



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2022-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 14-11-2022 09:00 CET | Termin: | 2022 HØST |
| Sluttdato: | 01-12-2022 14:00 CET | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Masteroppgave | | |
| Flowkode: | 203 MKS591 1 O 2022 HØST | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|-----|
| Kandidatnr.: | 413 |
|---------------------|-----|

Informasjon fra deltaker

| | |
|----------------------|-------|
| Antall ord *: | 13096 |
|----------------------|-------|

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| Gruppenavn: | (Anonymisert) |
| Gruppenummer: | 8 |
| Andre medlemmer i gruppen: | 414 |

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Obstipasjon hos intensivpatienten

En praxeologisk analyse av posisjoneringer om obstipasjon hos den akutt - og kritisk syke patienten i lærebøker i sykepleie

Constipation in the intensive care patient

A praxiological analysis of the positionings towards constipation in the intensive care patient in textbooks used for educating nurses

Marthe Bogsnes & Armina Amookhteh

Kandidatnummer: 413 og 414

Master i Klinisk sykepleie - Intensivsykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap.

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap Høgskulen på Vestlandet (HVL)

30 studiepoeng

Veileder: Jeanne Boge, professor i sykepleie, HVL

Innleveringsdato: 01. Desember. 2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

FORORD

Ved vår første praksisperiode ble vi oppmerksomme på hvor lite fokus det var rundt forebygging og håndtering av obstipasjon til den akutt - og kritisk syke pasienten. Når vi selv og medelever foreslå alternativer til lakserende midler til pasientene, ble vi møtt med at det enten ikke var aktuelt før magen var i gang. Noe som fikk oss til å undre over det? Med tanken på at tarmen er så viktig for fordøyelsen og passasje videre i systemet.

Det å skrive masteroppgave i en praxeologisk tradisjon har vært til tider krevende, men samtidig spennende og lærerik tid. Ved å bruke Bourdieus samfunnsvitenskapelige teorier har det gitt oss et nytt og mer nyansert perspektiv på sykepleiefagets sin historie. Det er ingen tvil om at det er flere vi må takke for å ha klart å gjennomføre denne studien. Først vil vi takke vår veileder, Jeanne Boge, som har gitt oss veiledning, som har vært motiverende og konstruktiv. I tillegg til at hun har delt av all sin kunnskap. Vi må videre takk for gode innspill på de praxeologiske seminarne vi har hatt underveis. Ekstra takk til Rolf Horne og Karin Anna Petersen.

Vi må også rette en stor takk til våre nære og kjære som har holdt ut med oss under denne perioden. Jeg, Marthe, ønsker å takke min samboer Martin. Du Martin har vist mye kjærlighet og støtte, og vært raus når ikke alt har gått som planlagt. Jeg vil også takke min venninne Judith, som har vært en god støtte underveis og at du har lest gjennom oppgaven vår. Jeg, Armina, vil takke min mann Nima, og mine to barn. Du Nima har stått for hus og hjem, laget middag og tatt deg av store og små gjøremål. Tusen takk for at du har tatt deg av organisering og logistikk i hverdagen, og takk for din uendelige støtte og kjærlighet. Takk for din hjelp med korrekturlesing underveis. Barn, tusen takk for at dere har vist forståelse for meg i denne travle tiden. Jeg vil samtidig takke min mor Mahmonir for å ha stilt opp og passet på barna når det var behov og støtte meg underveis gjennom studien.

SAMMENDRAG

Dette er en studie om forebygging og håndtering av obstipasjon. Studien er basert på en undring over at vi har erfart at forebygging og håndtering av obstipasjon har en marginal plass på de intensivavdelingene vi har agert i som intensivstudenter og senere som intensivsykepleiere. I den teoretiske delen av intensivutdanningen har det heller ikke vært fokus på obstipasjon. Analysene er basert på en antakelse om at den marginale plassen som vi har erfart at obstipasjon har på intensivavdelinger og i intensivutdanninger, skyldes at det som har med tarmfunksjon å gjøre har en lav status i slike avdelinger, og at denne lave statusen avspeiler seg i lærebøker i sykepleie. Denne antakelsen har vi undersøkt ved hjelp av en registrantanalyse av lærebøker i grunnleggende sykepleie fra 1877, og i lærebøker i intensivsykepleie fra 1998-2022. De praxeologiske analysene, med tilhørende konstruksjoner av habitus er gjort ved hjelp av den franske sosiologen Pierre Bourdieus teori *Homo Academicus*, om akademiske hierarki. Analysene viser at lærebøker i grunnleggende sykepleie fra 1877-2022 har posisjonert seg om forebygging og håndtering av obstipasjon, men obstipasjon er marginalisert i lærebøker i intensivsykepleie. Marginaliseringen av obstipasjon i lærebøker i intensivsykepleiere, kan indikere at lærebokforfatterne som er sykepleiere, understøtter en medisinsk logikk med tilhørende lav rangering av tarmen. Den lave rangeringen av tarmen kan bidra til å forstå og forklare at det er lite fokus på obstipasjon i den kliniske hverdagen ved en større, norsk intensivavdeling.

ABSTRACT

This thesis is about prevention and management of constipation in the nursing profession. The study argues how learning material within the education of nursing and intensive care nursing have been positioned regarding prevention and the management of constipation in a present and historic perspective. The background for the study is a wonder and our experience that the prevention and management of constipation has a marginal place in the intensive care units we have worked, in as intensive care students and later as intensive care nurses.

