vart hjelpt opp av ei tynn, lita dame.

#### **4.2.4 Å bli stelt i nærvær av pårørende**

*Tykkjer det er greitt at pårørende vert sendt ut ved stell, kona og.*

Studien tyder på at pasientar er skeptiske til å ha nære pårørende til stades under stellet. Det kan vera at dette har samanheng med at ein ikkje er vand til å vera open om det kroppslege overfor dei næraste. Ein må ha i tankane at pasientane i studien ofte er mellom 70 og 80 år. Då er ein kanskje ikkje så kroppsleg saman med ektefellen, og kroppen er i forfall. Fleire av pasientane i studien hadde ikkje ektefelle/ sambuar lenger. Barna var dei næraste pårørende. Ein må dessutan hugse på at det ofte har vore unaturleg å vera open om det kroppslege for dei som i dag er 70-80 år (jf.kap.4.2.1). Ein av pasientane som frå barna var små hadde vald å vera open med omsyn til kropp, brydde seg ikkje om at barn eller ektefelle var til stades ved stell:

*Dotter mi kom ein dag når dei dreiv og stelte. Sit i ro sa eg, du har godt av å sjå det, sa eg. Vidare sa han: Eg vende meg nokså fort til det heime, me har fleire barn, at me kunne snakka med barna det me ville. Me har vald å kalla ein spade for det han er. Og det går fint så lenge du ikke prøver å vera dum.*

Han seier vidare at han no har stor fordel av å ha vore open overfor barna med omsyn til det kroppslege, for i samband med at han snart skal heim vil han truleg, i periodar, ha bruk for hjelp av borna til stell.



Pårørande under stellet, var det elles ulike oppfatningar av. Ei kvinne gir uttrykk for at ho ikkje ville likt at pårørande var til stades under stellet. Ho var enkje og hadde tre søner som ho er svært stolt av, men som ho ikkje ville ha i rommet under stellet. Ei kvinne seier at pleiarane er framande, og derfor synest ho det er greitt at dei steller henne, men at ho ikkje ville likt å bli stelt av, eller i nærvær av sine eigne barn. Ein mann seier at det hadde ikkje gjort noko om kona var til stades, men han var ikkje sikker på om han ville ha borna sine til stades under stellet. Fleire menn ville heller ikkje ha kona til stades under stellet. Martinsen (jf.kap.3.6.1) skriv om at i omgang med andre menneske bør der vera eit visst atterhald, men ikkje maktesløysa. I atterhaldet kjenner me at alt ikkje er i vår makt, og at ein lyt leva i motsetninga mellom å vera open og urørleg. Me lyt vera var for kor pasientane sine grenser er, og ikkje forsere desse. Me veit lite om kor tette relasjonar pasientane har til sine næraste og kva normer som vert praktisert.

### **Konklusjon:**

Det ser ut for å vera ein tendens til å kvie seg for å ha kone, barn eller andre pårørande i nærleiken ved stell. Pasienten, som frå barna var små hadde vore open med omsyn til det kroppslege, hadde ikkje noko imot at barn eller ektefelle var til stades ved stell.

### **4.2.5 Å bli stelt i nærvær av medpasientar**

#### *Dei tar jo for den der gardina, og då føler eg at vi er åleine.*

Ein fortel om då han hadde besøk, og desse blei sendt ut av di ein annan på rommet skulle stellast. Dette hadde han stor forståing for. Han seier at trass i at der er forheng, så får ein lett med seg kva som foregår. Det verka som om ingen av dei som hadde delt rom med andre pasientar, generte seg for å bli stelt på same rom. Ein mann som hadde hatt einerom heile tida, sa at han ikkje ville likt å stella seg på eit rom der det var andre pasientar til stades. Kanskje det er med medpasientar under stell, som med mannlege pleiarar: Det er ikkje trugande lenger når ein har opplevd det. Då endrar ein synspunkt. Ein mann fortel at han for det meste steller seg på badet, men at i starten når han trong hjelp av pleiarane, føregjekk meir inne på rommet, og at det var heilt naturleg. Generte seg ikkje for det. Ei kvinne som hadde lagt på fire-sengs-rom seier noko om at ho og



dei ho deler rom med, er i same situasjon, og at ho opplevde at ho var åleine med pleiar i stellet, når forhenget var trekt for.

### **Konklusjon:**

Studien tyder på at pasientar som har erfart å bli stelt i nærvær av andre pasientar ikkje bryr seg om det.

## **4.3 Pleiar sin veremåte i samhandling med pasient**

Pasienten si oppleving av pleiar sin veremåte var det naturleg å dela i tema som travel, sit ikkje ned for å samtala, tillitsvekkjande, paternalistisk, audmjuker ikkje den avhengige, medfølande, av og til humoristisk.

### **4.3.1 Travel**

*Dei kunne jo ikkje vera annleis sjukepleiarane, dei hadde det jo så travelt, dei sprang heile tida, så du kunne jo ikkje leggja beslag eller snakka om nokon ting.*

Dei fleste kommenterer at det verkar som om pleiarane har det svært travelt. Dei legg merke til at dei spring att og fram. Enkelte lurar på om det er nødvendig at dei har det så travelt, spring så mykje. Hadde det vore mogeleg å organisera arbeidet på anna vis? Dei har ingen svar:

*Men dei har ein svært slitsam jobb. Enkelte trur det berre er å trekkje i snora og så står dei utanfor døra. Det er ikkje så enkelt, når eg går ut i gangen og ser korleis dei spring fram og attende.*

*Dei er veldig flinke og snille, så eg har berre ros å seie om dei. Men så er det dei som har litt hastverk. Det er jo uttrykk for at dei har det travelt, men eg liker no betre at det går sakte.*

*Eg synest dei spring heile dagen dei er her. Frå dei kjem på vakt her, så er det full fart heile tida, dei går ikkje.*

### **Konklusjon:**

Det er gjennomgåande at pasientane opplever at pleiarane har det svært travelt.

#### 4.3.2 Sit ikkje ned for å samtala

*Du folte at når du skulle seia noko, så var ikkje dei konsentrert ... tenkte på andre ting.*

Når ein har det travelt, lyt ein prioritera, og då syter ein for at pasientane får vaska og stelt seg, dei får mat og medisiner, og blir aktivisert, slik at dei raskast mogeleg vert friske. Eg har sjølv hatt det travelt mange gongar i den kliniske kvardagen, og då vert det gjerne slik at ein voner at pasientane ikkje tek opp problemstillingar som det tek tid å snakke om, eller gjera noko med. Om ein blir verande for lenge hjå ein pasient, medfører det gjerne at han med diare må venta endå lenger før han får vaska seg, eller at ho som har vondt ikkje får sprøyta tidsnok, at han som skal gjerast klar til operasjon kjem for seint, osv.

Eg blei ikkje overraska over at pasientane i studien opplevde at det var lite rom for samtale. Pleiarane signaliserte truleg i sin travle veremåte, at tid til å samtala hadde dei ikkje. Fleire av pasientane verka som om dei kvidde seg for å be dei travle pleiarane om å stansa opp, trass i at dei hadde bruk for å snakka om ulikt. Pleiarane sette seg heller ikkje ned. Dei gongane ein har tid til å samtala, trur eg det er viktig at ein set seg ned. På det viset signaliserer ein tid. Eit anna problem er at den travle kvardagen ikkje venner pleiarane til å sitja saman med pasientane å samtala. Dermed så sit ein ikkje ned og samtaler om ein har tid heller. Det var tydeleg at pasientane opplevde at pleiarane hadde det så travelt at det ikkje var rom for samtaler av større format:

*Kommunikasjon på sjukehus, den manglar totalt. Kommunikasjon er det viktigaste av alt. Det er punkt nummer ein.*

Sitatet ovanfor blei uttalt av ein pasient som ofte hadde vore på sjukehus, og som mest av alt sakna informasjon frå lege om sjukdom og behandling. Andre utsegn om å snakke saman:

*Ja, av og til snakkar me saman. Dei har ikkje tid. Eg har ingen ting å klaga på.*

*Ja, enkelte pratar med meg, ikkje alltid lika mykje, sjølvsgt, men no etter at eg har begynt å sitja ute i gangen, så hender det at dei kjem bort og pratar litegranne.*

*Dei har ikkje snakka så mykje om verken det eine eller det andre.*

Ein anna pasient seier at det å prata har dei i grunnen ikkje tid til. Han har aldri opplevd at nokon har sett seg ned for å prata med han. Dei var alltid så hastige. Eg spør då om han ikkje snakka med ein pleiar i det han blei innlagt. Han svarer då at det var ei som orienterte han om at han måtte drikka kontrastvæske.

Ein av dei som for det meste har stelt seg sjølv, seier at pleiarane legg inn handklede, men elles ser han lite til dei. Han meiner dermed at han ikkje kan seia så mykje om korleis pleiarane sin veremåte er. Det verkar som om han tykkjer dette er sårt, for sjølv om han treng lite hjelp til det praktiske, så hadde han bruk for nokon å snakka med om operasjonen, og konsekvensane av den. Det verka som om denne pasienten aller mest sakna kontakt med operatøren, og skikkeleg informasjon. Det var i det heile mange i studien som sakna informasjon om operasjon og konsekvensar av den. Alt det pasientane sa om det emnet, er for omfattande til å inkludera i denne studien.

Martinsen (jf.kap.3.6.1) meiner at omsorg viser seg i den måten me snakkar på. Spesielt den måten me snakkar til andre på. Meininga ligg i tonen me seier noko med. Språket bør vera ope, lydhøyr, varsamt, nærverande og engasjert. Den levande talen veks fram av sansinga og den praktiske pleien, såleis at desse aktivitetane går inn i kvarandre og viser til kvarandre. Sagt om stemmeleie:

*Ho var sikkert både flink og kjekk, men ho hadde den der veldige stemma. Så kolossalt. Ho snakka så høgt. Når eg hørde stemma hennar, så måtte eg halda for øyrene. Grusomt.*

Ovanfor siterte pasient understrekar at måten me snakkar på, tonefallet, kan seia meir enn orda. Pasienten var svært utsliten både fysisk og psykisk. Med stemma kan me både understreka og overstryka orda. Språket vårt må truleg tilpassast den enkelte pasient. Pasienten som er sitert nedanfor, opplevde eg som ein realistisk og usentimental pasient. For han var det naturleg å samtala på ein direkte og nokså tøff måte. Han likte best litt tøffe pleiarar:

*Og så har du desse engleblide, ja, som hele tida kviskrar om korleis det står til, går det framover, osv. Heile skalaen der. Eg trur nok at den der litt tøffe varianten er den som fører best fram.*

Eg lurte på om pasientane forstod det pleiarane sa, eller om det blei brukt mange framandord. Martinsen (jf.kap.3.6.1) meiner at pleiarane bør unngå å bruka unødvendig mange framande ord. Det var gjennomgåande at det ikkje blei brukt framandord, og at pasientane ikke hadde problem med å forstå det som var sagt, men der var ein som hadde ei innvending med omsyn til informasjon om medisiner. Han meinte pleiarane brukte varenamnet, og ikkje fortalde om verknaden. Ei kvinne fortalde at ho tykte dei var flinke til å forklara kva medisiner ho fekk. Dei brukte ikkje varenamn, men snakka om blodfortynnande som skulle hindra blodpropp osv. Ho seier vidare at dei fortel kva dei gjer, og viss ikkje, så spør ho. Ein av pasientane sa det slik:

*Når det er noko nytt, så forklarar dei og spør dei. Det er her som andre stader. Du må fylgje med i timen.*

To av pasientane gav uttrykk for at dei ikkje fekk med seg alt som blei sagt av di dei hørde litt tungt. Ein annan pasient fortel at han opplevde det svært positivt, at den eine av pleiarane kom frå ein plass som vedkomande kjente godt. Dermed så hadde dei felles samtaleemne, Gadamer ville kanskje sagt felles livsverd.

Eit gjennomgangstema på kirurgiske mage-tarm avdelingar er om det kjem luft og avføring og korleis avføringa ser ut. Pasientane gav ikkje uttrykk for at det generte dei å snakka om luftavgang og avføring:

*Det er ikkje noko å halda skjult det. Nei, eg veit det er naturleg det dei spør om. Ein snakkar jo ikkje om slikt heime veit du, noko særleg, nei, men akkurat det er det mest naturleg å snakka om her.*

Ein av pasientane sa ein del om avføring og luft til meg i intervjusituasjonen, men hadde ikkje samtalt med legar og pleiarar om dette. Ikkje fordi det generte henne, men av di ingen hadde teke fatt i emnet:

*Det har jo vore slik at magen ikkje har kome i orden. Det der med tarmene og magen. Det innverkar litt på psyken. Du vert heilt fiksert. Berre der å få lufta av seg er ei herleg oppleving. Det er jo slikt som eg aldri har tenkt over før.*

Ein av pasientane var avhengig av dostol, og det var grunnen til at han hadde fått



einerom. Han ville halda igjen om han måtte bruka dostol på fleir-sengs-stove. Dette viser at pleiarane er klar over, og tek omsyn til, at avføring med påfølgjande lukt, ikkje berre generer den som lager lukten, men og dei andre pasientane.

### **Konklusjon:**

Lita tid til samtaler. Språket pleiarane bruker er vanlegvis enkelt og forståeleg, men ein pasient opplevde det negativt at pleiarane kalla medisiner med varenamn i staden for å forklara verknaden. Det ser ikkje ut for at pasientane generer seg for å snakka om luft og avføring.

### **4.3.3 Tillitsvekkjande**

*Det er tydeleg at dei har, sikkert i si utdanning, fått grei beskjed om at pasientane er det viktigaste.*

Pasientane er heilt avhengige av at pleiarane kan faget sitt. Innbakt i dette ligg klare moralske aspekt. Martinsen (jf.kap.3.6.1) seier at moralsk skjønn lærer ein gjennom erfaring, diskurs og eksempellæring. Dette meiner ho inneber innleving i situasjonen og ei fagleg vurdering basert på kunnskap om lidinga sine årsaker og tiltak som kan avhjelpa liding. Når eg spurde pasientane om dei hadde tillit til pleiarane, var utgangspunktet om pleiarane hadde nok kunnskapar. Det var gjennomgåande at pasientane opplevde pleiarane som kunnskapsrike, trass i at ein stor del av dei hadde praktisert faget kortare enn to år. Pasientane uttrykte generelt stor tillit til pleiarane. Ein mann begynte spontant å snakka om ho som hadde teke Elektrokardiogram (EKG) av han i det han kom til sjukehuset:

*Den fyrste eg møtte, skjønar du, ho var kjempehyggjeleg. Ho sa at ho skulle garantera at det ikkje skulle gjera vondt. Ja, du skal vera forsiktig med å garantera for mykje sa eg, for eg merkar fort saker og ting. Eg vil sei at ho hjalp meg ein god del, for ho gav meg ei slags tillitskjensle med ein gong, og eg sa at viss det held fram slik, så skulle i alle fall ikkje eg seia noko. Ja, det voner eg det gjer, sa ho.*

*Jeanne: Har du hatt tillit til dei du har møtt seinare?*

*Ja, eg kan ikkje seia noko anna. Det har heile tida verka som om dei har hatt ein god plan over det dei gjer. Ja, eg har oppdaga at det er ein plan over det, og det må det sjølv sagt vera på ein slik institusjon.*

Andre utsegn om tillit:

*Føler meg i trygge hender.*

*Så lenge det er offentleg godkjende sjukepleiarar. Men det er jo forskjell på kor dyktige dei er. Det merker ein best i tilspissa situasjonar, ikkje så mykje i det daglege.*

*Dei seier jo at det skal gå bra, og då trur eg på det.*

*Eg synest dei er flinke til å spørja kollega dersom dei lurar på noko.*

*Eg har inntrykk av at viss dei lurar på noko, så spør dei. Eit øyeblikk seier dei, og så kjem der ei anna.*

Dei to siste sitata tyder på at eksempellæring (jf.kap.3.6.1) er heilt vanleg. Dei søker ikkje fyrst og fremst bøkene når dei lurar på noko i ein praktisk pasientsituasjon. Å spørja kollegar, inneber at det er eit trygt miljø i avdelinga, der det er lov å vera spørjande, og der ingen forventar at ein skal vera allvitande. Ein av pasientane sa spontant noko i så måte:

*Den opplevinga eg har her i alle fall, det har vore eineståande, rett og slett, og eg ser det slik at det er eit frykteleg godt tilhøve mellom pleiarane. Eg har ikkje noko negativt å fortelja.*

Vidare om tillit:

*Frå eg kom inn her har eg overlete alt til pleiarane og legane. Eg stoler på dei.*

*Eg beundrar pleiarane. Eg synest dei kan meir enn ein kan forventa av dei. Og for eksempel han legen som var her i dag, han diskuterte med ein ung pleiar, om korleis dette såret såg ut. Så seier ho, pleiaren, noko om dette såret. Så seier han legen, ja, meiner du at eg skal ta av og sjå på det, sa han. Det var rette ordet det, ja. Og så gjorde han det. Eg har inntrykk at legane har veldig respekt for pleiarane. Veldig, han tok henne med på råd med ein gong.*

Når det gjeld hygiene, verkar det som pasientane ikkje ofrar den problemstillinga ein tanke, trass i at problem knytt til sjukehushygiene har vore mykje fokusert i media. Dei

gir uttrykk for å ha stor tillit til at pleiarane ivaretek hygienen godt. Nokre utsegn som understrekar det:

*Treng ikkje tenkja på hygiene her. Dei er jo så påpasselege.*

*Dei er så flinke til å vaska seg. Dei er veldig flinke altså.*

Ei kvinne fortel ein episode som seier ein del om tillit og makt. Sjukepleiar kom med slimløysande medisin som ho ikke følte at ho trong lenger. Når sjukepleiar meinte ho skulle ta medisinen, så gjorde ho det likevel. Innbakt i dette ligg stor tillit til pleiarane, og det understrekar kor stor makt dei har. Makta må forvaltast skikkeleg, for som pasienten seier:

*Eg synest ein må høyra på det dei seier, dei som har forståing for det, når det gjeld slike ting.*

To av pasientane fortel om hendingar som skapte mistillit:

*Det einaste er ho som la ned sonden (duodenalsonden). Ho sa liksom ingen ting. Eg var ikkje trygg på henne. Men dei andre var eg veldig trygg på.*

Ovanfor siterte pasient ville truleg ha kjent seg rolegare og tryggare om pleiar heile vegen hadde forklart henne kva ho gjorde, og kvifor. Ein anna pasient fortel om ein episode der legen hadde sagt at ein infusjon skulle gå svært sakte på grunn av fåre for hjartearytmi. Ein pleiar tykte infusjonen gjekk for seint, og ville auka takten. Då blei pasienten livredd, og nekta pleiar å endra infusjonstempo.