This has been explored by applying Pierre Bourdieu's praxiological theory of Homo Academicus, about academic hierarchy and constructions of habitus. Through conducting a praxiological registrant analysis of Norwegian textbooks for educating nurses and intensive care nurses, published within the period of 1877–2022. The findings show`s that there are positioning towards constipation in the Norwegian textbooks from 1877 – 1998. However, the first break towards non positioning about constipation accords in 1998 when the first textbook in intensive care nursing published.

The analyzes assume that the marginal place that we have experienced about the constipation in intensive care units and in intensive care courses is since bowel function has a low status in such departments, and that this low status is reflected in textbooks in intensive care nursing. Our study shows that textbooks in education of nursing from 1877-1996 take a position on constipation, regardless of whether the editor is a nurse or a doctor. Norwegian intensive care textbooks from 1998-2022, which are written by intensive care nurses, constipation is barely mentioned. The textbooks aimed at intensive care nurses focus mostly on respiratory failure, ventilator treatment and circulatory failure. The three chapters are a total of 192 pages and are the largest chapters in the intensive care nurse book at 977 pages divided into 35 chapters. This may help to explain the causes that we have experienced about the prevention and management of constipation marginal place in intensive care units and intensive education.

Innhold

| | |
|---|----|
| Innhold | 5 |
| 1.1 Obstipasjon | 9 |
| Bristol Stool Chart | 11 |
| Laksantia | 12 |
| 1.2 Tidligere studier om forebygging og håndtering av obstipasjon | 12 |
| Forekomst | 14 |
| Tarmmotilitet | 14 |
| Enteral ernæring | 14 |
| Væske og elektrolyttbalanse | 15 |
| Mekaniske konsekvenser | 15 |
| 1.3 Intensivsykepleie | 15 |
| 1.4 Etikk | 16 |
| 1.5 Hensikt | 17 |
| 1.6 Antakelse | 17 |
| 2.0 Teoretisk perspektiv, metode, forskningsspørsmål og teknikk | 18 |
| 2.1 Homo Academicus | 18 |
| 2.2 Praxeologisk vitenskapsteori | 19 |
| 2.3 En praxeologisk analysestrategi | 20 |
| Posisjoneringer | 20 |
| Posisjon | 21 |
| Det som disponerer for at en har den posisjonen som en har: | 21 |
| 2.3. Praxeologisk vitenskapsteori | 21 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.4 | Praktikk..... | 22 |
| 2.5 | Historisering og brudd..... | 23 |
| 2.6 | Praxeologisk analysestrategi | 23 |
| 2.6.1 | Habitus..... | 24 |
| 2.6.2 | Konstruksjon av habitus ved hjelp av posisjon, disposisjon og posisjonering..... | 25 |
| 2.6.3 | Konstruksjon av forskerens habitus..... | 26 |
| 2.7 | Sosialt felt..... | 26 |
| 2.7.1 | Hierarki i det Sosialt felt | 27 |
| 2.7.2 | Doxa, heterodoxa og ortodoxa | 28 |
| 2.7.3 | Medisinsk logikk påvirkning på det pedagogiske feltet..... | 28 |
| 2.7.4 | Symbolisk makt..... | 29 |
| 2.8 | Forskningsspørsmål | 30 |
| 2.9 | Metode | 31 |
| 3.0 | Teknikk | 31 |
| 3.1 | Materiale om posisjon og posisjoneringer | 32 |
| 3.2 | Materiale om disposisjoner | 34 |
| 3.3 | Materiale som har bidratt til å svare på forskningsspørsmål 3..... | 34 |
| 4.0 | Analyse | 35 |
| 4.1 | Lærebøkens posisjon og disposisjon | 35 |
| 4.2 | 1877-1996: Problematisering av obstipasjon praktiker hos pasienter..... | 36 |
| 4.3 | Posisjonen og disposisjonen til forfatterne av lærebøker som henvende seg til de som tar 3-årig grunnutdanning i sykepleie | 40 |
| | Oppsummerende om obstipasjon, 1877-1996 | 41 |
| 4.4 | 1998 – 2022, Obstipasjon er knapt nevnt i lærebøker i intensivsykepleie..... | 43 |
| | Oppsummerende om, 1998 - 2022 | 44 |

| | |
|---|----|
| 4.5 Forfatterens posisjoner og disposisjoner i lærebøkene for intensivsykepleie | 46 |
| 4.6 Feltet og det sosiale rom..... | 47 |
| 5.0 Hvordan det kan ha seg at forebyggelse og håndtering av obstipasjon ikke har en sentral plass i nåtidige intensivavdelinger | 49 |
| 6.0 Videre forskning | 50 |
| 7.0 REFERANSELISTE:..... | 51 |

Tabelloversikt:

| | | |
|----------|---|-------|
| Tabell 1 | Følgende viser de mest brukte laksantia. | s.12 |
| Tabell 2 | Lærebøker i sykepleie 1877- 2022 | s.32 |
| Tabell 3 | Moment ved registrantanalyse | s.33 |
| Tabell 4 | Lærebok forfatternes posisjoner og disposisjoner 1877 - 1996 | s.42 |
| Tabell 5 | Lærebok forfatternes posisjoner og disposisjoner 1998 - 2022 | s.45 |
| Tabell 6 | Lærebøker i intensivsykepleie | s.46 |
| Tabell 7 | Gulbrandsen og Stubberud posisjon, disposisjoner og posisjoneringer | s. 46 |

1.0 Innledning

Dette er en studie om forebygging og håndtering av obstipasjon i sykepleiefaget. Studien er basert på en undring over at vi har erfart at forebygging og håndtering av obstipasjon har en marginal plass på de intensivavdelingene vi har agert i som intensivstudenter og senere som intensivsykepleiere. I avdelingene var det ingen klare retningslinjer eller protokoll tilknyttet intensivpasienter med obstipasjon. I den teoretiske delen av intensivutdanningen var det heller ikke fokus på obstipasjon. Analysene er basert på en antakelse om at den marginale plassen som vi har erfart at obstipasjon har på intensivavdelinger og i intensivutdanninger, skyldes at det som har med tarmfunksjon å gjøre har en lav status i slike avdelinger, og at denne lave statusen avspeiler seg i lærebøker i sykepleie. Denne antakelsen har vi undersøkt ved hjelp av en registrantanalyse av lærebøker i grunnleggende sykepleie fra 1877-1996. Fra 1998-2022 har norske intensivutdanninger hatt tilgang på egne lærebøker, så analysene om obstipasjon i denne perioden er basert på lærebøker i intensivsykepleie. De praxeologiske analysene, med tilhørende konstruksjoner av habitus er gjort i lys av den franske sosiologen Pierre Bourdieus teori om *Homo Academicus*, akademiske hierarki (jf. kap.2.1), og medisinsk logikk (jf. Kap.2.7.3). Vi har måtte avgrense oss til om forebygging og håndtering av obstipasjon, på bakgrunn av tidsperspektiv og begrensing i antall ord.

1.1 Obstipasjon

Forskningsobjektet i denne studien er forebygging og håndtering av obstipasjon til den akutt - og kritisk syke pasienten. Ambisjonen er å generere samfunnsvitenskapelige teorier som kan bidra til å forstå og forklare at forebygging og håndtering av obstipasjon ikke har en sentral plass på de avdelingene vi har agert som intensivsykepleiere. Det å konstruere forskningsobjektet handler om å ha kontroll på nøyaktig hva det er en ønsker å undersøke (Prieur & Sestoft, 2006, s. 221). Det er ulikt hvordan obstipasjon blir definert. Ifølge lærebøker defineres obstipasjon som ingen avføring innen tre dager (72 time). Obstipasjon oppstår når avføring passerer for langsomt gjennom tykktarmen. Under denne prosessen vil natrium og vann absorberes, om avføringen blir liggende i lang tid, blir den svært tørr (Gjerland, 2019, s. 296). Obstipasjon defineres når to eller flere av følgende kriterier er tilstedte:

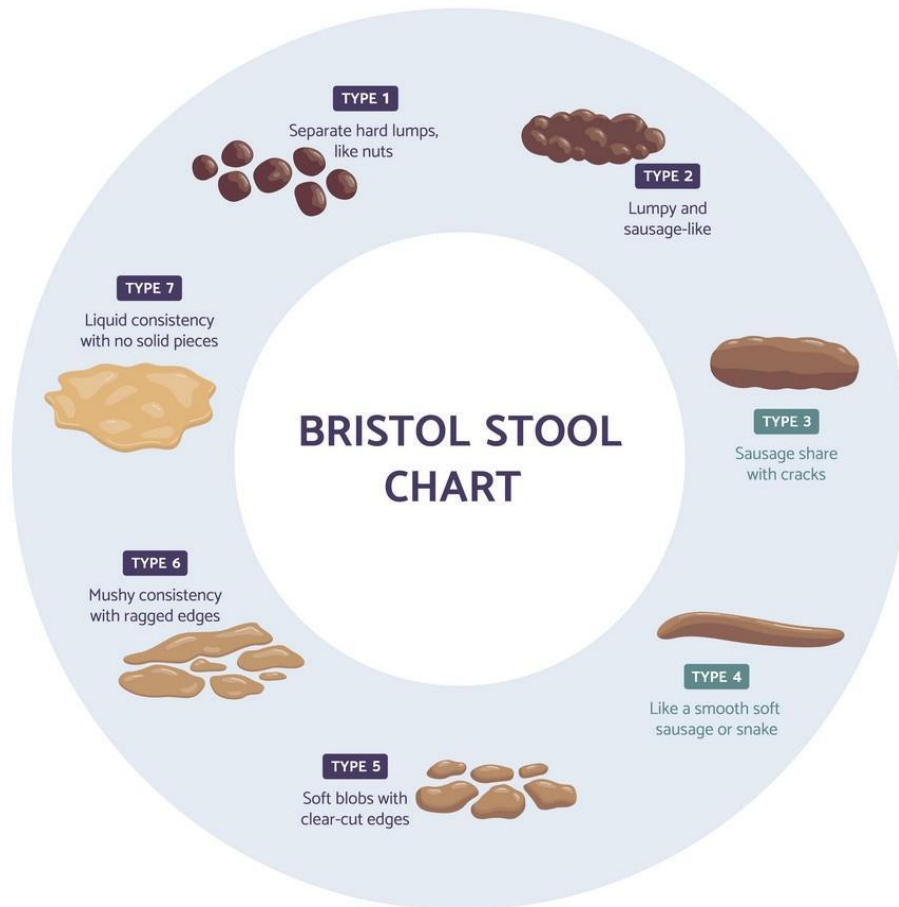
- Avføring kommer to eller færre ganger per uke.
- Unormalt mye trykking for å få tømt seg.
- Følelsen av ufullstendig tømning i mer enn én av fire avføringer
- Behov for manuell uthenting i mer enn én av fire avføringer
- Klumpete og hard avføring i mer enn én av fire avføringer
- Følelse av rektal blokkade eller forstoppelse i mer enn én av fire avføringer

Obstipasjon er svært utbredt problem, det kommer frem at opptil 20% av den generelle befolkningen er plaget med obstipasjon (Gjerland, 2019, s.296).

Alder og aktivitet vil også påvirke tarmmotiliteten som vil øke risikoen for å bli forstoppet (Øverlie, 2015, s. 715). Pasienten som er innlagt på en intensivavdeling er akutt og kritisk syke og som ofte defineres som eldre. De er ofte sederte og sengeliggende som gjør de mer utsatt for obstipasjon.