### **Konklusjon:**

Studien viser at pasientane generelt har stor tillit til at pleiarane har nok kunnskapar. Utsegn visar at tekniske prosedyrar som det å ta EKG innleggingsdagen, kan brukast til å skapa tillit. Dessutan verkar det tillitsvekkjande å merka at det er ein plan i arbeidet, at det er offentleg godkjende sjukepleiarar, at ein spør kollega når ein lurar på noko, at legane lyttar til sjukepleiarane og tek dei på alvor, at pleiarane er flinke til å vaska seg på hendene. Manglande informasjon om det ein gjer, og ulik handtering av for eksempel infusjonar, kan skapa mistillit.

#### 4.3.4 Paternalistisk

*Det som skjer når du begynnar å bli dårleg, så blir du slapp i det der kjenslelivet og. Berre gå i gang. Det er dei som har greie på dette. Dei får gjera som dei vil.*

Sentralt i Martinsen sin omsorgsteori, er tanken om at me alle kan bli svake og hjelpelause, og at me må handla mot andre som me vil at andre skal handla mot oss (jf.kap.3.6.1). Innbakt i dette opplever eg at det ligg ei fordring om å bruka vår fagkunnskap med fornuft og kjærleik. Ho snakkar om moralsk ansvarleg maktbruk. Av og til kan det føra til at pasientar vil oppleva at pleiar presser og styrer litt. Det vil variera kor nødvendig det er at pleiar er paternalistisk. Medvitslause er heilt avhengige av det. Det same gjeld for sjuke barn. Dei vil vanlegvis ikkje måla temperaturen eller ta blodprøvar. Det blir gjort likevel. Sagt om paternalisme:

*Ho sa det til meg; Du skal få det slik som du vil, så no går du fram på golvet der. Som eg sa til henne: Det der er jo demokrati på sitt beste, og det var ho samd i.*

*Jeanne: Følte du deg overkøyrd?*

*Nei, egentleg ikkje. Du blir høyrtd. Det skulle berre mangla og. Men så er det jo ei sjukesyster her som ikkje tek eit nei for eit nei, så her var det null diskusjon om å setje meg der borte ved bordet, med vaskefat, og du klarer deg sjølv, sa ho.*

*Jeanne: Kva synest du om det då?*

*Eg synest det er allright eg. Ho var jo voldsom, det var faktisk fyrste dagen etter operasjon, så kom ho her om kvelden, og så seier ho: Har du vore ute og gått? Nei, eg har ikkje vore ute og gått, sa eg, men eg har stått ved senga. Opp, sa ho! Nei, no må du ta det med ro. Ikkje tale om. Med morgonkåpe og greier. Men så gjekk ho og henta ein gåstol, og då gjekk det jo på eit vis.*

*Jeanne: Var det for tøft?*

*Nei da, det synest eg egentleg ikkje. Ho der som eg refererte til er vel den som er mest tøff. Eg trur vel at den der litt tøffe varianten er den som fører best fram.*

Han seier vidare at den tøffe varianten kan føre til klager på personalet, men i etterkant ser ein at det er til det beste. Det er han ikkje i tvil om. Ein annan pasient fortel om korleis pleiarane tok styringa ved fyrste stellet:



*Eg trur det fyrste stellet var ved senga. Dei vaska meg. Eg prøvde litt, og då sa ho det: No skal me ha ein kattedvask. Nei da, dei var nøye der. Det skulle jo vera alt, heile, tannpuss og, og det synest eg var litt unødvendig, men når det var gjort, så viste det seg at det var fint å få det gjort.*

Ein annan pasient snakkar om å fylgja spelereglane:

*Jeanne: Føler du at det er pleiarane som bestemmer. At du må underordna deg mykje?*

*Eg har ikkje reflektert akkurat på det. Du må fylgja spelereglane der som du er.*

*Jeanne: Kva tenkjer du om spelereglane her då?*

*Mat og alt sånt, det er presist.*

*Jeanne: Skulle du ynskt at det var meir fleksibelt med mat, at du kunne få det meir når det passa deg?*

*Nei.*

Ein pasient seier noko om at han har vore såpass dårleg at det nok er pleiarane som har hatt mest kommandoen, men dei har aldri pressa han. Han har fått bruka den tid han treng:

*Dei var jo veldig ivrige på at dei ville ha meg fort opp. Dei var ikkje stygge, du må ikkje misforstå meg.*

Når eg spør om dei bestemmer mykje, presser mykje på, svarer han at han trur det har vore påkravd, og at han alltid har oppfatta at det er vel meint. Ei kvinne seier også at ho i etterkant er veldig glad for at pleiarane fekk henne så fort fram. Det gjekk betre enn ho hadde trudd, og ho er sikker på at det har medverka til at ho "kom seg" så fort. Same kvinne fortel om at på same vis som dei tidleg fekk henne fram for å vaske seg, har dei tidleg fått henne ut på gangen for å gå:

*Det var ei som gjekk med meg i dag. Eg følte meg veldig fin, og så kom ho og sa at no går vi oss ein tur. Veldig viktig for deg at du får gått litt, sa ho. Vi gjekk fram og attende. Du bestemmer sjølv når vi skal slutta, sa ho.*

Ein pasient fortel om ulike veremåtar ved klystersetting. Han likar ikkje kommandering:

*Den første som gjorde det (jf.kap.4.1.8), ho var ein heilt annan type. Ho var litt eldre då, og oppførte seg slik: "Her kjem eg". Berre kle av deg og legg deg ned der, slik bestemt, som om ho hadde med ein hest å gjera. Den andre, også litt eldre, var meir smidig og behageleg. Sjølv om dei skulle gjera same dritjobben, så opplevde eg det svært ulik. Eg ser gjerne at dei er litt beskjedne, ikkje kommanderande.*

### **Konklusjon:**

Det pasientane i denne studien fortel, tyder på at dei stort sett likte at pleiarane var litt paternalistiske. Dette gjeld særleg når dei i etterkant ser at det pleiar foreslo var fornuftig. Når pasientane vert kommandert, og det ikkje opplevest velmeint, kjennest det mest som eit overgrep.

### **4.3.5 Audmjuker ikkje den avhengige**

*Det er jo ein situasjon du overhovudet ikkje kan handtera sjølv. Du må vera avhengig av andre.*

Martinsen (jf.kap.3.6.1) seier at tillit er å utlevere seg sjølv, våga seg fram for å bli teken imot. Den eine si utlevering er den andre si makt. Alle relasjonar er makttilhøve. Som sjukepleiar vert utfordringa å sjå pasienten i hans liding og utleverte tilstand. Pasientane i denne studien gav uttrykk for at dei vanlegvis klarte seg sjølv, og var uavhengige av andre. Å koma i ein situasjon der dei trong hjelp var uvant. Ein del utsegn om å vera avhengig:

*Du må stola på det vedkomande seier, elles så kan du ikkje vera her. Du må berre igjennom det.*

*Aldri vore så avhengig av hjelp før. Det einaste er at når du vert liggjande slik heilt hjelpelaus, ikkje kan koma deg fram av senga sjølv og slike ting, kanskje det har vore litt tregt før eg fekk hjelp. Men det er jo gjerne slikt som du sjølv føler. Det er det einaste, elles har eg ingen ting å utsetje på dei. Du føler i alle fall det, for eksempel slik som når eg har ringt på dei, at dei må koma å hjelpa meg, så føler du sjølv då, spesielt når det er avføring, då kanskje det kunne gått litt fortare, men nei, eg kan ikkje klaga.*

*Eg veit ikkje om det er så mykje å seia om det, fordi at det er klart at det er som eit slags tillitstilhøve, trur eg, ja. Og det er klart at eg har vore vand til hele tida å klara meg sjølv, og plutselig komma bort i dette. Men eg har jo vore budd på at det kunne koma.*

*Det er berre kjekt. Eg er ikkje vand til å få hjelp. Har alltid vore vand til å jobba og klara meg sjølv. Har aldri sete roleg.*

*Eg er jo vand til å hjelpa andre. No er det eg som skal ha hjelp. Det er litt rart å få hjelp av andre, det er det, men ein innser jo at ein treng det, og då er det godt. Prøver å gjera mest mogeleg sjølv.*

*Eg har alltid sagt at det er vedunderleg å koma på sjukehus når du er sjuk. Fordi at då berre gjer dei det som skal gjerast. Ja, du forventar det nesten ikkje ein gong, det blir berre gjort. Du blir stelt. Når du verkeleg er sjuk, kan du ikkje væra ein betre stad. Og eg er ikkje ein slik som vil masa.*

Ein av pasientane seier noko om at ho voner at det er gjort godt arbeid, både under operasjonen og etterpå. Ho hugsar ikkje så mykje frå dei fyrste dagane etter operasjonen:

*Berre dei gjer "rett og skjel". Gjer skikkeleg arbeid. Ja, det er det eg er redd for. At dei ikkje gjer tinga skikkeleg.*

Ho seier vidare at dei av og til er altfor hastige og skundar seg altfor mykje, men at ein må finna seg i det. Det var fleire som gav uttrykk for at pleiarane hadde det svært travelt (jf.kap.4.3.1). Det kan sjå ut som om det har medverka til at dei gjorde alt dei kunne sjølve. Dei grudde seg for å bry dei travle hjelparane:

*Eg gjorde så godt eg kunne. Følte at eg blei veldig flink, veldig snar til å koma meg opp av senga sjølv. Å koma meg på do, å... Eg følte at dei hadde det så travelt, at det kanskje var mange som hadde det verre enn meg. Og så, det var litt slik, det der å ta imot hjelp ... måtte gjera alt eg klarte sjølv. No synest eg at det er ei lette for meg sjølv, at eg kan stå opp sjølv, stella meg og gå ut på do.*

Ho seier vidare at det som plaga henne mest under sjukehusopphaldet, var to medpasientar som var nokså "rotete". Ei av dei låg og ropte på henne store delar av nettene. Å vera avhengig av å dela rom med desse to, litt uklare medpasientane, gjorde opphaldet til eit mareritt. Ho fekk altfor lite kvila og søvn:

*Dei ringde ikkje på, men ropte om hjelp og rista i senga. Av og til prøvde eg*

*å hjelpe, andre gonger ringde eg på pleiar. Ein av pasientane datt på golvet. Berre det å sjå at det låg eit gammalt menneske på golvet.*

Desse to medpasientane hindra henne i å få kvila og sova. Om kvelden kunne ho vera sovna godt til. Brått blei ho vekt av medpasient, noko ho kvakk av, fekk skrekk og uro i seg, og då var nattesøvnen øydelagd:

*Ho ropte på meg nesten kvar natt: Kom og hjelp meg, kom og hjelp meg. Ho hadde fått utlagt tarm. Ei natt ropte ho: Kom og hjelp meg, eg blør. Ho hadde rive av seg stomiposen. Det flaut i senga med avføring. Då blei eg så uroa at eg søv ikkje meir den natta. Seinare same natt prøvde ho å gå opp i senga til ein medpasient, og så måtte eg ringja på hjelp. Og så var det den andre pasienten som snakka heile dagen og heile natta. Dei nettene på Haukeland var skrekk og gru altså. Eg ville berre grina. Måtte gå ut på do og grina. Eg følte eg kunne berre dø. Klarte ikkje meir.*

*Jeanne: Prøvde du å snakka med pleiarane om det?*

*Ja, eg prøvde, men eg følte at eg ikkje nådde fram. Og så var eg redd for å bli oppfatta som litt spesiell. Å krevja meir enn eg hadde rett på.*

Ein annan pasient sine utsegn om å vera til belastning:

*Jeanne: Betyr det mykje for deg korleis stemningen er under stellet?*

*Ja, sjølvsagt. Ja, det gjer det. Ja, at eg ikkje blir ei belastning.*

*Jeanne: Føler du deg som ein belastning?*

*Nei, dei har sitt arbeide å gå etter, så det må passa.*

Ei fortalde at under stellet på postoperativ verka sjukepleiarane som om dei hadde god tid. Dette gjorde at ho ikkje følte at ho belasta nokon. Utsagnet kan tyde på at ho elles følte at ho var til belastning. Ho gav i fleire samanhengar uttrykk for at det ikkje var godt å vera så avhengig av pleiar si hjelp. Ein mann som ofte var plaga med diare, sa at han aldri fekk noko kjensle av at pleiarane opplevde han som ei belastning, trass i at dei ofte måtte vaska vekk diare:

*Dei kom berre og hjelpte til dei. Så det gjekk greitt, heilt fint. Dette er jo et sjukehus, det er jo slik det er. Føler meg ikkje til belastning.*



Han seier noko om at dei nok er vant til diare. Opplevde aldri at pleiarane viste ubehag. Ei kvinne som også hadde vore mykje plaga med diare, og som hadde vore avhengig av at pleiarane hjelpte henne med å vaska og stella seg sjølv og senga, sa at ho ikkje hadde tenkt over om ho var til bry. Ein av pasientane seier noko om at i heile sjukehusinnretninga ligg der forventningar om at nokon er avhengige av andre, og at ein av den grunn ikkje opplever å vera noko belastning.

### **Konklusjon:**

Mange gav uttrykk for at dei prøvde å gjera så mykje som dei klarte sjølve. Dei ville fortast mogeleg bli uavhengige igjen, og dei opplevde pleiarane som travle. Når pasientane trong hjelp, verka det ikkje som om pleiarane audmjuka pasientane, men det kunne kjennast vondt å bli for lengje liggjande i diare etter å ha ringt på hjelp. Studien viser dessutan at pasientar kan grua seg for å ta opp problem. Ein er redd for å krevja for mykje, vera storforlangande. Når ein motar seg opp til å snakka om problem, er det vondt å ikkje nå fram. Enkelte utsegn kan tyde på at pasientane grudde seg for å bry pleiarane.