Ifølge European society of intensive care medicine (ESICM) er kriterier for obstipasjon hos intensivpasienter 3 dager uten tarmtømming, til tross for at tarmlyder er tilstedte eller ikke. Definisjonen basere på studier som er gjennomført på intensivavdelinger (Reintam Blaser et al., 2012). Obstipasjon hos intensivpasienter forårsakes av forskjellige faktorer som sepsis, immobilitet og medisinske behandling (J. van der Spoel, Schultz, van der Voort, & de Jonge, 2006).

Bristol Stool Chart



Bristol Stool Chart Bristol Stool Chart (BSC) (Figur1)

BSC er et verktøy som bidrar til å klassifisere avføringen og vurdere tarmfunksjonen på. På denne måten kan vi få et inntrykk av tarmpassasje.

Laksantia

Laksantia brukes som forebyggende og behandlingstiltak av obstipasjon, det finnes i ulike former, administrasjonsmåter og de virker ulikt i tarmen (RELIS, 2015).

Tabell 1: Følgende viser de mest brukte laksantia

| | |
|--|---|
| Osmotisk virkende midler | (polyetylenglykoler) virker ved å binde vann og øke det osmotiske trykket i tykktarmen. Det er viktig at legemiddelet blir administrert med rikelig væske |
| Volumøkende midler | Loppefrø (Ispaghula) sveller og binder vann i tarmen, dette øker volumet på tarminnholdet og stimulerer peristaltikken. Det er viktig at legemiddelet blir administrert med rikelig væske |
| Bløtgjørende midler | Parafin virker ved å bløtgjøre avføringen og smøre tarmen |
| Kontaktlaksantia | Sennaglykosider, bisakodyl og natrimpikosulfat virker ved at det skjer et elektrolyttskifte over tarmveggen, i tillegg gir økt tarmpassasje bedre effekt av legemiddelet |
| Klystermidler | Gir en osmotisk effekt virkende lokalt i endetarmen |
| Midler ved opioidindusert obstipasjon | Metylnaltrekson og naloksegol er opioidreseptorantagonister som virker på lokale reseptorer i tarmen og passerer ikke eller i liten grad blodhjernebarrieren |
| Midler med serotoninreseptormedierte lakserende effekt | Prukaloprid er en serotoninreseptorantagonist som virker tarmbevegelsesfremmende |

1.2 Tidligere studier om forebygging og håndtering av obstipasjon

Det er relativt mye forskning på obstipasjon og avføringsmønstre til pasienter med kreft, den eldre pasient, kronisk obstipasjon, obstipasjon hos barn osv. Men det å finne studier om forebygging og håndtering av obstipasjon hos den akutt - og kritisk syke pasienten skulle vise seg å være vanskelig. Vi har funnet forskningsartikler fra utlandet som er relevante for vår studie som vil bli presentert her.

Vi fant bare en relevant norske tekst på Helsebiblioteket. Det var en protokoll som kom ut i 2016 som omhandler forebygging av obstipasjon på intensivavdelinger i Stavanger som er skrevet av intensivsykepleier Mathilde Elsa Christensen (2016) og medarbeidere.

Hensikten med protokollen er å forebygge forstoppelse hos den akutt- og kritisk syke pasienten. Medisinske tiltak ble avdekket i et systematisk litteratursøk fra tidligere forskning, samt lærebøker. Protokollen omhandler anbefalinger om når en skal iverksette tiltak. Det som kom fram i studien er at obstipasjon er en undervurdert komplikasjon hos kritisk syke pasienter, og blir ofte ikke behandlet før den gir symptomer. Obstipasjon er forbundet med økt morbiditet og mortalitet. Insidensen er rapportert til å være 15-83 %. Pasienter som får kontinuerlig sedasjon og analgesi, kan ikke uttrykke smerte og på den måten kan det være utfordrende for intensivsykepleier å kunne utelukke obstipasjon (Christensen M.E, et.al, 2016).

Christensen (2016) som var med å utarbeide protokollen ovenfor, har også skrevet masteroppgave om obstipasjon hos akutt - og kritisk syke pasienter. Masteroppgaven fra 2017 er skrevet av intensivsykepleierne Mathilde Elsa Christensen og Maria Ingrid Bianca Klette.

Studien er en kunnskapsbasert fagprosedyre for forebygging og behandling av obstipasjon hos intensivpasienten. På lik linje med våre erfaringer, beskriver de behandling rundt obstipasjon hos intensivpasienten som tilfeldig. De fant ut at obstipasjon kan føre til økt morbiditet og mortalitet for intensivpasienten, med tilhørende forlenget liggetid og store kostnader for helseforetaket.

Av forskning på området fant vi en brasiliansk studie fra 2015 av intensivlegene Rodrigo Palacio de Azevedo og Flavia Ribeiro Macado. Begge jobber som professor ved Universitetet Federal de São Paulo. Det ble utført en randomisert kontrollstudie på to generelle intensivavdelinger med data fra 88 deltakere. Deltakerne ble tilfeldig delt inn i to grupper, hvor intervensjonsgruppen mottok laktulose og klyster for å produsere 1 - 2 avføringer per dag. Hvor kontrollgruppen ikke fikk tilbud om lakserende før det var gått 5 dager med fravær av avføring. Studien konkluderer med at intervensjonsgruppen hadde større reduksjon i SOFA – score (sequential organ failure assessment score), uten forskjell i dødelighet eller i overlevelsestid. Bivirkningene som kom av fravær av lakserende midler på mer enn 5 dager var hyppigere, men i liten grad alvorlige i kontrollgruppen. I tillegg hadde de flere dager med diare (Azevedo R.P. et.al, 2015). Her er det viktig å få frem at retningslinjer innen medisinsk intervensjon kan variere fra Brasil til Norge. Dette er noe vi må ta høyde for ved bruk av denne studien og andre studier fra utlandet (Tvedt, 2016 referert i Amookhteh & Bogsnes, 2021).

I de tidligere studier om forebygging og håndtering av obstipasjon fant vi gjennom søk både i norske og utenlandske databaser som Helsebiblioteket, Pubmed, Svemed, Bibsys og Google

Scholar. Studiene viste opptil flere risikofaktorer som gjør at intensivpasienten er mer utsatt for komplikasjoner i forbindelse med obstipasjon (jf. Under)

Forekomst

Intensivpasienten er i stor grad utsatt for å utvikle obstipasjon. 15%-83% av intensivpasienter er obstiperte. Denne variasjonen av forekomst kan skyldes at definisjonen av obstipasjon foreligger hos agentene som agerer på den enkelte intensivavdeling (R. P. Azevedo et al., 2009). En annen årsak til den varierende forekomsten er fordi dokumentasjon av pasientens avføringsmønster er dårlig eller lite dokumentert (McKenna, Wallis, Brannelly, & Cawood, 2001). Obstipasjon kan gi komplikasjoner for pasientens helsetilstand. De fleste komplikasjoner relatert til nedsatt tarmmobilitet blir ikke behandlet før de blir symptomgivende (Christensen M.E, et.al, 2016).

Tarmmotilitet

Det er blitt rapportert at tiden fra innleggelse til første avføring er opp til 6 dager for respiratorpasienter (Gacouin et al., 2010; J. van der Spoel et al., 2006). Opioider er et av de vanligste medikamentene som blir administrert til intensivpasienter. Opioider påvirker hele nervesystemet, også tarmveggen. Dette kan føre til opioidindusert obstipasjon (Fruhwald & Kainz, 2010). Obstipasjon er mer utbredt hos pasienter som får mye opioider sammenlignet med dem som får lite (Nguyen et al., 2013). Opioider gitt innen de første 96 timer på intensivavdelinger har vist å ha en påvirkning på redusert tarmtømming hos intensivpasienten. Opioidindusert obstipasjon kan føre til paralytisk ileus. Andre medikamenter som ofte er brukt på intensivavdelinger er antikolinerge midler, katekolaminer og kalsiumantagonister, denne type medikamenter er det visst økt risiko for obstipasjon hos intensivpasienten (Lat et al., 2010).

Enteral ernæring

Tidlig enteral ernæring har vist at intensivpasienten får tidligere tarmtømming, sammenlignet med pasienter der enteral ernæring ble startet senere (Fukuda et al., 2016). Det ble også vist lavere forekomst av obstipasjon hos pasienter som starter med tidlig enteral ernæring (Nassar, da Silva, & de Cleva, 2009).

Væske og elektrolyttbalanse

Intensivpasienten er mer utsatt for raskt skifte i væskebalansen, redusert inntak av ernæring, dehydrering og bruk av diuretika, kan i kombinasjon med lavt blodtrykk føre til hypoperfusjon i tarmen. Som i sin tur kan føre til tarmiskemi. På den andre siden kan overhydrasjon føre til ødem i tarmen. Ødem i tarm fører til endret signaloverføringen av hormoner og nevrotransmittere, og dette kan føre til forverring av den allerede reduserte tarmfunksjonen. Magnesium og kalium har innvirkning på tarm bevegeligheten, samt at lavt kalium kan føre til paralytisk ileus (Btaiche et al., 2010).

Mekaniske konsekvenser

Utpilt abdomen kan føre til at diafragma ikke får beveget seg naturlig, noe som fører til redusert lungekapasitet. Obstiperte pasienter kan ha forhøyet intraabdominalt trykk, som gir redusert compliance og økt intratorakalt trykk. I slike tilfeller kan det være vanskelig og ventilerer pasientene, og en har behov for å benytte høyt positivt endeekspiratorisk trykk. Dette kan føre til at respiratoravvenning og liggetiden på respirator forlenges (R. P. Azevedo et al., 2009; Fukuda et al.; Mostafa et al., 2003; Spodniewska E). Studier viser at tidlig avføring fører til redusert antall respiratordøgn (Guardiola, Llompert-Pou, Ibanez, & Raurich, 2016; Mutlu et al., 2001).

1.3 Intensivsykepleie

Denne studien om forebygging og håndtering av obstipasjon er relatert til intensivsykepleie. Norge fikk sin første sykepleierutdanning i 1868 i form av en diakonisse utdanning (Schjøtz, 2017, s. 325). På 1970-tallet ble sykepleierutdanningen flyttet fra sykehusene og inn på høyskolen (Moseng, 2012, s. 255). Intensivsykepleie som spesialisering startet etter andre verdenskrig, i lag med den medisinske utvikling. Første intensivavdeling eller recovery avdeling i Norge ble åpnet på Haukeland Sykehus i 1955. Pasientgruppen som hadde behov for intensivbehandling, ble samlet på en avdeling. Det var de første avdelingene som førte til utviklingen av intensivsykepleier som etter hvert skulle bli en spesialisering (Stubberud, 2018, s. 6).

I periodene mellom 1950-1970-tallet ble sykepleiere opplært av erfarne sykepleiere for å få kvalifikasjonen til å kunne jobbe på intensivavdelinger, og å jobbe med intensivpasienten. Etter

hvert utviklet flere sykehus egne opplærings kurs i intensivsykepleie blant annet Haukeland sykehus. Kursene ble undervist av leger (Gundersen & Skoglund, 2018, s. 15).