### **4.3.6 Medfølande**

*Berre det der at dei kom inn utan at eg ringde. Det var medisin veit du.*

Martinsen (jf.kap.3.6.1) snakkar om at moralsk skjønn inneber innleving i situasjonen. Opplever pasientane at pleiarane lever seg inn i deira situasjon? Marinsen meiner at omsorg inneber eit nært, ope tilhøve mellom to menneske. Ho tenkjer kanskje mest på dei nære relasjonane som kan oppstå i pleien av pasientar med kroniske lidingar. Desse kan trenga hjelp i årevis. Vil pasientar på ein kirurgisk sjukehusavdeling, der liggjetida ofte er mindre enn 14 dagar, oppleve medkjensla, eller er relasjonen så kortvarig at der ikkje er rom for innleving?

*Eg har tenkt på det der, kvifor dei går den vegen der, for det er jo ikkje nokon lett veg å gå. Eg trur dei har noko inne i seg: At dei skal hjelpa folk, i alle høve svært mange, og det har eg så og seia følt altså. Men det er jo berre slik, at når du kjem inn på ein slik institusjon så blir du litt audmjuk.*

Neste pasient meiner også at det absolutt verkar som om pleiarane har medkjensle med

han, det er det ingen tvil om, seiar vidare:

*Dei kan jo ikkje involvere seg i kvart enkelt tilfelle, det må jo bli ein belastning i jobben det.*

*Jeanne: Så du forventar ikkje at dei skal involvere seg?*

*Nei, dei må jo være profesjonelle til situasjonen, elles så trur eg det kan gå galt, viss dei heile tida skal involvere seg i kvar enkelt.*

Han seier elles ein del om at personar som ikkje får visittar kan trenga nokon som involverer seg. Sjølv har han kanskje hatt for mange visittar. Ein annan pasient seier noko om at pleiarane nok har sett litt av kvart hjå ulike pasientar, smerter osv., så dei forstår nok korleis han har det. Martinsen (jf.kap.3.6.1) skriv at felles forståing for ein situasjon kan pasient og pleiar skapa saman gjennom samhandling, men pleiar kan også ha med seg ei viss forståing inn i situasjonen, av di ho har møtt pasientar med liknande plager tidlegare. Ein av pasientane knytte medkjensla til heile veremåten til pleiar, og til det at pleiar spontant kom inn og spurde korleis ho hadde det, utan at ho ringde på:

*Jau, der var ei som verkeleg brydde seg.*

*Jeanne: Korleis merka du det?*

*Du såg det på henne altså, at ho forstod det, og så kom ho gjerne inn igjen og spurde. Utan at eg ringde på. Det opplevde eg veldig godt. Det var ho spesielle altså. Ho var veldig skjønn.*

Ein pasient seier at han opplevde ein tanke meir medkjensla sist han var innlagd, og låg på ein annan avdeling:

*Der hadde du ein spesiell pleiar som var din. Som hadde ansvaret for deg. Eg trur det var ei fin ordning.*

Ein av pasientane fortel at pleiarane snudde nattbordet slik at ho ikkje fekk tak i det som var i det. Dette kan vera uttrykk for at pleiarane ikkje hadde tilstrekkeleg innleving i kor vondt det er å røra på kroppen når ein er nyoperert:

*Det er eit problem at dei set nattbordet med skuffa slik at eg ikkje kjem ned i, og det tenkjer dei ikkje på. For då fekk eg jo ikkje tak i nokon ting.*

Meir om medkjensle:

*Ja, det verka som dei har medkjensla, for dei har spurt korleis eg har det, og så vidare og vidare. Kvar eg har vondt og slike ting. Og så må eg berre spørja etter smertestillande om eg har behov for det.*

*At dei er greie, at dei føler med oss, at når eg seier det er vondt, så er det vondt. At dei ikkje trur at eg berre breler meg. Ein er sjølvsagt i ein kinkig situasjon når ein er så dårleg, spretta opp heile magen her. Voner dei forstår at eg er sliten.*

### **Konklusjon:**

Pasientane ser ut til å oppleve medkjensla. Det kan visa seg i pleiar sin totale veremåte, ved at pleiar uoppfordra kjem inn for å høyra korleis ein har det, at dei tek omsyn til at ein er sliten, at dei oppfordrar pasientane til å spørja om hjelp. Medkjensle trong nødvendigvis ikke ha samanheng med involvering i den enkelte. Ein av pasientane hadde tidlegare opplevd at kontaktsjukepleiarordninga medførte meir medkjensla enn det han har opplevd ved denne innlegginga. Kortvarige pasient-/pleiar relasjonar ser såleis ikkje ut til å vera noko hinder for å oppleva omsorg.

### **4.3.7 Av og til humoristisk**

*Det er godt å få le litt. Ein kan ikkje gå rundt å tenkja på sjukdommen heile tida.*

Martinsen skriv at pleiarane kan bruka si makt til å frigjere den andre sine livsressursar, eller setja den andre fast i undertrykking (jf.kap.3.6.1). Humor kan vera ein måte å frigjere pasientar på, og gje dei kjensla av at dei er viktige og levande, og på det viset mobilisera tilfriskning. Sagt om humor:

*Eg er litt svak for akkurat det der. Eg har liksom den der humoristiske sansen.*

*Det varierer no litt korleis dei er. Det er vanskeleg å forklara kvifor det er slik. Det er enkelte som er litt meir personlege enn andre. Dei har ein lettare tone, du kjenner deg på bølglengde snarare enn med andre.*

*Det betyr veldig mykje det. Ja, eg er av og til frampå med slike ting som er sprøe. Ja, for å få fram moroa. Om eg har så stor humoristisk sans, det vet eg ikkje, men eg likar veldig godt at vi får til noko slik at vi får le. For eg leste,*

*det er ikkje så lenge sidan eg leste, at når du ler så reparerer du mekanismen. Det har visst veldig mykje å seia.*

Ein av pasientane seier at han likar best dei pleiarane med litt humør. Han har ikkje opplevd at pleiarane har vore sure, men dei kan vera ulike med omsyn til humør. Fortel så om ei blid:

*Og så var der ei som berre gjekk å lo. Elles er dei bra alle, men du skal ikkje venta at alle har sama humøret. Å tøyse er halva livet, det. Ein må ikkje laga seg til slike bedehusmasker. Det kunne godt ha vore meir spetakkel. Det hadde ikkje gjort noko. Dei skulle hatt ein gjeng ute på gangane som opptredde og laga litt hurlomhei.*

Når eg spør ein av dei andre pasientane om han opplever at det vert brukt mykje humor, svarer han:

*Ja, eg bruker det.*

Eg spør så om pleiarane bruker det. Pasienten meiner at det kjem an på kor dei kjem frå. Ikkje alle pleiarane forstår bergenshumoren. Han seier vidare om humor:

*Det har ikkje vore så veldig mykje. Det er ein mannleg pleier her. Han har ein del humor. Han er med på notane.*

Han seier vidare at det er frigjerande å få le. Han fortel i den samanheng om ein gong for 20 år sidan då han var innlagt på sjukehus, og han og romkameraten fann på mykje moro, og det var stadig latter. Ved innlegginga no på kirurgisk avdeling har han ikkje ledd så mykje. Det har nok samanheng med at medpasientane ikkje har vore i stand til å tøyse så mykje. Ein pasient opplever at det for det meste er ho som tøyser med personalet. Ho seier at det er frigjerande og avslappande å få ledd, men at det blir no ikkje akkurat så mykje av det då. Ho skulle ynskt at personalet spøkte meir. Der er ei som ler veldig mykje, seier ho, og det opplevest godt. Ein annan pasient gav uttrykk for at han og medpasienten brukte mykje humor, og at han set pris på om pleiarane gjer det same. Han opplever at ein vert friare og meir ovanpå når ein tøyser litt. Den same pasienten seier at ikkje berre er han, men også pleiarane bruker humor. Han som er litt tunghøyrd, gir uttrykk for at han opplever det godt å fleipa og le, men trur han går glipp av ein del poeng. Ein gir uttrykk for at det godt kunne ha vore ein litt lettare



tone. Men seinare seier han at han ikkje er så sikker på at latter er så viktig på eit sjukehus:

*Kanskje mange med alvorlege sjukdommar ville ta seg nær av det. Bli mismodige? Eg veit ikkje?*

Han fortel vidare at det er ein god del humor pasientane imellom, og imellom pleiarane og pasientane. Når eg spør kva han synest om det, seier han:

*Jau, det går fint det. Det var to som stod der borte og skulle skifta på ei seng i dag, og så stod dei og dansa liksom, kvar for seg, og då gjekk eg bort og sa at no vil eg og vera med på dansen. Me øver oss på juladansen, svarte dei.*

### **Konklusjon:**

I denne studien gir dei fleste pasientane uttrykk for at dei set pris på humor, og at dei ikkje hadde hatt noko imot at det var meir av det på avdelinga. Det verkar ikkje som om dei opplever pleiepersonalet som lettliva. Ofte når det vert brukt humor, er det pasientane sjølve som tek initiativ til det.

### **4.3.8 Totalopplevinga av pleiar sin veremåte**

*Dei som har kome inn til oss har alltid vore blide og hyggjelege, og verkar veldig interesserte.*

Undervegs i intervjuprosessen og i etterkant når eg har studert dei utskrivne samtalanene, sit eg att med ei kjensle av at pasientane gjennomgåande har ei svært positiv oppfatning av pleiepersonalet. Dette tyder ikkje at alt var perfekt, men at totalopplevinga var god:

*Hyggjeleg personale her, det er garantert.*

*Men søstrene er jo heilt skjønne. Dei er veldig greie alle.*

*Dei er så snille og greie og hjelpsame på alle måtar. Rett og slett eit hyggjeleg personale.*

*Og søstrene er så greie så. Eg har blitt godt motteken overalt.*

*Alle er fantastiske.*

*Det var berre fine måtar. Berre flott, dei er veldig høflege, varsame og gode. Det kan eg seie med handa på hjarta, så det har vore behageleg.*

*Nei, altså ja, det har vore en veldig god tone her. Eg synest dei har ein fin takt og tone. I alle fall her, det må eg seia.*

*Dei er eineståande.*

*Dei banker alltid på, aldri frekke, alltid høflege.*

### **Konklusjon:**

Velmeinande, vennlege, høflege og hyggjelege pleiarar.

### **4.4 Oppsummering av resultata, og sambandet mellom resultata og Martinsen sin omsorgsteori.**

Ut i frå dei samtaler eg har hatt med 12 nyopererte pasientar, såg det ut for at pleiarane hjelpte dei fleste pasientane ein del i stellet dei fyrste dagane. Martinsen er oppteken av at stellsituasjonen bør gjerast så enkel som mogleg. Det såg ut for at stellet på sjukehuset blei gjort så lik heimesituasjonen som mogleg. Pasientane blei raskt stimulert til å bli sjølvhjelpete. Dette var i pakt med pasientane sine eigne ynskje. Det varierte kor mykje hjelp dei ulike trong, men det var gjennomgåande at dei klarte seg sjølve etter nokre få dagar. Pasientar som trong lenger tid på å friskne til, kunne kjenna seg overkøyrde om pleiarar og legar forventa for rask progresjon. Martinsen (jf.kap.3.6.1) er skeptisk til sjølvhjelpsideologiane som ho meiner har vore dominerande i sjukepleien. Eg er samd i at sjølvhjelpstenkinga må brukast med fornuft. Studien tyder på at når pasientane var mest medtekne, fekk dei også pleie tilpassa sine behov, og at krava til sjølvhjelp auka gradvis. Martinsen meiner sjølvhjelpstenkinga høver best for dei pasientane som har potensiale i seg til å bli friske att. Det kan ho til ein viss grad ha rett i, for dei pasientane som opplevde at strevet førte til raskt betring, verka svært nøgde med situasjonen. Om krava til sjølvhjelp vart større enn det pasientane kunne makta, opplevde dei nyopererte det negativt.

Venekanyler på hender som ikkje var innpakka i plasthanske, forvanska stellet for pasientane når dei skulle vaska seg sjølve. Mest alle pasientane gav uttrykk for at det

var vondt å stå opp av senga dei fyrste dagane etter operasjon. I starten var det få som klarte å stå opp utan hjelp frå pleiar. Pasientane opplevde ofte at pleiarane gjekk for fort fram når dei skulle hjelpast opp. Oppståingsprosessen burde helst foregå i eit roleg tempo. Pasientane gav generelt uttrykk for å kjenna seg velstelte. Fleire gav uttrykk for at den beste pleien opplevde dei på den høgteknologiske oppvakingsavdelinga. Martinsen sine tankar om spesialisering som hinder for heilskapstenking vert ikkje utan vidare understreka. Studien tyder på at spesialisering kan vera til hinder for heilskapstenking, men ikkje treng vera det.

Ein del pasientar hadde store problem med å få sova om nettene. Ei av fleire årsaker var kroppsnære pleieaktivitetar. Pasientane ville likt at pleiarane masserte rygg og føter. Martinsen sine tankar om at haldninga til pasientane viser seg blant anna i handrørsler, vart til ein viss grad understreka av pasientane. Dei kunne kjenna forskjell på ulike hender, og dette kom kanskje tydelegast fram når dei fortalde om kor stor forskjell det var på korleis prosedyrar som klyster og sprøytesetting vart utført.

I stellsituasjonen vert pasienten utlevert til pleiar. Martinsen er oppteken av at den eine si utlevering er den andre si makt. Studien tyder ikkje på at pleiarane brukte si makt til å gjera pasientane forlegne, men både pleiar og pasient viste diskresjon. Fleire av pasientane gav uttrykk for at dei trudde det ville ha vore verre om dei hadde gjennomgått det same som unge. Pleiarane var gjennomgåande unge, og pasientane såg ut til å lika det. Personlegdomen til pleiar såg ut til å vera viktigare enn alder og kjønn. Ingen av pasientane hadde noko imot å bli pleia av kvinner, medan det kan sjå ut for at kvinner kunne grua seg for å bli vaska av menn. Skepsisen såg ut til å forsvinna når dei hadde opplevd menn i konkrete pleiesituasjonar. Ein av mennene var skeptisk til å bli pleia av menn. Det var fleire pasientar som ikkje ynskte pårørande til stades under stellet. Medpasientar såg dei derimot ikkje ut til å bry seg om i samband med stell.

Martinsen er oppteken av at ein lyt bruka ord og uttrykk som pasientane forstår. Studien tyder på at pleiarane snakkar i forståelege vendingar. Martinsen seier vidare at omsorg viser seg i den måten ein snakkar til andre på. Studien tyder på at det var lite rom for lengre samtaler, men det kan sjå ut for at ein lett tone verka positivt. Pasientane gav uttrykk for at dei gjerne skulle ha sett at pleiarane brukte meir humor.

Martinsen seier at ein kan bruka si makt til å frigjere den andre sine livsressursar, eller setja den andre fast i undertrykking. Humor ser ut til å frigjere pasientane. Trass i at det var lite rom for samtaler, ser det ut for at pasientane opplevde pleiarane som omsorgsfulle.

Martinsen er oppteken av at me må handla mot andre som me vil at ande skal handla mot oss. Ho snakkar om moralsk ansvarleg maktbruk. Studien tyder på at pleiarane kunne vera paternalistiske, og at pasientane stort sett likte det. Særleg når dei i etterkant såg at det pleiar foreslo var fornuftig. Pasientane såg ikkje ut for å lika å vera avhengige av pleiar. Det var ein situasjon dei raskast mogeleg ville frigjere seg frå. Dei arbeidde hardt for raskt å bli sjølvstendige. Pleiarane vart opplevd som medfølande. Medkjensla kunne visa seg i den totale veremåten, ved at pleiar uoppfordra kom inn til pasienten, ved at det blei teke omsyn til at ein var sliten, ved at ein blei oppfordra til å be om hjelp. Studien er gjennomsyra av stor tillit til pleiarane. Det var tillitsvekkjande å merka at det var ein plan i arbeidet, at sjukepleiar var offentleg godkjend, at legane tok pleiarane på alvor, at pleiarane var flinke til å vaska seg på hendene. Martinsen er oppteken av at ein lærar skjønner gjennom diskurs og eksempellæring. Pasientane opplever at pleiarane spør kollegaer når dei lurar på noko. Dette verkar tillitsvekkjande. Mistillit kunne oppstå om pleiarane handterte infusjonar ulikt og når pasientane fekk for lite informasjon ved for eksempel sondenedlegging. Totalopplevinga av pleiarane såg ut til å vera svært positiv.

Nyopererte pasientar sine opplevingar av den kroppsnære pleierelasjonen kan samanfattast i tre hovudtema og fleire undertema:

### **Praktisk kroppsnær pleie:**

- Undertema:   Å få stelt seg på oppvakingsavdelinga  
                  Å få stelt seg på sengeposten  
                  Å vaska seg sjølv  
                  Å stå opp av senga  
                  Pasientar som trong lenger tid for å bli sjølvhjelpete  
                  Hender  
                  Massasje



Teknisk dugleik

Nattlege aktivitetar

**Å bli avkledd:**

Undertema: Om pasientane vert forlegene

Ung eller gamal pleiar

Mannleg eller kvinneleg pleiar

Å bli stelt i nærvær av pårørande

Å bli stelt i nærvær av medpasientar

**Pleiar sin veremåte i samhandling med pasient:**

Undertema: Travel

Sit ikkje ned for å samtala

Tillitsvekkjande

Paternalistisk

Audmjuker ikkje den avhengige

Medfølande

Av og til humoristisk

Totalopplevinga av pleiar sin veremåte

## **5. Diskusjon**

I hermeneutisk metode er tolking sentralt. I tolkingssamanheng kjem ein sjeldan fram til eintydige sanningar, med drøftar ulike oppfatningar av resultatata. I kapittel 4 har eg diskutert resultatata opp imot Martinsen sin omsorgsteori. I det fylgjande vil eg prøva å trekkja trådar mellom resultatata, metode, litteratur og relevante studiar. Sidan sjukepleiarfaget profilerer seg som holistisk, vil eg diskutera resultat i eit holistisk perspektiv, og blant anna trekkja trådar til Smuts sin holismeteori (jf.kap.2.2.1). I kapittel 2 skriv eg om kroppsnær pleie i historisk samanheng. I det fylgjande vil eg trekkja trådar til kapittel 2, og diskutera resultat i eit historisk perspektiv. Konsekvensar av studien og vidare forskning vil og bli diskutert.

### **5.1 Tankar knytt til forskingsmetoden**

Kvaliteten på det kvalitative intervjuet vil vera avhengig av teoretisk forankring, informant, intervjuar og situasjonen kring intervjuet. I det fyljande vil eg diskutera hermeneutikk som forskingsmetode, praktisk gjennomføring av intervju, tolkingprosessen, truverde og generalisering.

#### **5.1.1 Om å forska hermeneutisk**

Eg opplever at aletisk hermeneutikk (jf.kap.3.2) har vore ei god tilnærming til studien. Innbakt i aletisk hermeneutikk ligg tankar om at ein skal setja både tekstar og det ein sansar inn i ein større samanheng. Gadamer snakkar om å sjå ein tekst som noko anna enn det den ved fyrste augnekast viser. Metoden legg vekt på tolking opp imot teoretisk referanseramme (jf.kap.3.6.1). Dette har eg opplevd som strukturerande og stimulerande, ved at det krev at ein vurderer resultatata opp imot andre sine tankar og oppfatningar. Ein må prøva å kasta lys frå ulike synsvinklar. Då kan det vera at det trer fram nyansar ein ikkje har tenkt over, eller ikkje har sett før. Det kan vera at det dannar seg syntesar som kan få fram ny undring og nye oppfatningar. Det kan visa seg at tidlegare opplese sanningar likevel ikkje er så sikre. Forståing vert såleis ei veksling mellom fokus på del og heilskap, førforståing og forståing. Til saman dannar delane ein vev, som ser annleis ut enn dei enkelte trådane veven er laga av. Eg opplever at

veven kastar nytt lys over det kliniske virke eg sjølv har delteke i store delar av mitt liv.

### 5.1.2 Praktisk tilrettelegging av intervju

Kvale (1997:180) skriv at dersom lesar finn resultata av ein intervjustudie interessante, og vil finna ut korleis ein har kome fram til denne kunnskapen, så vil vedkomande ofte møta ein svart boks. Lesar må ofte gjetta seg til den sosiale kontekst intervjuet har foregått i, kva spørsmål som er stilt og kva metodar ein har brukt ved transkripsjon og analyse av intervju. Om lesaren skal vurdere om funna er truverdige og sannsynlege, er det påkravd med informasjon om dei ulike metodiske trinn i undersøkinga. Intervjurapportane manglar ofte dette sambandet mellom dei opprinnelege samtalan og den endelege rapporten. Eg vil i det fylgjande seia litt om korleis intervjuprosessen føregjekk.

Avdelingsleiar førespurde dei som fylde kriteria om dei var viljuge til å snakka med meg. Samstundes delte ho ut informasjonsskriv om studien. I etterkant gjekk eg for å snakka med pasientane. Under fyrste møte fekk pasientane høve til meir informasjon om prosjektet, og på bakgrunn av det vurdere om dei ynskte å delta. I tillegg fekk pasient og forskar høve til å bli litt kjent med kvarandre. Etter samtalen gjorde eg notater om det eg trudde kunne koma til nytte. Lydbandopptak var ikkje aktuelt under denne samtalen. I samråd med avdelingssjukepleiar hadde eg på meg privattøy og kvit frakk når eg var i avdelingen. Under intervju tok eg av meg den kvite frakken, for å markere avstand til pleiarrolla, og på det viset vona eg at pasientane torde vera opnare enn om eg blei oppfatta som ein av pleiestaben. Eg har to namneskilt. Eit står det "intensivsjukepleiar" på, det andre står det "høgskulelærer i sjukepleie" på. Eg valde å bruka det sistnemnde skiltet, for å markera avstand til hjelparrolla, og nærleik til fagutviklings- og forskarrolla. Såleis skulle det bli endå tydelegare at ærendet mitt var forskning, ikkje pleie.

To av dei som blei førespurde, sa nei til å delta. Ein av dei som hadde sagt seg viljug til å bli intervju, vart ikkje operert likevel. Ein annan pasient som og hadde sagt ja til å delta, reiste heim før enn forventa, og det blei ikkje tid til intervju. To som hadde sagt seg viljuge til å delta, fekk komplikasjonar, og kjende seg så slitne at dei ikkje orka

intervju. Av dei 12 pasientane som vart intervjuja, var 4 kvinner og 8 menn. Gjennomsnittsalderen var 73,6 år. Den yngste var 63 år, den eldste 86 år. Storparten, dvs. 8 av pasientane var mellom 70 og 80 år. Berre ein var eldre enn 80 år, medan 3 var yngre enn 70 år. Etter å ha intervjuja 11 pasientar systematiserte eg dei innkomne data, og opplevde at eg hadde mange flotte og varierte utsegn om dei ulike tema. Eg opplevde å ha nok materiale, men intervjuja likevel ein pasient til, for å sjå om vedkomande tilførte studien endå meir. Etter å ha intervjuja 11 var tema metta. Det den siste sa, var sagt på ulike måtar tidlegare. Djuptgåande intervju med få personar, kan gje vel så stor forståing for ein situasjon, eit emne, som å intervjuja mange (Kvale 1997).

På avdelingen der intervjuja føregjekk, hadde pasientane eigen telefon ved senga. Dette gjorde det lett for meg å gjera avtale om intervju med pasientane. Oftast var det nok for meg å telefonera ein gong, men ein del pasientar ringde eg fleire gonger til, av di dei ikkje kjente seg i form for intervju verken fyrste eller andre gongen eg ringde. Eg prøvde å understreka at dei måtte venta med intervju til dei kjente seg i god form. Redselen for å plaga pasientane, var noko eg hadde med meg gjennom heile undersøkinga.

Informantane fekk telefonnummeret og adressa mi på informasjonsskrivet. På det viset kunne dei sjølv endra avtaletidspunkt. Dei kunne dessutan ta kontakt etter intervjuet, dersom det var noko dei gjerne skulle ha sagt, men som blei gløymt eller utelet under intervjuet. Det hende aldri at nokon ringte meg. Eg oppmuntra dei heller ikkje munnleg til å gjera det. I etterkant ser eg at eg kanskje skulle ha gjort det, for å understreka det som stod i informasjonsskrivet.

Etter operasjonen samtalte eg med informantane ein gong når han/ho var blitt så frisk at dei ynskte å samtala om det aktuelle. Samtalen føregjekk vanlegvis dagen før, eller nokre dagar før heimreise. Under intervjuet sat me på eit triveleg rom med sofa og bord. Enkelte gongar når pasientane var åleine på rommet sitt, velde dei å sitja der, i stol eller i seng. Ingen låg. Liggjande kjenner ein seg lett forsvarslaus og hjelpelaus. Relasjonar og samarbeidsklima endrar seg gjerne dersom det vert større likeverd i arbeidsstilling (Thornquist 1998:151). Det vert gjerne sagt at det er best at



djupneintervju foregår heime. Ann Nilsen (1992:20) opplevde det ikkje slik. Ho viser til at dei fleste, når det var mogeleg, velde å bli intervjuet på hennar kontor. Når intervjuet foregår heime hjå informanten, kan ein lett bli avbroten av telefonar, gjestar eller familiemedlemmer. Eg intervjuet 11 av pasientane på sjukehus, og ein på rekonvalesentheim. Eg trur det var viktig at samtalane ikkje føregjekk heime, då tema (jf.kap.3.4) var slike som ein gjerne snakkar mykje om på sjukehus men sjeldan heime. Dei fleste av informantane blei intervjuet ca ei veke etter operasjon. Det var nokre som ikkje kjente seg i form for intervju før det var gått over 14 dagar etter operasjon. Dei sistnemnde hadde trengt hjelp til pleie lenger enn dei andre.

### **5.1.3 Forskingsintervjuet**

Det var litt ulikt korleis intervjuet starta og forløp. Enkelte gongar var det slik at me sat og snakka uformelt, og at pasienten i den samanheng kom inn på tema som var nærliggjande til studien. Så nøsta eg vidare derifrå. Oftast var det slik at eg starta med å spørja om korleis det hadde vore å bli vaska og stelt. Eg "førte" dei gjerne attende til oppvakingsavdelinga i startfasen av intervjuet.

Kjenslene er ei viktig kjelde til erkjenning. Eg vert berørt av den andre si forteljing, og kjenner sjølv korleis den andre må ha det. Ved for eksempel å erkjenne at den andre eller ein sjølv vert forlegen, erkjenner ein samstundes grensa for kva ein kan spørja om. Forlegenhet er ei felles menneskeleg kjensla, noko me gjenkjenner hjå den andre (Fog 1994:124). Det viste seg mykje lettare å snakka om dei aktuelle tema enn eg hadde forventa. Pasientane viste ikkje mine til å vera brydde over å snakka om nedantilvask o.l., men dei hadde sine egne måtar å seia ting på, og alle var ikkje like direkte. Med kropp og språk markerte dei sine grenser, og eg pressa meg ikkje på. Når eg ikkje heilt forstod kva dei meinte, spurte eg gjerne om det. Andre gonger bad eg dei om å koma med eksempel. Ved at intervjuet blei tatt opp på lydband, fekk eg høve til å vera konsentrert om pasienten heile tida, og dermed kunne eg observere kroppsspråket og ta omsyn til det.

Nilsen (1992) opplevde at det sjeldan var nødvendig å spørja detaljerte spørsmål, då informantane snakka utfyllande om tema sjølve. Eg opplevde at pasientane var ulike

med omsyn til kor mange spørsmål dei trong og kor detaljert dei svarte. Enkelte var det berre å setja i gong. Dei trong få innspel frå meg. Andre var meir fāmælte, og trong fleire spørsmål/innspel frå meg. For det meste føregjekk intervjuet som ein vanleg samtale. Fog (1994) seier at ein kan ha ei temaliste med, og kikka på den ved slutten av intervjuet, for å konstatere at samtalen har rørt seg gjennom dei fleste tema. Det gjorde eg. Ved å heile tida kikka i intervjuguiden, kan intervjuar missa innstiltheten på og kontakten med den andre. For meg var det sjeldan mogeleg å gå attende til pasientane etter intervju. Då kunne vedkomande vera utskriven. Ved å ha ei temaliste som eg kunne kikka i ved slutten av intervjuet, sat eg ikkje og var redd for å gløyma tema.

Fog (jf.kap.3.5) seier at vår eigen angst kan føra til avstand og at ein vert lite fortruleg, eller det motsette. Når eg lytta til intervjuar i etterkant, opplevde eg ikkje meg sjølv som overdriven interessert og fortruleg, men heller ikkje som distansert. Det som derimot overraska meg, var kor lite flink eg var til å lytta. Eg trudde eg var ein god lyttar. Når eg hørde gjennom lydbandopptaka, vart eg overraska over kor ofte eg avbraut informanten. Ofte kom eg med eigne kommentarar og nye spørsmål, utan å la vedkomande snakka ut. Etter kvart i prosessen opplevde eg at intervjuar endra seg. Eg let informantane snakka ut i større grad, og det vart færre av mine eigne kommentarer. Når eg les igjennom intervjuar, ser eg at det ofte er hovudvekt på praktiske sider ved pleien i starten av intervjuar, medan det seinare var meir blanding av tema som omhandlar det moralske og det relasjonelle.

Eg opplevde det som ei stor føremon å ikkje ha klart definerte spørsmål føreåt, berre vide tema. Pasientane kom ofte med uventa innfallsvinklar og uventa utsegn om tema. Dette uventa, som eg føreåt ikkje hadde tenkt over eller ikkje visste noko om, er kanskje det viktigaste i studien. Grunnen til at ein forskar er jo nettopp å få fram ny kunnskap, auka kunnskap og større forståing for det som vert undersøkt.

Forskar, med den autoritet som ligg innbakt i det, har mest makt i relasjonen og størst ansvar for at den andre ikkje vert oversett (Thornquist 1998). I intervjusituasjonen prøvde eg hugse på at tilhøvet mellom forskar og informant er asymmetrisk. Eg fekk vite mykje om informanten, som vedkomande ikkje kunne forventast å få kjennskap til

hjá meg. Om forskar fortel om seg sjølv, så er det gjerne for å få pasienten til å kjenna seg trygg, eller for å få han til å fortelja meir om seg sjølv (Fog 1994:61). Eg fortalde nokså lite om meg sjølv, utanom det som stod på informasjonsskrivet, men i enkelte situasjonar var det naturleg å seia litt meir. Forskaren kan bruke sin posisjon på ein måte som fremmer autonomi, sjølvkjensla og tillit hjå informanten. På same vis kan forskar med sin autoritet underkjenne informanten. Å bli høyrte og bekrefta er livsviktig for små barn, og det held fram med å vera viktig heile livet. Asymmetrien kan kanskje minkast ved å gje informanten ei kjensla av at det han seier er viktig, og at eg er takksam for det han seier (Thornquist 1998). I etterkant føler eg at eg skulle vore endå flinkare til å takka informanten for at vedkomande gav meg av si tid, og at det vedkomande sa var viktig. Dei fleste bad om å få tilsendt ein rapport i etterkant. Eg voner rapporten vil gje dei ei kjensla av at det dei sa var verdifullt.

Ein av intensjonane med studien var at pasientane skulle oppleve intervjuet som tilleggsgoder. Nilsen (1992) spurde dei ho intervjuet om korleis dei opplevde å bli intervjuet. Samlege tykte det var positivt å snakka lengje og samanhengande om liva sine. Intervjuet gav dei ny innsikt. Hennar informantar var unge og friske. Eg spurde sjeldan direkte om korleis dei opplevde intervjuet. Dei fleste gongar var det likevel slik at eg opplevde at pasientane tykte det var fint å snakka med meg. Ein av pasientane sa at det hadde vore godt å snakka med meg, og at ein burde hatt nokon på avdelinga som ein kunne gå og snakka med. Vedkomande meinte det blei for lita tid til å snakka. Ein anna sa at den ettermiddagen eg kom for å snakka med han, var det beste han hadde opplevd på sjukehuset. Vedkomande tykte det var godt med nokon som "hadde roen". Av og til følte eg at dei blei slitne, og eg tenkte etterpå, at eg skulle ha avslutta tidlegare. Intervjuet varte omlag 60 minutt, enkelte gongar 90 minutt.

Kor påliteleg forskingsarbeidet vert, er avhengig av meg som intervjuer. Om eg har fokus på den andre eller på meg sjølv, om eg er fleksibel og naturleg, eller rigid og mekanisk. Intervjuet vil vera avhengig av meg som person, min forkunnskap og min dagsform (Fog 1994:157-159). Ein gong opplevde eg at intervjuet ikkje blei så godt som det kunne ha blitt, av di eg var forkjølt. Eg hadde vore sjuk i fleire dagar. Då vart eg oppteken av meg sjølv, mine eigne plager.