Intensivsykepleie startet opp som en praktisk opplæring, men i begynnelsen av 1980-tallet kom det første studieprogrammet for en videreutdanning på 18 måneder med en gjennomføring av teori og praksis (Gundersen & Skoglund, 2018, s. 17; Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 1983). Intensivsykepleier kommer inn under det som betegnes som avansert klinisk sykepleie eller spesialsykepleier. En intensivsykepleier er spesialisert i å behandle og gi sykepleie til akutt og kritisk syke pasienter. Som intensivsykepleier er man med på å skape en relasjon mellom intensivpasienten og deres pårørende. Man skal styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandling lindring og rehabiliterende tiltak (Stubberud, 2020, s.41). Sykepleiers historie viser at sykepleiers posisjon har vært hierarkisk under leger, både økonomisk og kulturelt. Dette preger vår posisjon i det sosiale rommet i dag (Brandser et al., 2014; Hauge, 2020, s. 56-62. Jf.kap.2.7).

1.4 Etikk

Det forventes at sykepleie utøves i henhold til de yrkesetiske retningslinjene utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund (NSF). De norske retningslinjene er basert på internasjonale føringer for sykepleieetikk. De første etiske retningslinjene for norske sykepleiere kom i 1983 og har senere vært revidert gjentatte ganger, sist i 2019 (Norsk Sykepleierforbund, 2019). I retningslinjene argumenteres det for at all sykepleie skal utøves med respekt for pasientenes liv og iboende verdighet i tillegg til barmhjertighet og omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

I intensivsykepleies ansvars- og funksjonsbeskrivelse, som er utarbeidet av NSFLIS. Står det at *“Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død. Målet med intensivsykepleie er å etablere en terapeutisk relasjon med intensivpasienter og deres pårørende, og å styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak.”* (NSFLIS, 2017).

1.5 Hensikt

Hensikten med studien er å bidra med forskningsbasert kunnskap som kan være med på å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at vi har erfart lite fokus både til forebygging av obstipasjon, og behandling til obstipasjon ved intensivavdelinger, og at det heller ikke er fokus på obstipasjon i intensivutdanninger.

1.6 Antakelse

Studien er basert på en antakelse om at den marginale plassen som vi har erfart om forebygging og håndtering av obstipasjon har på intensivavdelinger og i intensivutdanningen, skyldes at det som har med tarmfunksjon å gjøre har lav status i slike avdelinger, og at denne lave statusen avspeiler seg i lærebøker i intensivsykepleie. Vi erfarte høy medisinsk og teknologisk dominans under vår praksisperiode på intensivavdelinger. Bakgrunnen for antakelsen kommer av intensivavdelinger i stor grad er fundert i en medisinsk logikk (jf. kap.2.7.3) og homo academicus sin påvirkning på universitetslærere og utdanningssystemet (jf.kap.2.1).

Under arbeidet med oppgaven fant vi studien til Dag Album og Steinar Westin "*Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among Physicians and Medical students?*". Om sykdoms hierarki og sykdommers prestisje blant leger. Studien viser at sykdommer som var lokalisert på de øvre deler av kroppen, spesielt hjernesvulst og sykdommer knyttet til hjerte ble fremstilt med høy prestisje. Mens sykdommer som var lokalisert i den nedre delen av kroppen, spesielt sykdommer som ikke ble anerkjent som sykdommer ble ransjer med lav prestisje blant legene som var med i studien (Album & Westin, 2008). Vi synes studien fikk frem et viktig innsyn om hvordan intensivavdelingens doxa og hahitus blir preget av medisinsk logikk, og hvilken påvirkning det medisinsk fag har på utdanningen. Mesteparten av undervisning for videreutdanning innen intensivsykepleie gjøres av leger med høy prestisje (Gundersen & Skoglund, 2018, s. 15).

2.0 Teoretisk perspektiv, metode, forskningsspørsmål og teknikk

Antakelsen om at den marginale plassen som vi har erfart at obstipasjon har på intensivavdelinger og i intensivutdanninger, skyldes at det som har med tarmfunksjon å gjøre har en lav status i slike avdelinger, og at denne lave statusen avspeiler seg i lærebøker i sykepleie. Denne antakelsen har vi undersøkt ved hjelp av en registrantanalyse av lærebøker i grunnleggende sykepleie fra 1877-1996. Fra 1998-2022 har norske intensivutdanninger hatt tilgang på egne lærebøker, så analysene om obstipasjon i denne perioden er basert på lærebøker i intensivsykepleie. De praxeologiske analysene, med tilhørende konstruksjoner av habitus er gjort i lys av den franske sosiologen Pierre Bourdieus teori Homo Academicus, om akademiske hierarki (jf. kap. 2.1). Analysene er fundert i et praxeologisk design, med tilhørende konstruksjoner av habitus (jf. kap.2.6.1 og 2.6.2) og doxa (jf. kap.2.7.2). Stor deler av kapittel 2.0 er basert på prosjektplan som er utarbeidet i MAMET 500 (Bogsnes og Amookhteh 2021).