Det var fyrste gong eg brukte bandspelar under samtale. Eg var spent på korleis det ville bli å ha ein bandspelar ståande på. Bandspelaren gløynde eg fort, og den såg heller ikkje ut til å affisere pasientane.

#### 5.1.4 Tolkingsprosessen

Kvale (1997) meiner at mesteparten av tolkingsarbeidet bør vera ferdig når samtalen er avslutta. Ein del tolking blei gjort undervegs, men langt i frå alt tolkingsarbeidet blei gjort då. Ein stor del blei utført etter at alle intervju var avslutta, og eg hadde oversikt over materialet.

Eg starta vanlegvis transkripsjon av intervjuet den dagen det hadde foregått, og var ferdig før neste intervju. I starten skreiv eg ut alt som blei sagt av informant og meg sjølv, ordrett. Seinare brukte eg meir skjønn, og let vera å skriva det uvesentlege mellomsnakket. Det er klart at skjønn er ei form for tolking. Eg skreiv etter kvart mindre av mine eigne kommentarer. Desse viste seg å ikkje vera så viktige. Når dei var viktige for å forstå informantutsegn, skreiv eg dei sjølv sagt ned. Informantutsegn skreiv eg ofte av ordrett, men enkelte gongar var det mest fornuftig å laga samandrag av det pasientane sa. Fyrst skreiv eg alle utsegn på dialekt, inkludert mine eigne. Transkripsjonen gjorde meg klar over den store forskjellen det er mellom dagleg talemåten og det normerte skriftspråket. Eg visste sjølv sagt at der var ein forskjell, men hadde aldri tenkt over at den var så stor. Kvale (1997) skriv at det ordrett transkriberte språket kan framstå som usamanhengande og forvirra tale, og vitna om låg intelligens. Intervjupersonane kan dermed kjenna seg fornærma. For meg som berre hadde 12 pasientar med i studien, opplevde eg i tillegg at ein lett kunne kjenna att dei ulike pasientane om eg skreiv på dialekt. Dermed sikra eg ikkje konfidensialitet. Av dei to ovanfor nemde grunnar, skreiv eg alle utsegna om til normert nynorsk. Eg vil ikkje underslå at den munnlege talemåten ofte er "saftigare" enn normspråket. I den grad det har vore mogeleg, har eg prøvt å ivareta "safta" i utsegna.

Kvaliteten på lydbanda er viktig for kor påliteleg transkripsjonen vert (ibid.). Stort sett var det lett å skrive av, men av og til var eg i stuss om kva som vart sagt. Hørde om att og om att. I den samanheng var det godt at transkripsjonen vanlegvis føregjekk



same dag, eller dagen etter intervju. I alle høve før nytt intervju. Dermed var det lettare å hugsa kva pasienten konkret hadde sagt. Når eg skreiv ut lydbandopptaka, noterte eg tema med store bokstavar etter kvart som dei dukka opp. Det gjorde at det i etterkant var lett å gå inn i materialet å finna fram. Eg oppdaga at ein gløymer fort. Eg blei mange gonger overraska over kva informantane hadde sagt, og opplevde lydbanda som gullgruver.

Eg er klar over at mi sjølvforståing, mitt liv, min historie (jf.kap.3.1) har innverka på tolkinga av pasientutsegn og veremåtar. Eg prøvde heile tida å vera mistenksam mot meg sjølv. Hadde eg noko ynskje om at kollegane mine skulle bli vurdert positivt eller negativt? Hadde eg faglege kjepphestar som eg ynskte å få fram for ein kvar pris? Unnlet eg å spørja vidare når informanten sa ting som ikkje høvde med mine forestillingar? Let eg vera å transkribere det eg ikkje likte?

Eg opplever ikkje at eg har hatt noko interesse av å vri tolkinga i den eine eller andre retning. I utgangspunktet var eg svært positiv til Martinsen sine tankar om omsorg og sjukepleie, trudde at eg for det meste var samd med henne. Undervegs i studien har eg blitt meir kritisk. Eg opplever framleis at hennar fokusering på omsorg ut i frå det praktiske, relasjonelle og moralske er fornuftig, men pasientutsegna understrekar ikkje alltid hennar tankar (jf.kap.4, kap.5.2, kap.5.3). Sjølv om eg er blitt meir kritisk til ein del av hennar tankegods, så har tolking opp imot hennar teoriar gjort pasientutsegna tydelegare for meg. Det tankearbeidet ho har gjort, står det stor respekt av, og det har hjelpt meg i min eigen erkjenningsprosess. Studien har gitt meg høve til å setja hennar oppfatningar inn i ein konkret pleiesamanheng. Det er i praksis ein ser om teoriane held mål eller ikkje. Dahle (jf.kap.2.3.1) kritiserer teorien hennar for å vera lite konkret med omsyn til korleis ein skal møte den sjuke kroppen. Eg er samd med Dahle i den kritikken. Eg opplever at Martinsen har lite fokus på det praktiske, og hovudfokus på det moralske. Såleis minner ho litt om den gamle nonnekulturen, som distanserte seg frå kroppen og fokuserte på moral (jf.kap.2.1, kap.4.2.1).

Pasientgruppa eg intervjuar, var eldre menneske på sjukehus. Før innlegging var alle sjølvhjelpete, og dei fleste var mest heilt sjølvhjelpete når dei forlet sjukehuset etter operasjon. Martinsen (1989:77) vil truleg kalla dei sterke pasientar som tilhøyrrer

vekstomsorga, dette er pasientar ho kanskje ikkje vil prioritere. Eg er samd med Martinsen i at ein bør omprioritere i helsevesenet, og at ein bør ta betre hand om dei kronisk sjuke. Dette tyder ikkje at ein skal slutta å driva sjukehus, men at ein må vere kritisk til kva behandlingsformer ein skal tilby i samfunnet vårt, og kven som skal behandlast. Eg tykkjer hennar vektlegging av både moralske-, relasjonelle- og praktiske sider ved sjukepleien, høver like godt både i vekstomsorga som i vedlikehaldsomsorga. For pasientar som kjem til sjukehuset for å bli operert, er den kroppsnære pleien heilt avgjerande for tilfriskning. I den samanheng tykkjer eg det høver godt å referera søster Ingrid sitt førelesingsnotat frå Rikshospitalet i 1939 (Elstad, Hamran 1995:108):

*At operasjonen går godt - er legens sak, men at pasienten kommer sig er søsters sak.*

### **5.1.5 Om studien verkar truverdigg**

Det eg har skrive om tolkingsprosessen, tilrettelegging og gjennomføring av intervju (jf.kap.5.1.2, kap.5.1.3, kap.5.1.4) voner eg er med på å underbygge studien sitt truverde. Tolking av utsegn og opplevingar er ein prosess som pågår under heile samtalen. Dette gjeld både i dagleglivet og i forskingssamanheng. I intervjusituasjonen prøvde eg å lytta aktivt. Det vil sei at eg prøvde å stadfesta det pasienten sa ved å bruka same ord som pasienten brukte, nikka, seia "hm" o.l. (Thornquist 1998). Eg tok vanlegvis utgangspunkt i det pasienten sa når eg skulle formulera nye spørsmål. Når det pasienten sa var uklart eller tvitydig, stilte eg spørsmål for å undersøkje om eg hadde forstått pasienten rett. Såleis vert data meir pålitelege (reliable) (Kvale 1997). Undervegs justerte eg spørsmålsstillinga ut i frå mi tolking av kroppsspråket. Tolking av kroppsspråk byggjer i høg grad på intuisjon (jf.kap.3.2), som har si rot i livserfaring og yrkeserfaring (jf.kap.3.1). Når me prøver å forstå den andre vert empati viktig. Det tyder ikkje at eg har sympati for den eg snakkar med, men at eg har evne til å setja meg inn i vedkomande sin situasjon (Holm 1994). Stor empatisk evne vil føra til at ein betre klarer å setja meg inn i korleis pasientane har det. På det viset vert tolkinga meir påliteleg, enn om ein har lita evne til empati. Etter intervju noterte eg mi oppfatning av pasienten. Mine opplevingar av stemme og veremåte har innverka på tolkingsarbeidet.

Lesar lyt sjølv vurdere om det eg skriv er til å stole på, det vil sei om det er reliabelt. Resultata er i stor grad presentasjon av pasientutsegn, så om lesar ikkje kjenner seg overtydd over mi tolking, har vedkomande høve til sjølv å lese det pasientane sa, og kanskje koma fram til ei anna tolking. At det fins andre tolkingar av utsegn, treng ikkje tyde at mi tolking er feil, men at me alle er utstyrt med "ulike briller". Mangfaldet er ein rikdom, då den verkelege pleiekvardagen må ta omsyn til mangfaldige personar med ulike behov. Eg meiner at alle delar av studien, så langt som det er mogeleg, er presentert på ein slik måte at den enkelte sjølv kan vurdere om studien omhandlar og svarer på det den hadde som formål å utforska. Lesar kan med andre ord vurdere om den er valid (Kvale 1997:158-177).

Full kontroll av studien kan den som les likevel ikkje ha, dermed vert forskning ei tillitssak, der ein kan tru på det som er skriva, tvila på det, eller avvise det. Eg har mykje informasjon som lesar ikkje har, og dermed større forutsetningar for å tolka. Eg har sett pasienten og lytta til vedkomande si stemma. Når eg tolkar utsegn ser eg gjere pasienten for meg. Kroppsspråket, stemmebruken og totalopplevinga av personen vil påverka mi tolking av utsegn. Såleis er eg ikkje heilt i tråd med Gadamer som berre tek utgangspunkt i det språklege (jf.kap.3.2). I praktisk sjukepleievirke dannar det sanslege ofte eit større grunnlag for forståing enn det verbale. Mange sjuke orkar ikkje snakka, andre er medvitslause, atter andre er forhindra i verbal kontakt på grunn av respiratorbehandling, narkosegassar, lammingar osv. Spedbarn er heilt avhengige av at me forstår dei ut i frå veremåte, då språket enno ikkje er utvikla. Spesielt når språk manglar, må sjukepleiar forstå pasientane ved hjelp av intuisjon som er tufta på erfaring og teori. Også når pasientane har språk, er det sanslege heilt sentralt i sjukepleiekvardagen (jf.kap.3.6.1). I denne studien vil eg ikkje sei at det non-verbale har større innverknad på tolkinga enn det verbale, men det er klart at det non-verbale er viktig informasjon som har innverka på tolkinga av utsegnene.

### **5.1.6 Om resultata frå studien kan generaliserast**

Kan resultata frå studien generaliserast til andre pasientar i liknande situasjonar? Kvale (1997:160) skriv at i det postmoderne samfunnet er ein mindre fokusert på universelle

sanningar, og vektlegg i større grad mangfald og kontekst. Pasientane i studien er eldre. Pleietrengjande av di dei var nyopererte. Om funna kan generaliserast til andre eldre, nyopererte pasientar eller andre eldre pleietrengjande, er vanskeleg å sei, då eg trur at blant anna pleiekulturen og bemanningssituasjonen på ein avdeling kan innverka mykje på korleis ein opplever den kroppsnære pleierelasjonen. Kjell Kristoffersen (1998) seier at kor overførbare resultat er, er avhengig av at studien vert forstått og vurdert som fornuftig av andre. På mange vis opplever eg ein studie som eit maleri. Når arbeidet er presentert, vert det opp til den enkelte å meina noko om verket. For eigen del skjønner eg lettare kvifor eit maleri er blitt som det er, når eg kjenner godt til kunstnaren sitt liv, og veit noko om kva livssituasjon vedkomande var i då ho laga kunstverket. Slik er det kanskje i forskningssamanheng også. Derfor har eg lagt vekt på at lesaren skal få vita ein del om kven eg er (jf.kap.3.1).

## **5.2 Den kroppsnære pleierelasjonen i eit holistisk perspektiv**

Då sjukepleiefaget profilerer seg som holistisk, vil eg gjerne setja studien inn i eit slikt perspektiv. Dette er også i pakt med aletisk hermeneutikk (jf.kap.3.2). Det fins ulike oppfatningar av kva holisme er for noko. For eigen del finn eg Smuts sine utleggingar av begrepet fornuftige (jf.kap.2.2.1). Han legg blant anna vekt på evolusjonstankegangen. I den samanheng tenkjer eg meg at samspelet mellom pleiar og pasient bør vera slik at det fremmer vekst og utvikling. Det verka som om pasientane i studien arbeidde hardt og intenst for å bli friske etter operasjonen. Dei tolte mykje smerte og ubehag, for snarast mogeleg å bli friske og sjølvhjelpete att. Dei gledde seg over sigrar som å ha klart å stå opp, klart å vaske seg sjølve o.l. Dei fleste var mellom 70 og 80 år. Dette understrekar Erik H Erikson (1981) sin teori om at mennesket har potensialer i seg til å veksa heile livet. Eg trur ikkje iveren etter å vera sjølvhjelpet, berre er uttrykk for samfunnsforventningar, i denne samanheng, pleiarforventningar. Som mor, ser eg stadig gleda barna framviser når dei fyrste gong klarer å kle på seg, knyta skoreima, gå på ski osv. Denne sjølvhjelpsiveren ser ut til å fylgja oss heile livet, ser ut til å vera nedlagt i mennesket, ei enorm drivkraft. Pleiarane stimulerte sjølvhjelpsiveren, og tok tydelegvis mål av seg til å gripa minst mogeleg inn. Monsen seier at ein kan bruka si makt til å gjera den andre avhengig (jf.kap.2.5.1). Studien tyder ikkje på at pleiarane gjer det. Tvert om ser det ut for at dei stimulerte



sjølvhjelpsiveren. Dette stemmer over eins med Lawler sine funn (jf.kap.2.3.1).

Ein del av pasientane kjempa utan å oppleve raske sigrar, dei fekk ikkje den framgang dei hadde forventa, og som dei nok følte at legar og pleiarar forventa at dei skulle ha. Desse pasientane trur eg ikkje opplevde at dei var i vekst og utvikling. Samstundes hadde dei iveren i seg til raskast mogeleg å bli friske og sjølvhjelpete. Kan det vera at denne streven etter å klara seg sjølve, til å bli friske, er ei menneskeleg innebygd drivkraft som vil gjera oss til heilare individ, jamfør Smuts (kap.2.2.1) sine tankar om holisme som ei usynleg, innebygd drivkraft i universet?

Lawler (1996) meiner holisme er eit uheldig forsøk der sjukepleiar prøver å koma forbi den skitne kroppen. Hennar skepsis til holisme-teoretisering i sjukepleien, har samanheng med at ho meiner den ikkje har teke utgangspunkt i praksis. Lawler innfører eit nytt begrep, somologi, til å synleggjere den praktiske klokskap som er innbakt i sjukepleien. Dette gjer ho for å overkoma dualismen kropp-sjel. Lomborg (1995:38) er skeptisk til somologi-begrepet, og meiner det gir assosiasjonar til den dualismen mellom psyke og soma som Lawler ville overkoma. Når eg tenkjer holisme i Smuts si meining av ordet, og på bakgrunn av denne studien, kan eg ikkje sjå at holistisk tenking kan brukast til å unngå kroppen. Fokuset hjå pleiarane i denne studien er nettopp den skitne kroppen. Det er den pleiarane tek utgangspunkt i når dei skal fremja vekst og integrasjon. Ved å hjelpa den diaretilskitna pasienten med å få stelt seg, kan ein medverka til at vedkomande kjenner seg litt heilare, og at vedkomande fattar nytt mot. For meg gir holisme begrepet stor meining, nettopp av di eg opplever at kroppen må vera med, den dannar utgangspunkt for alt i menneske. Sagt med Merleau-Ponty, me har ingen kropp, me er kropp (jf.kap.2.2). Utan kropp opplever eg holismetenkinga i sjukepleiesamanheng meiningslaus og umogeleg.

Lomborg (1994) refererer til Tor Nørretranders som stiller prinsipielle spørsmål ved om sjukepleiar overhovudet kan pleia og behandla pasientar holistisk under legen sitt ansvar, når legen er premissleverandør og har apparatfeil-modellen som fagleg bakgrunn. Heilskapsforståing meiner han ein berre oppnår ved djup forståing for enkeltdelane. Det vil sei fokus på det individuelle. Eg trur Nørretrander kan ha rett i at legen sin apparatfeil-modellen, kan gjera det vanskeleg å praktisera holistisk sjukepleie

i sjukehus. Eg trur ikkje legane åleine skal ha skulda for apparat-feil-modell-tenkinga. Dei vert pressa utanfrå av politikarar og direktørar som honorerer effektivitet og stor gjennomstrøyming av pasientar i systemet. Politikarar og direktørar avspeglar på si side eit marknadsorientert samfunn (jf.kap.2.1). Kanskje det nettopp er pleiarane si holistiske innstilling, som gjer apparat-feil-modell-systemet levelig for både pasientar og pleiarar? Legane Schwatz og Wiggens seier i boka til Thornquist (1998:74) at dersom helsepersonell ikkje tok i bruk kunnskap frå dagleglivet, kunnskap som ofte vert sett på som mindreverdige og uvitskaplege, ville dei gjera skade. Widerberg (jf.kap.2.4) meiner kvinner har tradisjon for å tenkje på andre enn seg sjølve. Dette er ein tradisjon dei ofte tek med seg inn i yrkeslivet. Menn er meir smalspora, absorberer mindre, og er generelt mindre opptekne av å ivareta andre sine behov (Grødal 1999). Eriksen (jf.kap.2.4) meiner at sjukepleiarane i sjukehussektoren ofte vert forhindra i å utføra konkret omsorgsarbeid, og at omsorgsevna vert avlærd. Eg trur ho har rett i at omsorg får trønge kår i effektivitetsmaskineriet. Kan det vera at sjukepleien si forankring i ein tradisjonell kvinnekultur (jf.kap.2.1), gjer at pleie likevel sjeldan vert mekanisk og utan omsorg. Pasientutsegna i denne studien kan tyda på det.

Eg opplever ikkje at pasientane i denne studien støttar opp under Martinsen og Wærness (jf.kap.2.1) sine tankar om at heilskapleg sjukepleie ikkje eksisterer. Martinsen og Wærness tek utgangspunkt i at oppsplitting av arbeidsoppgåver kan vera til hinder for heilskapleg pleie. Også Smuts (jf.kap.2.2.1) meiner oppsplitting kan bli eit hinder for å tenkja heilskapleg. Eg er samde i at oppsplitting av arbeidsoppgåver er uheldig, og at det er ei føremon at pleiarar ved same avdeling har mest mogeleg lik utdanning, like arbeidsoppgåver og likt mynde. Denne studien har ikkje fokusert på hjelpepleiar/ sjukepleiar, men omfattar heile pleiegruppa. Ein av pasientane meinte han hadde opplevd betre omsorg sist han var på sjukehus, av di han då hadde kontaktsjukepleiar. Dette kan vera uttrykk for at omsorg vert betre når ein har eit fast haldepunkt, men kontakt-sjukepleiar-ordninga fører ikkje automatisk til mindre oppsplitting av arbeidsoppgåver. Oppsplittinga av arbeidsoppgåver har større samanheng med kor mange sjukepleiarar og hjelpepleiarar som er tilsett på ein avdeling. Der det er mange hjelpepleiarar, vert det vanlegvis større oppsplitting av arbeidsoppgåver. På avdelingar med berre sjukepleiarar, som på oppvakingsavdelinga, har ein mest ikkje oppsplitting av pleien. Fleire pasientar skrytte mest over pleien dei

fekk ved oppvakingsavdelinga (jf.kap.4.1.1). Kan det blant anna ha samanheng med den kontinuitet og den kontakt det innebar at det var få, oftast berre ein pleiar som utførte pleien? Kan det vera at denne form for sjukepleie verkar meir heilskapleg og stimulerande for tilfriskingsprosessane?

Martinsen og Wærness (jf.kap.2.1) meiner profesjonaliseringa av sjukepleiaryrket har medverka til avfeminisering av yrket. Dei meiner yrket krev mindre av dei eigenskapar som tradisjonelt har vore tillagt kvinner, ved at det er blitt ein reell karriereveg for menn. Eg tolkar tradisjonelle kvinneeigenskaper som den urgamle evne til stimulerande omsorg (jf.kap.2.1). Så langt eg kan vurdera, underbyggjer ikkje studien at yrket har blitt avfeminisert. Heller ikkje Lawler sin studie (jf.kap.2.3.1) underbyggjer at sjukepleiar er prega av ei maskulin, teknisk-instrumentell livsforståing. Eg opplever tvert om at det pasientane seier, ofte oser av tradisjonell kvinneomsorg, også det dei seier om mannlege pleiarar (jf.kap.4.2.3). Ein skal vere forsiktig med å trekkje store konklusjonar ut i frå eit lite materiale, men ein kan undra seg, tenkja høgt og stilla spørsmål. Hannkjønnet utgjer berre ein liten del av den totale pleiegruppa. Kan det vera at dei må innretta seg etter kvinneverdiane, eller er det slik at menn som søker sjukepleien i utgangspunktet er omsorgsfulle? Kan det vere slik at både menn og kvinner som lærer å ha omsorg for andre i oppveksten, blir gode til det i yrkessamanheng og? Ulla Holm (1994) meiner det er vanskeleg å læra empati i samband med yrkesutdanning, om ein ikkje har kan det frå før. Kan det vere at dei mannlege sjukepleiarane ein gong var gutar som blei opplært til å ha omsorg som ein tradisjonelt tillegg kvinner? Kan det vera at både menn og kvinner er utstyrt med forutsetningar for å tenkja holistisk, til å ivareta det kroppsnære, berre desse evnene vert stimulert?

### **5.3 Kroppsnær pleie i vår tid**

Før skriftspråket gjorde sitt inntog, vart kunnskap overført munnleg. Dette ser framleis ut til å vera sentralt, då pasientane opplever at sjukepleiar spør kollegar om det er noko dei lurar på (jf.kap.4.3.3).

Kvinner har alltid teke hand om kroppen (jf.kap.2.1). Slik er det framleis på sjukehusa

våre. Det er hovudsakleg kvinner som tek seg av den kroppsnære pleie, men der er også nokre menn på denne tradisjonelle kvinnearenaen. Det ser ut for at menn som veljar å pleia sjuke kroppar, opplevast like omsorgsfulle som kvinner, men at pasientane, spesielt kvinnelege pasientar, ser ut til å vera meir skeptiske før dei har opplevd menn i pleiesamanheng (jf.kap.4.2.3).

I primitive kulturar (jf.kap.2.1) fekk kvinnene sjølve æra for det dei gjorde i samband med kroppsnær pleie. Dette er ofte ikkje tilfelle på sjukehusa. Der verkar det ofte som om det er legane som får æra av at det går pasientane godt. Legane er viktige, men dei er ikkje viktigare enn pleiarane. Denne studien har gjort det tydeleg for meg kor lite kontakt pasientane har med legane under eit sjukehusopphald. Etter operasjonen er dei mest heilt overlata til pleiegruppa. Mange veit ikkje kven som har operert dei. Pasientane sa mykje om lege-pasient relasjonen. Dette etterspurde eg sjeldan, men dei begynte ofte spontant å snakka om det. Det dei sa vart såpass omfattande, at eg ikkje kan inkludera det i denne studien. Det vil eg skriva om i ein eigen artikkel.

Dei greske filosofane som har lagt grunnlaget for tenkinga i vår kultur, rekna kroppsarbeid som mindreverdige (jf.kap.2.2). Slik er det på mange vis framleis i samfunnet vårt, men det ser ikkje lenger ut som om hovudskilnad mellom låg og høg status går mellom kroppsarbeid eller ikkje. Hovudskilnaden går heller mellom menn og kvinner. I industribedrifter med mange kvinner, for eksempel tekoindustri og hermetikkindustri, er det gjerne låg løn, medan tungindustri med mange menn er betre betalt. Både kirurgar, sjukepleiarar og tannlegar driv i høgste grad med kroppsnært, praktisk arbeid, men det er det kroppsarbeidet som hovudsaklege vert utført av kvinner, som får låg status og låg løn. Så vår tid er kanskje meir prega av kvinneforakt enn kroppsförakt.

Når eg innleiingsvis (jf.kap.2.1) skreiv om kroppsnær pleie i eit historisk perspektiv, viste eg til korleis nonneidealet kravde avstand til direkte kroppsnær pleie. Dette idealet forplanta seg truleg i diakonissene si opplæring. Ein av pasientane i studien fortalde om sitt møte med den kroppsnære pleiekulturen i eit diakonissesjukehus for 50-60 år sidan. Diakonissene vegra seg for å vaska han nedantil, trass i at han ikkje klarte det sjølv (jf.kap.4.2.1). Vår foreldregenerasjon kunne bli brydde om barna



overrumpla dei nakne på badet (Haug 1987). Dette verkar framand i våre dagar, og er vel uttrykk for ei ny kroppskulturell tid. Tidsånda forplantar seg i sjukehusa og. Desse ser i dag ut for å vera stader der det å bli avkledd er naturleg. Dette må ikkje forvekslast med seksualitet. Seksuell åtferd er heilt uakseptabelt i pleiesamanheng. Det gjeld for både pasient og pleiar (jf.kap.2.3.1). Det er heller ingen ting i studien som tyder på at pleiesituasjonen hadde seksuelle undertonar. Thornquist (jf.kap.2.3.1) meinte at dette kan ha samanheng med at pasient-pleiar relasjonen minner om det aseksuelle mor-barn tilhøve.

Ingrid Wyller (1974:244) seier at sjukepleiarane veit at deira arbeid krev meir enn fagkunnskap, og at den inste kjernen i faget er det varme hjarte og sinnelaget som medvite går inn for å vera eit medmenneske der det har brote inn sjukdom, ulukke, sorg og angst. I 1974 lurte ho på om det var mogeleg å ta vare på dette. Studien støttar ikkje opp under Colliere, Martinsen, Wærness (jf.kap.2.1) og Eriksen (jf.kap.2.4) som meiner at sjukepleiarane vert så oppslukte av teknologi og legeforskrivingar at dei taper omsorgsaspektet. Sjukepleiarane på post operativ avdeling, arbeider på ein avdeling der det er mykje teknologi og mange legeforskrivingar, men pasientane opplevde likevel god omsorg (jf.kap.4.1.1). Pasientane opplevde god omsorg på kirurgisk sengepost også. Pasientane ser ut til å meine at pleiarane både har lyst til-, evna til- og kunnskap om god kroppsnær pleie. Studien tyder på at pleien kunne blitt endå betre om personalet på sengeposten hadde hatt betre tid.

Me lever i ei tid der sjukepleiar prøver å "ta attende pleien". Ho ynskjer ikkje berre å springa rundt med medisiner og å utføra prosedyrar og delegerte legeoppgåver. Ho ynskjer også å ta hand om stell og vask av den sjuke kroppen, med den nærkontakt det inneber. Lindhardt seier at han opplever at det skjer ei endring i sjukehusa, med større vekt på pleietanken, og at spesielt sjukepleiarane fører fram i så måte (jf.kap.2.1). Omgjering av hjelpepleiarstillingar til sjukepleiarstillingar ved dei store sjukehusa i Noreg, opplever eg som uttrykk for denne utviklinga. Det at alle kan utføra alle oppgåver gjer pleien smidigare, fører til mindre hierarki og mindre oppsplitting av arbeidsoppgåver.

Nørretranders (Lomborg 1994) skriv at det kjem til å skje endringar i helsevesenet. Han trur at folket kjem til å stilla heilt andre krav til service og at helsevesenet vert fråteke si autorative makt over folket. Helsevesenet vil bli eit serviceorgan. Ein av pasientane i studien fortalde om opplevingar ho hadde frå sjukehus i førskulealderen. Historien fant stad for over 70 år sidan. Ho skulle fjerna polyppane i halsen. Visste ikkje at ho skulle på sjukehus eller kva som skulle skje. Ho trudde ho skulle på ein vanleg bytur, men plutselig var ho på eit sjukehus. Mor forsvann utan å ta farvel. Hennar historie indikerer at helsevesenet endrar seg i rett retning, og at makta avtek og servicen er i betring:

*Mor sa at ho skulle kjøpa banan til meg, men forsvann berre. Så kom der ei nonne i flagrande gevanter, som snakka gebrokkent og tok meg med. Eg blei sett oppå ein benk. Det tykte eg var rart... Etterpå blei eg lagt på eit rom med vaksne. Der var ingen barneavdeling. Der var inga ledig seng. Eg blei lagt på ein sofa. Om natta datt eg på golvet. Etter at eg kom heim besvimte eg stadig på grunn av store blodtap... Eg er glad for at me har kome milevis lenger i dag. Ein kan bli mørkeredd av mindre enn det eg gjennomgjekk.*

Historie ovanfor tyder på at kallstanken ikkje er nokon garanti for verken god behandling eller pleie. Martinsen (jf.kap.3.6.1) skriv at for både legar og sjukepleiarar var kallet tidlegare ei forutsetning for deira virke. Slik var det for nonner også (jf.kap.2.1). Ho meiner vidare at kallstanken må gjeninnsetjast i helsevesenet, for å hindra for stort gap mellom helsepersonell sine interesser og velferdskrav, og folket sine behov for tenester.

Kan det vera at pleiarane sine krav om adekvat bemanning, levelege vaktordningar, leveleg løn, leveleg arbeidsbelastning, ikkje berre tener pleiarane, men også pasientane? Studien tyder på at både kunnskapsnivået og haldningane til pleiarane var gode, men at dei hadde det for travelt. Hastigt kroppsnært samkvem var ikkje godt for den sjuke kroppen (jf.kap.4.1.4, kap.4.3.1). Kan det vera at pasientane er best tent med pleiarar som ikkje har noko ideal om å vera underdanige og lydige (jf.kap.2.1), men som er sjølvmedvitne og vågar å kjempa både for seg sjølve og pasientane?

Historien ovanfor seier noko om at helsevesenet avspeglar si tid. For 70 år sidan hadde ein mindre av den naturvitskaplege kunnskap som pasientar som vert operert i dag dreg nytte av. Historien tyder dessutan på at ein hadde mindre innsikt i

mellommenneskelege relasjonar. Barn som vert operert i dag vert vanlegvis skikkeleg førebudde, og foreldra er heile tida i nærleiken. Sjølv om dei materielle rammene kring sjuke barn framleis er klanderverdige, så har det skjedd ei enorm utvikling i positiv retning.

Kan det vera at ein god porsjon naturvitskapleg kunnskap og annan praktisk og teknisk kunnskap, kombinert med ein stor porsjon mellommenneskeleg kunnskap og innsikt, skikkelege materielle og økonomiske rammebetingelsar og eit samfunn med sosialdemokratiske tradisjonar, er viktigare forutsetningar for god pleie enn kallet er? Både Nightingale og Martinsen meiner at sjukepleiarane bør ha eit samfunnsengasjement. Magne Reigstad (1999) skreiv nyleg at politisk påverknad ville bli ei stadig viktigare rolle for norske sjukepleiarar i det neste hundreåret. I den samanheng trur eg at det blant anna er viktig å kjempa for betre bemanning, betre løn og mot eit marknadstilpassa helsevesen (jf.kap.2.1). Marknadstenkinga vil ikkje hjelpe det svake, sjuke mennesket eller hjelparane.

#### **5.4 Kva konsekvensar studien bør få**

Ein skal vera forsiktig med å koma med pleiemessige endringsframlegg, ut i frå ein liten studie. På ei anna side er det ikkje sikkert at ein større studie hadde kome fram til noko anna resultat. Sjølv opplevde eg at intervju med 12 pasientar var nok (jf.kap.5.1.2). Eg trur ikkje at fleire intervju ville ha endra resultatata på markert vis.

Ut i frå mi tolking, ser det ut for at pasientane stort sett får kroppsnær pleie tilpassa sine behov. Dette stemmer over eins med Lawler sin studie av pleiegrupper (jf.kap.2.3.1). Dei vert tidleg stimulert til å bli sjølvhjelpete, og dei fleste opplever i etterkant at det var klokt. Samstundes var der nokre som ikkje friskna til så raskt som forventa. Overfor desse må ein vera forsiktig, så kravet om sjølvhjelp ikkje resulterer i fortvilning og nederlagskjensle. Fleire var slitne før dei blei innlagt til operasjon, og nokre hadde andre plager og sjukdommar i tillegg. Dei gav uttrykk for at dei ikkje trudde pleiarane kunne gjera meir enn dei gjorde. Pleien meinte dei var meir enn god nok. Mangel på kvile verka som eit gjennomgåande problem for desse som ikkje friskna raskt til. Ein av dei var utsliten av urolege medpasientar, og hadde trengt ro og

fred på eit anna rom. Ein annan ville kanskje hatt det betre om han fekk skikkeleg med sovedisin. Vedkomande hadde ikkje sove verken dag eller natt sidan han kom til sjukehuset. Ein pasient fekk ikkje kvila av di ho fekk intravenøse infusjonar om natta, noko som førte til at ho måtte fram på toalettet svært ofte. Fleire av desse plaga pasientane, strevde med diare. Om mangel på kvile medverka til diare, eller om diare førte til lite søvn er vanskeleg å vita. Kanskje nokre av desse pasientane hadde hatt det betre om ein sytte for skikkeleg ro og kvile?