2.1 Homo Academicus

Bourdieu argumenterer for at akademia sin oppgave i det moderne samfunn er å legitimere og reproducere de dominerende strukturene i samfunnet. Teologiske -, juridiske - og medisinske fakultet anses ofte for å være overordnet, fordi det forventes at disse fakultetene er i stand til å utøve den sterkeste og mest stabile innvirkningen på folket. De dominerende fakultetene har som oppgave å utdanne lydige sosiale agenter (Hovmark, 1995). Bourdieu påpeker at utdanningssystemet er spesielt viktig i forbindelse med konstruksjoner av et samfunn. Makten blir åpenbart ganske synlig i pedagogiske og utdanningsfeltet, på bakgrunn av at kunnskapen blir produsert om det sosiale samfunn, og doxa blir videreført. På denne måten vil agentene akseptere de sosiale strukturene uten å sette seg inn i andre alternativer som finnes (Wilken 2006, s. 69-71). Vi kan tolke det som at de "nye" agenter som agerer i feltet på en intensivavdeling blir påvirket av kulturen og normer i avdelinger, og vil derfor ikke tørre å stille spørsmål ved det som allerede eksisterer.

Bourdieu insisterer på at universitetslærere- og forskere også er sosiale skikkelser. De befinner seg på et bestemt sted i det sosiale hierarkiet, de har visse ritualer og tradisjoner, og ser verden på

en karakteristisk måte (Hovmark, 1995). Slik kan vi argumentere for hvorfor håndtering og forebygging av obstipasjon ikke blir prioritert i det sosiale felte (jf. kap. 2.7). I teorien homo academicus argumenterer Bourdieu for at, universitetslærere som sosial gruppe inntar en posisjon på toppen av det sosiale hierarkiet. Det er en av de dominerende gruppene i det moderne samfunn (Hovmark, 1995). Universitetslærernes sosiale status er noe som er skapt historisk og sosialt, det er en sosial konstruksjon. At universitetslæreren kan fungere som sosial autoritet. Lærebøkene i intensiv er skrevet av universitetslærere som danner grunnlaget for vår undring om at deres påvirkning som akademikere har innvirkning på hva som blir posisjonert med høyest prestisje på intensivavdelinger. Akademikerne har i tillegg lite kontakt med pasientene i hverdagen. Ifølge Bourdieu er ikke vitenskapen fri og uavhengig, tvert imot bidrar vitenskapen og utdanningssystemet til å reproducere de dominerende strukturene i det sosiale feltet (jf. kap. 2.7). Det bekreftes i teorien om homo academicus hvor det beskrives at det lærde fellesskapets egen fornuft, altså avdelingens sin habitus påvirker agentenes prioriteringer (Hovmark, 1995).

2.2 Praxeologisk vitenskapsteori

Vi har undersøkt antakelsen om at forebygging og håndtering av obstipasjon hos akutt og kritisk syke pasienter, blir påvirket av medisinsk logikk og homo akademisk ved hjelp av praxeologisk vitenskapsteori. Praxeologisk vitenskap om menneskelige handlinger må omfatte en praktisk-, en fenomenologisk - og en strukturell dimensjon. Ved generering av praxeologisk viten setter en dermed spørsmålstegn ved det som er etablert som sannhet, og det gjør man ved å sette nåtidig praktikker i en historisk sammenheng. For å kunne forstå og forklare nåtidige praktikker, nåtidige måter å agere på, i lys av fortiden (Boge 2021, s. 4 referert i Bourdieu, 1998, s. 72-86).

I fransk historisk epistemologi er historiske analyser av nåtidig praktikker helt sentralt, uavhengig av om en lener seg på de sosiologiske teoriene til Bourdieu, filosofien til Michel Foucault eller andre sine teorier og vitenskapelige refleksjoner. Historiske analyser av nåtidig praktikker har røtter tilbake til Gaston Bachelard (1884–1962), som regnet til å være grunnleggeren av fransk historisk epistemologi. Han argumenterte for at vitenskapshistorien ikke er preget av kontinuitet, men av radikale brudd. Bachelard argumenterte for at viten måtte forstås i

lys av den historiske sammenhengen som den hadde oppstått og handlinger for å forklare nåtidig praktikker.

Gjennom det kontinuerlige arbeidet med materialet, prøver enn å bryte med de spontane prekonstruerte hverdagsforestillingene om forskningsobjektet, for så å generere nye teorier om hvordan det kan ha seg at den sosiale praktikken er som den er.

2.3 En praxeologisk analysestrategi

Bourdieu argumenterer for at individet grunnleggende handler ut ifra en kroppslig praktisk sans som har nedfelt seg i den familien og storsamfunnet individet er inkorporert i (Callewaert, 1997, referert i Boge 2021, s. 3-4). Innlæringen foregår som oftest som ubeviste internalisering av objektive strukturer via erfaring og forklaring. Vi lærer å forstå hva som er bra og dårlig, rett og galt, mulig og umulig uten at vi er klar over at dette er en læringsprosess (Wilken, 2008, s. 37). Den kroppslige, ofte ubevisste måten agentene agerer på, blir omtalt som praktikk. Praktikker kan en analyserer frem ved å konstruere habitusen til agenter. Det gjør man ved å konstruere posisjon, disposisjon og posisjonering til agenter innenfor et gitt empirisk avgrenset felt.

Posisjoneringer

Wilken (2006) påpeker at ved konstruksjon av habitus, trenger en data om posisjoneringer, det vil si data om agentens handlinger, meninger, synspunkt, oppførsel, og om hvordan slike synspunktene har tatt stilling til praktikker i konkrete sosiale situasjoner, i fortid og nåtid. Doxa, heretodoxa og ortodoxa er sentralt ved analysen av posisjoneringer. Doxa er standpunkt, ofte uskrevne og udiskutable posisjoneringer som en tar for gitt. Om det oppstår heterodoxe posisjoneringer, det vil de posisjoneringer som bryter med doxa, kan det bli en kamp i feltet, fordi det står noe på spill som agentene synes det er verdt å kjempe for. De med høyest posisjon i feltet, med tilhørende kulturelle-, økonomiske- og sosiale kapital, har størst definisjonsmakt og makt til å opprettholde og revitaliserer doxa. Det vil si makt til å få gjennomslag for ortodoxe posisjoneringer (Wilken, 2006, s. 43).