Pasientane i studien verka ikkje kravstore, og eg trur dei vegra seg for å ta opp problem, stilla krav eller verka misnøgde. Dette kan ha samanheng med den makt og avhengighet som er innbakt i situasjonen (jf.kap.2.5.1,kap.4.3.5). Det at dei ikkje tok opp problem, treng ikkje nødvendigvis ha samanheng med makt og avmakt, men kan vera uttrykk for at den sjuke verken har krefter eller overskot til å kjempa for nokon ting som helst. Ein er avhengig av at legar og pleiarar lever seg inn i og forstår korleis ein har det, og handlar deretter. At dei ikkje tek opp problem, kan og vere uttrykk for at dei trur "det må vere slik", at det er slikt ein lyt gjennomgå etter operasjon. Dei færreste hadde tidlegare operasjonar å samanlikna med.

Det at mange av pasientane snart klarte seg sjølve, resulterte mange gongar i lite kroppskontakt mellom pleiar og pasient. Montagu og Autton (jf.kap.2.3, kap.2.3.1) har begge vist kor viktig berøring ser ut til å vera for menneske. I den samanheng vil eg fortelje om eit barn (ca 11-14 år), som ikkje ville vaska og stella seg sjølv, trass i at pleiarane meinte han godt kunne klara det, når dei såg andre ting han klarte. Ein morgon foreslo eg at han vaska seg sjølv, mot at eg masserte føtene og ryggjen hans etterpå. Slik blei det. Denne guten var truleg redd for å missa den kropplege kontakten med pleiarane om han vaska seg sjølv. Ved å bli massert, fekk han framleis kroppskontakt. Då blei det ikkje trugande å vaska seg sjølv. Liknande opplevingar har eg hatt med vaksne pasientar og. Den perioden eg arbeidde i heimsesjukepleien var der ei kvinne som ikkje ville bada seg sjølv, trass i at ho kunne ha klart det. Ved å bli sjølvhjelppt ville ho missa den kropplege pleiekontakten. Samstundes som pasientane i studien ynskte å vera mest mogeleg sjølvhjelppte, ynskte dei fleste å bli massert på føter og rygg. Dei ynskte med andre ord meir berøring (jf.kap.4.1.7). To av mennene ville ikkje likt å bli massert. Dette kan vera uttrykk for at ein knyter massasje til seksualitet,



og at pasientane meinte det av den grunn var uakseptabelt (jf.kap.2.3, kap.2.3.1). Storparten av pasientane i studien hadde problem med å klara å vaska bein og rygg skikkeleg. Om pleiarane konkret hadde sagt til pasientane at dei gjerne ville vaska føtene og ryggjen deira, kunne dei samstundes gje massasje. Ein må berre ha litt hudkrem tilgjengeleg. Grunnen til at eg avgrensa spørsmål om massasje til rygg og føter, var å markera at det var aseksuell massasje det var snakk om. Dessutan er rygg og føter ofte robuste delar av kroppen. Ein skal vera meir forsiktig med å massera følsame områder på framsida av kroppen, frå andlet og ned mot kne. Skal ein utføra heilkroppsmassasje, bør ein ha opplæring i det. Føter og rygg kan derimot alle pleiarar massera, då ein ved massasje må gjera dei same vurderingar som ein gjer ved vask og stell av dei same kroppsdelar. Her er det ikkje snakk om å kna stive musklar, men om å stryke fast og godt over huda.

Har pleiarane tid til å massera pasientane? Det treng ikkje ta lang tid, men alle bekkar små.... Studien tyder på at dei allereie har nok å gjera. Ved ein sjukeheimsavdeling i Oxford (jf.kap.3.1) meinte pleiarane at dei ikkje hadde tid til å massera. Desse pleiarane skulle ikkje berre massere føter og rygg, men heile kroppen to gongar i døgnet. Alle fekk grundig opplæring i massasje, og avdelingsleiar tok utdanning som gjorde henne autorisert til å utdanna resten av staben. Mange av pleiarane slutta i protest, men nokre blei att, nye kom til, og etter kvart vart massasje ein del av den daglege omsorg. Når ein hadde klart å integrera massasje i kvardagen, tok det ikkje lenger tid, av di avdelingen samstundes reduserte medikamentforbruket, og dermed brukte mindre tid til å laga til og dela ut medisinar. Dessutan slutta dei mest med all klystersetting. Regulerte avføringa med endra kosthald. Gevinsten vart markert større tilfriskning av blant anna alvorleg sjuke slagpasientar.

Pasientane i denne studien nemnte ofte, i ulike samanhengar, heilt spontant, at dei opplevde pleiarane som svært travle. Fleire lurte på om det var nødvendig at pleiarane sprang slik, men ingen såg andre alternativ. Lawler (jf.kap.2.3.1) skriv at ein måte å hindra forlegenhet på, var å utføra den kroppsnære pleie hastigt og tilsynelatande lett. Det verka ikkje som den hastverk pasientane snakkar om, er der for å hindra forlegenhet. Den hastige veremåten er ikkje spesielt knytt til vask av underlivet, men viste seg tydelegare når ein skulle hjelpa pasientar opp av senga (jf.kap.4.1.4).

Samstundes som pasientane opplevde at pleiarane var travle, var det gjennomgåande at pasientane meinte pleiarane hadde meir enn nok kunnskapar, og at dei framviste gode haldningar (jf.kap.4.3.1-kap.4.3.8). Lawler (jf.kap.2.3.1) skriv at pleiarane blant anna bruker minifismer for å få pasientane til å føla seg vel. Det vert understreka i denne studien, i samband med at pleiarane vaska vekk diare. Då sa pleiarane at dette ikkje var noko problem, det var slikt dei var der for (jf.kap.4.1.2).

Det er stadig diskusjon om sjukepleiarutdanninga er god nok, om den burde vara lenger, om ein burde ha meir praksis, annan vektlegging av teori osv. Dei siste åra er det "Mekki utvalet" (Mathiesen 1998) som har fått i mandat å vurdere endring av utdanninga. Det er prisverdig og nødvendig å kontinuerleg vurdere utdanningskvaliteten. Denne studien kan tyde på at utdanninga er bra den, men at arbeidstilhøva er for dårlege. Pleiarane "spring beina av seg" (jf.kap.4.3.1).

På enkelte avdelingar ved Haukeland sjukehus ser det ut for at stor utskifting av sjukepleiarar fører til delvis kollaps av avdelingar, medan andre avdelingar held "stilen" trass i stor fornying av sjukepleiestaben. Når eg fortalde ein erfaren anestesisjukepleiar om kva studien gjekk ut på og kvar den vart utført, sa ho spontant: "Ja, men på den avdelinga er det jo bra". Anestesipersonalet merkar kva avdelingar som har orden, oversikt og godt førebudde pasientar. Dei går previsitt på alle kirurgiske avdelingar, og tek imot pasientane når dei skal opererast. Denne anestesisjukepleiaren og eg samtalte ei stund, og kom fram til at avdelingar som fungerte godt, trass i stor gjennomtrekk av sjukepleiarar, truleg hadde ein kjerne av godt rutinerte kulturberarar, som overleverte arven til dei nye. Det såg ut til å vera tilfelle ved den avdelinga eg utførte studien. Både avdelingsleiar og 3 av dei andre sjukepleiarane hadde arbeidd ved avdelinga i mange år (jf.kap.1.3). I tillegg hadde avdelinga ein stabil hjelpepleiarstab, men det har mest alle avdelingar ved Haukeland sjukehus, så det var ikkje noko særtrekk. Men både hjelpepleiarar og sjukepleiarar er berarar av kulturen i avdelinga. Ved den avdelinga eg utførte studien, såg det ut til å vera ein kultur som vektla både praktisk kunnskap og gode haldningar. Eg vil tru at studien ville ha ført til andre resultat om den var utført på ein avdeling med ein annan, eller meir famlande kultur.

Astrid Borge (1999) skriv at fokus på pasientar og tekniske prosedyrar aukar parallelt

med at sjukepleiarstudentane kjenner seg inkludert og trygge i avdelingen. I starten har dei mest fokus på seg sjølve. Studentar som ikkje opplevde ein god relasjon til kontaktsjukepleiar hadde ein vanskelegare læreprosess enn dei som opplevde å bli godt ivaretekne. Eg vil tru at avdelingar som har ein kultur som inkluderer sjukepleiarstudentar, også er flinke til å inkludera nyttilsette. Dermed kjem dei nyttilsette raskt inn i arbeidet, og vil raskt kjenna seg trygge. Då studien blei utført hadde 9 av sjukepleiarane vore tilsett kortare enn 4 månader (jf.kap.1.3). Pasientutsegn tyder på at avdeling har eit inkluderande miljø, der ein trygt kan rådføra seg med kollegar (jf.kap.4.3.3). Tore-Kristian Lang (1999) er prest og har arbeidd som familieterapeut i mange år. Hans erfaring som vegleiar tilseier at leiinga har ei heilt avgjerande innverknad når det gjeld utbrenning hjå hjelparar. Han seier vidare at mange ikkje veit kva det vil sei å leia. Om leiinga har så stor innverknad på utbrenning, er det lett å tenkja seg at leiinga er like viktig i andre samanhengar og. Kan det vera godt leiarskap som gjer at avdelinga ikkje bryt saman, trass i at halve pleiestaben var utskifta nokre månader før studien fann stad? Er det samstundes slik at krava til personalet er så store, at dei av den grunn vert raskt utbrende og skifter beite, trass i at kulturen er inkluderande?

Trass i at det var lite tid til samtaler, opplevde pasientane at pleiarane brydde seg (jf.kap.4.3.2, kap.4.3.8). Dette kan vera uttrykk for det Thornquist (1998) seier om at kroppen aldri er taus. Når pasientar og pleiarar snakka saman, opplevde pasientane for det meste at det blei brukt eit enkelt, forståeleg språk. Lite framandord (jf.kap.4.3.2). Studien underbyggjer ikkje Monsen sine oppfatningar av at dei fleste fag og profesjonar utviklar seg til avpersonleggjorde maktsystem med tung språkbruk og unødvendige framandord (jf.kap.2.6).

Når eg snakka med pasientane om mannlege eller kvinnelege pleiarar, var det tydeleg at verken menn eller kvinner grudde seg for å bli pleia av kvinner, medan fleire av kvinnene og ein mann sa at dei grudde for å bli pleia av menn. Dette kan ha samanheng med at ein er vand med at menn har ein annan posisjon og maktstilling i samfunnet, enn det kvinner har (jf.kap.2.4). Denne makt kan verka trugande, spesielt for kvinner. Ein vert kanskje redd for at ein må underordne seg i større grad enn det ein ynskjer. Det at menn tradisjonelt er fråverande i omsorgsarbeid både heime og ute, kan og gjera at ein

tviler på at menn kan gje like god omsorg som kvinner. Det kan og vera at kvinner er redd for at pleien skal få tilsnitt av seksuelle undertonar, om dei vert pleia av menn, då denne relasjonen kanskje minner meir om lege-pasient tilhøve. Ein relasjon Thornquist (jf.kap.2.3.1) meiner lettare får seksuelle undertonar. Den mannlege sjukepleiaren må tenkje på dette. Spesielt må han vera varsam fyrste gong han skal vaska og stella ein kvinneleg pasient. Denne studien tyder på at han er det, og vinn pasienten sin tillit (jf.kap.4.2.3). Om ikkje pasientane vert forlegne ved kroppsleg nærkontakt med mannlege pleiarar, så tyder studien på at fleire pasientar ville ha blitt det om pårørande var til stades under stell. Derfor må ein vera varsam med å setja i verk kropps nær pleie med pårørande til stades.

Det var tydeleg at pasientane i studien sette pris på humor, og at dei gjerne skulle sett at pleiarane brukte meir humor. Dette emnet er lite fokusert i utdanninga av sjukepleiarar, men den frigjering som er innbakt i godmodig humor, er eit tilfriskningspotensiale ein bør utnytta. Ein av pasientane etterlyste nokon som kunne laga lett underhaldning (hurlomhei) ute på gangane. På det nye rikshospitalet er det tilsett ein person som skal tilretteleggje kulturtiltak for pasientar, pårørande og tilsette (Fonn 1999). Kanskje humoristiske innslag bør få ein brei plass i den samanheng? I tillegg til at det gjer pasientane godt, så trur eg at ein lett og godmodig tone vil gjera kvardagen betre for pleiarane og. Hanne Sagen og Jette Schou Nielsen (1999) foreslår at avdelingane legg til rette for meir latter og humor ved hjelp av humoristiske bilder på veggane, oppslagstavle med vittige tekstar, hyller med morosame bøker og teikneseriar. Dei foreslår vidare at ein i stillingsannonser søker etter kreative og humoristiske personar og at avdelinga elles arbeider medvite med korleis dei kan bruka humor i samvær med kvarandre, pasientar og pårørande. Humor har ingen ting med fjas å gjera. I avisa Bergens Tidende har det våren 1999 vore fleire artiklar om "den gode lærar". Der kjem det tydeleg fram at elevane set stor pris på lærarar med mykje humor. I humor kan det vera innbakt mykje alvor, varme og omtanke. Rolf Wesenlund har uttalt at det er mykje lettare å få menneske til å grina enn til å le. Det gjeld truleg i pleiesamanheng og.



## 5.5 Vidare forskning

Fleire av emna i denne studien ser ut til å vera lite utforska. Dei som deltok i studien var eldre menneske, og dei gav uttrykk for at dei ikkje vart forlegne i samband med kroppsnær pleie, samstundes som dei ofte, heilt spontant, sa at dei trudde det ville ha vore verre om dei var yngre. Fleire av pasientane hadde opplevd å bli pleia som unge (jf.kap.4.1.2). For å få vita meir om unge sine opplevingar av å bli vaska og stelt, må ein spørja denne aldersgruppa om korleis dei opplever slike situasjonar. Unge pleietrengjande pasientar møter ein blant anna på ortopedisk-, nevrokirurgisk- eller nevrologisk avdeling. I denne aldersgruppa vert ein gjerne pleietrengjande av di ein har vore utsett for ulukker av ymse slag.

Det var berre 4-5 mannlege sjukepleiarar involvert i denne studien, derfor må ein vera forsiktig med å trekkja store konklusjonar med omsyn til mannlege pleiarar si omsorgsevne. Mi erfaring er at det er stor forskjell på både mannlege og kvinneleg sjukepleiarar. Ingen av gruppene er homogene. Veremåten til ein kvinneleg pleiar og ein mannleg pleiar kan vera likare enn veremåten til to menn eller to kvinner. Dette emnet meiner eg bør utforskast vidare. Om det viser seg at pasientane opplever mannlege sjukepleiarar som like omsorgsfulle som kvinner, noko denne studien kan indikere, så vil det vera med å riva ned mytane om omsorg som medfødde kvinnelege eigenskapar. Kanskje omsorgsevne fyrst og fremst er eit oppdragings spørsmål. Ein spennande studie i så måte, var å undersøkje korleis pasientane opplevde ulike mannlege pleiarar, og samstundes intervjuja desse mennene om korleis dei er oppfostra. Anne Kathrine Broch-Due og Tone Ødegård (jf.kap.2.4) meiner kvinner og menn som bryt dei tradisjonelle maktstrukturane, vert møtt med skamindusering, forakt og skuldtildeling. Dette er tema som det skulle vore spennande å få mannlege sjukepleiarar sine utsegn om. Broch-Due og Ødegård seier vidare at dersom ein ynskjer å dekonstruere eksisterande, kulturelle system og rekonstruere nye, er verkelege menn og kvinner sine kjensler, tankar og verksemder den mest kreative kjelda.

Studien indikerer at kvinner kan grua seg for å bli pleia av menn, men at skepsisen forsvinn når dei har opplevd menn i konkrete pleiesituasjonar. Det var berre 4 kvinner

med i studien. For å få eit betre grunnlag for å sei noko om emnet, vil det vera fornuftig å intervju fleire kvinner om det aktuelle.

Om ein vil vita meir om korleis ulike hender opplevest (jf.kap.4.1.6), vil truleg pasientar som treng hjelp til å få vaska og stelt seg over lengre tid, gje meir nyanserte svar på det temaet enn det som var mogeleg i denne studien, der pasientane berre trong hjelp til kroppspleie ein kort periode. På sjukeheimar og i heimesjukepleien møter ein ofte pasientar som treng mykje pleie over lang tid. Desse vil truleg vera gode informantar.

Det ville vera spennande å studera kulturen i ulike avdelingar, då eg trur kulturen er viktig for kvaliteten på pleien. Kva kjenneteiknar avdelingar som ivaretek både pasientar og personale på ein skikkeleg måte? For å få svar på slike spørsmål kunne det vera aktuelt å intervju pasientar, legar og pleiarar ved fleire ulike avdelingar. Eg tenkjer meg ein studie som tek utgangspunkt i konkrete, praktiske situasjonar, og fokuserer på relasjonar.

## 6. Referansar

- Almås H.(1992). Medisinsk og kirurgisk sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget.
- Alvesson M., Skjoldberg K.(1994). Tolkning og Refleksjon. Lund: Studentlitteratur.
- Antonowsky A. (1987). Unraveling the mysteri of Health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Autton N. (1990). Berøring. Øyslebø: Eikstein Forlag.
- Beauvoir de S. (1949 fransk/1970 norsk). Det annet kjønn 1 og 2. Oslo: Pax Forlag.
- Benner P., Wrubel J. (1989). The primacy of caring. Stress and coping in health and illness. California: Menlo Park: Addison-Wesley Publ.
- Bergsjø P. (1991). Etikkomiteene og det informerte samtykke. Tidsskrift for Norsk Lægeforening, nr 5:111: 558-559.
- Borge A. (1999). Trygghet er en forutsetning for læring. Tidsskrift for Sykepleien, 5:57-59.
- Broch-Due AK., Ødegård T. (1991). Alt er menneskelig og kjønnnet - samtidig og alltid: Om forståelse av sosialt kjønn i samfunnsvitenskapene. Sosiologi, 4:76-99.
- Colliere MF. (1986). Invisible care and invisible women as health care-providers. International Journal of Nursing Students, 23:2:95-112.
- Dahle R. (1992) Profesjonell berøring. Sosiologi i dag, 1:69-82.
- Eide AK. (1998). En diabolsk felle: Når det syke menneske opplever seg sviktet av helsevesenet. Omsorg, 4:16-19.

Elstad E., Hamran T. (1995). Et kvinnefag i moderniseringen. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.

Eriksen TR. (1989). Kvindeverden - og offentlig sektor. Social Kritik, 3:6-16.

Erikson EH. (1981). Barndommen og samfunnet. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Fjelland R., Gjengedal E. (1990). Sykepleie som vitenskap. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Fog J. (1994). Med samtalen som utgangspunkt. København: Akademisk Forlag.

Fonn M. (1999). Kultur på Riksen. Tidsskrift for Sykepleien, 5:15-16.

George J. (1995). Nursing theories. The base for professional nursing practice. 4. th ed. USA: Prentice-Hall International, Inc.

Grødal R. (1999). Kvinner snakker om nerver, menn vil lære teknikk. Sykepleien: 1999:4:38-39.

Hansen Ploug H. (1995). I grænsefladen. København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A.S.

Hansen Ploug H. (1998). Omsorg, magt og maktesløshed. Omsorg, 4:37-40.

Haug F. (1987). Female sexualization. London: Verso.

Henderson V. (1964). The nature of nursing. American Journal of Nursing, (Aug):62-68.

Holm U. (1994). Empati. Att forstå andra människors känslor. Sverige: Natur og kultur.



Isaksen Widding L.(1992). Kroppsnærhet forklarer omsorgsarbetets låga status. Umeå. Kvinnevitenskaplig tidsskrift, 4:14-19.

Jensen K. (red.) (1990a). Moderne omsorgsbilder. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Jensen TK. (red.) (1990b). Sykepleiens grunnlagsproblemer. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Johannessen KS. (1988). Tradisjoner og skoler i moderne vitenskapsfilosofi. Bergen: Sima Forlag A/S.

Kemp P. (1998). Den afmektige magt. Omsorg, 4:32-35.

Knudsen JC. (1998). Helse(-)vesenet. Omsorg, 4:10-14.

Kristoffersen K. (1998). Pårørende og søsken i psykisk helsevern. Bergen: Fagbokforlaget.

Kvale S. (1997). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Lang TK. (1999). Hva skjer med hjelperen i møte med lidelse og sorg? Omsorg, 1:22-26.

Lawler J. (1996). Bak skjerm Brettene. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Leininger MM. (red.) (1988). Care: The essence of nursing and health. Detroit: Wayne State University press.

Lindhardt J. (1998). Hospitalitas = Caritas. Den institutionaliserede næstekærlighed. Omsorg, 4:59-62.

Lomborg K. (1994). Kropp, modernitet og sygepleje. En diskusjon av Lawler si bok "Behinde the Screens". Vård i Norden, 2-3:45-48.

Lomborg K. (1995). Takt og tone i 90'ernes sygepleje. Skrift-serie fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Århus Universitet, Nr. 21.

Lubcke P. (1989). Vor tids filosofi. København: Politikens Forlag.

Løgstrup KE. (1956/1991). "Den etiske fordring". Copenhagen: Gyldendalske boghandel, Nordisk Forlag A/S.

Martinsen K. (1989). Omsorg, Sykepleie, Medisin. Oslo: Tano.

Martinsen K. (1993). Fra Marx til Løgstrup. Oslo: Tano.

Martinsen K. (1996). Fenomenologi og omsorg - Tre dialoger. Oslo: Tano Aschoug.

Martinsen K., Wærness K. (1991). Pleie uten omsorg? Oslo: Pax Forlag A/S.

Mathiesen ME. (1998). Bestemt bergenser gransker grunnutdanningen. Tidsskrift for Sykepleien, 1:20-22.

Mc Caffery M. (1996). Smerter: Lærebok for helsepersonell. Oslo: Gyldendal.

Monsen NK. (1998). Helsevesenets makt og de hjelpetrengendes avmakt. Omsorg, 4:27-30.

Montagu A. (1971). Touching: The human significance of the skin. USA, New York and London: Columbia University Press.

Nicoll L. (1992). Perspectives on nursing theory. Philadelphia: JB Lippincott Co.

Nightingale F. (1969). Notes on Nursing. Dover: New York. (First published 1859).

Nilsen A. (1992). Women's ways of "careering". Norway: Department of Sociology, University of Bergen.

Nåden D., Braute E. (1992). Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming - i sjukepleieforskning. Oslo: Universitetsforlaget.

Omery A., Kasper CE., Page GG. (1995). In Search of Nursing Science. USA: SAGE Publications.

Orem DE. (1980). Nursing concepts of practice. 2 nd ed. New York: Mc Graw-Hill.

Persson B., Ravn K., Truelsen R., Petersen J. (1995) Fokus på sygepleie - utvalgte artikler. København: Munksgaard.

Petersen KA. (1995) Praktikteori i sundhedsvidenskab. Danmark: Akademisk Forlag A/S.

Reigstad M. (1999). Trygghet for sykepleierne. Bergens Tidende, månedsmagasinet. Bergen 28.februar, s.11.

Sagen H., Nielsen Schou J. (1998). Det er en vits å le. Tidsskrift for Sykepleien, 10:55-57.

Smuts JC. (1926). Holism and evolution. London: Macmillan and Co., Limited St. Martin's Street.

Stigen A. (1983). Tenkningens historie, Bind 1. Oslo: Gyldendal, Norsk Forlag A/S.

Sudmann T.(1997). Kjønn er (også) en jobb! Nordisk Fysioterapi, 1:172-185.

Tatarkiewitz W. (1976). Analysis of happiness. Melbourne: International Philosophy series.

Thornquist E. (1998). Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Ad Notam Gyldendal.

Widerberg K. (1995). Kunnskapens kjønn. Oslo: Pax forlag A/S.

Wyller I. (1974). Sykepleiens historie i Norge. Oslo: Fabritius Forlag.

Øhlen J. (1998). Lindra lidande. Omsorg, 4:52-57.

Østerberg D. (1984). Kropp og omverden. Samtiden, 6:11-15.



**Vedlegg a:**



*Regional komité for  
medisinsk forskningsetikk  
Helseregion III*

Bergen, 06.10.98  
Jnr: 432/98-108.98

Førsteamanuensis Kjell Kristoffersen  
Institutt for Samfunnsmedisinske fag  
Seksjon for sjukepleievitenskap, UiB  
Ulriksdal 8c  
5009 BERGEN

**Ad. prosjekt: Kroppsnær pleie**

Ein syner til Dykkar søknad dagsett 08.09.98 om etisk vurdering av prosjektet.

Komitéen handsama saka i møte den 24.09.98.

Komitéen har inga merknadar og rår til gjennomføring av prosjektet.

Vi ynskjer Dykk lukke til med gjennomføringa av prosjektet og minner om at komitéen set pris på ein sluttrapport, eventuelt ein kopi av trykt publikasjon når prosjektet er fullført.

Vennleg helsing

Olav Dahl  
leiar

Arne Salbu  
sekretær

Kopi:  
Jeanne Helene Boge  
Institutt for Samfunnsmedisinske fag  
Seksjon for sjukepleievitenskap, UiB  
Ulriksdal 8c  
5009 BERGEN

**Vedlegg b:**



Jeanne Helene Boge  
Gullstølslia 54  
5062 BØNES

Dato: 11.12.98

Vår ref: 9801016 RØ/KB

Deres dato: 05.12.98

Deres ref:

## SØKNAD OM KONSESJON FOR STUDENTREGISTER

Vi viser til søknad om tillatelse til å opprette personregister mottatt 08.12.98. Søknaden gjelder prosjektet: 4401 - Kroppsnær pleie.

Etter en gjennomgang av søknaden finner Datafaglig sekretariat at prosjektet ikke utløser konsesjonsplikt etter personregisterlovens § 9. Det personregister som opprettes vil falle inn under personregisterlovens forskrifter Kapittel 2 Unntak for konsesjonsplikt § 2-17 Forskningsregistre. Vilkår for konsesjonsfritak etter § 2-17 er at det er frivillig å delta, at førstegangskontakten opprettes gjennom faglig ansvarlig person ved den institusjonen respondenten er registrert, at respondentenes skriftlige samtykke for alle deler av undersøkelsen innhentes, at materialet slettes eller anonymiseres ved prosjektavslutning, og at prosjektet ikke varer mer enn fem år.

Prosjektet synes å oppfylle disse vilkårene, men dersom prosjektet endres i forhold til oversendt meldeskjema, kan det utløse konsesjonsplikt og bør vurderes på nytt.

Fritak for konsesjonsplikt medfører samtidig at virksomhetens leder pålegges registeransvar og ansvar for kontroll, sikring mm., jfr. forskriftenes kap. 3. Med registeransvaret følger bl.a. at man plikter å føre oversikt over hvilke personregistre som til enhver tid finnes ved institusjonen. Universitetsrådet og Høgskolerådet har delegert til NSD deler av de administrative plikter som følger av forskriftenes kap. 3. Institusjonene beholder det formelle registeransvar, mens NSD registrerer hvilke prosjekter som er fritatt for konsesjonsplikt, for at institusjonene skal kunne ivareta sine kontrolloppgaver.

Datafaglig sekretariat vil ved prosjektets avslutning rette en henvendelse om arkivering av innsamlet datamateriale. Dette både for å sikre at data ikke blir unødvendig slettet, samt for å bistå dersom det allikevel oppstår behov for konsesjonsbehandling i forbindelse med lagringen av materialet.

Dersom du har spørsmål i forbindelse med tolkningen av de ulike vilkårene eller andre forhold, ta gjerne kontakt med Datafaglig sekretariat.

Vennlig hilsen  
Datafaglig sekretariat

  
Bjørn Henrichsen

  
Reidar Øygard

Kontaktperson: Reidar Øygard tlf. 55 58 35 42

Vedlegg



## **Vedlegg c:**



Hovedfagstudent Jeanne Boge  
Gullstølslia 54  
5062 Bønes

Deres ref.:

Vår ref.: BH/ek

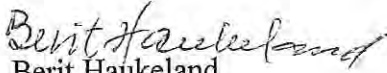
Bergen 22. september 1998

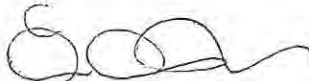
### Hovedfagprosjekt "Kroppsnær pleie"

Kirurgisk avdeling godkjenner at Janne Boge utfører sitt hovedfagsprosjekt på gastroseksjon - Kirurgisk avdeling.

Utvelgelse av pasienter skjer i samarbeid med avdelingssykepleier på aktuell post.

Med hilsen

  
Berit Haukeland  
oversykepleier  
Kirurgisk avdeling

  
Åke Andréen-Sandberg  
avdelingsoverlege  
Kirurgisk avdeling

**Vedlegg d:**

INFORMASJONSSKRIV/FORESPØRSEL OM Å DELTA I EI UNDERSØKING:

Til deg som skal til operasjon!

Eg spør herved om du er viljug til å snakka med meg om fylgjande tema:

KROPPSNÆR PLEIE

Etter operasjonen vil du trenga hjelp til kroppsnær pleie nokre dagar. Det er opplevinga av - og tankane om pleien du får, eg ynskjer å snakka med deg om. Målet med intervjuet er å få vita meir om kva som opplevest godt/mindre godt i samband med kroppsnær pleie. Eg voner undersøkinga vil bidra til stadig betre pleie.

Eg ynskjer å intervjuar deg på sjukehuset; Ein uformell samtale før operasjon; og 1-3 intervju etter operasjon. Kor mange gongar me snakkar saman er avhengig av kor opplagt du er/kor mykje du ynskjer å snakke kvar gong. Samtalane vil vera avslutta før du forlet sjukehuset. Eg vil prøva å gjera intervjusituasjonen til ei god oppleving for deg.

Eg ynskjer å bruke lydbandopptakar ved intervjuar. Deretter vert samtalen skrive ned og analysert. Eg har taushetsplikt. Det du seier til meg i intervjuet, vil bli brukt på ein måte som gjer det umogeleg for andre enn deg sjølv å vita kven som er informant. Lydbanda vert sletta når undersøkinga er avslutta. Du kan få tilsendt ein enkel rapport når resultatata føreligg.

Deltaking i undersøkinga er frivilleg, og du står fritt til å trekkja deg frå intervjuar når som helst. Du treng ikkje å grunngje kvifor du eventuelt trekkjer deg.

Om du deltek/ikkje deltek i undersøkinga får ingen innverknad på den pleie du får i samband med operasjonen eller seinare.

Eg er intensivsjukepleiar og har lang klinisk praksis. I tillegg har eg vore lærar for sjukepleiarstudentar nokre år. Sjukepleiarstudentane har eg vegleia ved den avdelingen du no er pasient på.

Undersøkinga vert utført under vegleing av Kjell Kristoffersen, førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisinske fag, seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen. Intervjuar vil inngå som ein del av hovudfaget mitt i sjukepleievitenskap.

Vennleg helsing

*Jeanne Boge*

Jeanne Boge

Snu arket!



SVARSLIPP

Eg har lest informasjonsskrivet om undersøkinga:

KROPPSNÆR PLEIE.

Eg ynskjer å delta i undersøkinga.

.....  
Dato

.....  
Navn

Du kan få tilsendt ein enkel rapport når resultata føreligg.  
Ynskjer du ein slik rapport?  
Ja/Nei (Stryk det som ikkje passer).

Om svaret er ja, ver vennleg å oppgje adresse:

-----  
-----  
-----

Om du etter intervju kjem på noko du gjerne ville ha sagt om opplevingar, tankar og kjensler knytt til kroppsnær pleie, kan du nå meg på telefonnummer 55 12 25 70.

Du kan dessutan skrive til meg. Adressa er:

Gullstølslia 54,  
5062 Bønes.

Du kan også treffe meg på telefonnummer 55 12 25 70

Vennleg helsing

*Jeanne Boge*  
Jeanne Boge