Posisjon

Når en oppdager heterodoxe måter å agere på, det vil se de posisjoneringer i ord og gjerning som bryter med doxa, kan en utføre en feltanalyse for å få vite om den heterdoxe sin posisjon. Et felt er ikke et fysisk rom, men kan forstås som et magnetisk felt, der noen blir trukket inn og andre blir støtt ut. Feltet er relativt autonomt og er bærere av en logikk med omsyn om hvordan en skal agere (Wilken, 2006, s. 43 - 44). Mange av de helsefaglige studiene befinner seg i et medisinsk felt. Ved konstruksjonen av det sosiale feltet trenger man data om posisjonen som agenter har i det sosiale feltet på et bestemt tidspunkt i historien. I for eksempel det medisinske feltet finnes det posisjoner som pasient, pårørende, helsefagarbeiderer, sosialarbeidere, vernepleiere, sykepleiere og leger, som hver og en er bærere av sin egen logikk inn i feltet og agerer mer og mindre autonome i relasjon til det medisinske feltet og samfunnets ellers.

Det som disponerer for at en har den posisjonen som en har:

Ved konstruksjon av habitus trenger en også data om det som disponerer for at agenter har den posisjonen som de har i feltet på et gitt tidspunkt og posisjoneres seg på en viss måte. Slike disposisjoner empiriske tvinges inn ved hjelp av indikatorer på kapitaler som agentene har og analyserte frem ved hjelp av data om kulturelle-, økonomiske- og sosiale kapitaler (Wilken, 2006, s. 39).

- Kulturelle kapitaler kan for eksempel være utdanning, fritidsinteresser.
- Økonomiske kapitaler kan for eksempel være inntekt og eiendom.
- Sosiale kapitaler kan for eksempel være familie, sosialt nettverk og omgangskrets (Wilken, 2006, s. 39).

2.3. Praxeologisk vitenskapsteori

Antakelsen om at en medisinsk logikk kan disponere for at forebygging og håndtering av obstipasjon hos akutt og kritisk syke pasienter er lavt prioritert i intensivavdelinger, har vi undersøkt ved hjelp av praxeologisk vitenskapsteori.

Det finnes, ifølge Bourdieu, tre vitenskapsteorier som kan tas i bruk ved studier om den sosiale verden. Det er objektivisme, fenomenologi og praxeologi (Bourdieu, 1998, s. 72). Disse kombinert vil gi en fullstendig og riktig kunnskapsform (Petersen og Callewaert, 2013, s. 95). En

objektiverende forsker vises praktikken bare i tredjeperson og som et fullført faktum, som er der for vurdering. Målet til Bourdieus var å skape en forsknings posisjoner med innsyn i fra både objektivismen og subjektivismen (Wilken, 2015, s. 82). Bourdieu argumenterer for at fenomenologien baseres på at den sosiale verden, menneskelige handlinger og begivenheter, kan forstås ut fra menneskets egne subjektive perspektiv. På den annen side for å forstå den sosiale verden, basert på hvordan mennesket oppfatter den så vil det ekskludere menneskets evne til selvrefleksjon og på den måten kunne se sosiale forutsetninger som underliggende årsaker (Bourdieu, 1998, s. 72).

Objektivismen og den fenomenologiske viten ser en forskjell mellom strukturen i samfunnet og de sosiale handlingene fra hverandre, insisterer dermed på at praxeologien påvirker hverandre og således former handlingen vår (Bourdieu, 1998, s. 73). Ergo har de sosiale strukturene innflytelse på våre sosiale handlinger. Dog vår årsak til sosiale handlinger vet enn ofte ikke (Bourdieu, 1996, s. 44). I følge Bourdieu er flere av våre handlinger påvirket av vår bakgrunn, kultur og kunnskap fra vår barndom som er opparbeidet i kroppen vår og påvirker våre vaner (Wilken 2006, s. 37). Vi er ikke selv klar over disse innarbeidede handlingene, og Bourdieu argumenterer for at det må stilles høyere krav til forskerens egen selvrefleksjon (Bourdieu, 2007, s. 7).

Forskningen som gjennomføres må være systematisk og empirisk vitenskap. Det vil si at forskerne må ha innsikt i betydning av posisjoner, logikker, relasjoner og strategier i det vitenskapelige feltet (Bourdieu, 2007, s. 7-11). Altså vil strukturen i feltet belyses for å produsere den objektive fordelingen av de ulike egenskapene som individene og institusjonene innehar. Slik kan man anta at agentene agerer på bakgrunn av den posisjonen de har i det sosiale feltet (Bourdieu, 2007, s. 17).

2.4 Praktikk

I praxeologisk studier undersøker man praktiker. Konstruksjonen av praktikk, handler om hvordan praksis blir generert (Petersen, 1997, s. 86). Begrepet praktikk er dermed sentralt i Bourdieu sin teori. Praktiker er ofte ubevisste måter å agere på. Handlemåter som er formet i et samspill mellom de objektive nåtidige og fortidige strukturene og de subjektive erfaringene

(Boge, 2021, s. 4-5). Det handler om at praksis ikke kun er en tilpasning av teoretisk kunnskap, men heller samhandling mellom ulike kunnskapsformer som veiledende for praksis (Petersen s.70 1997). Det kan tolkes som at intensivsykepleier på sin måte agere overfor pasienter med obstipasjons problematikk i et samspill mellom utdanningssystemet og avdelingen sin habitus. Og i sin tur påvirker intensivsykepleierens være måte i det sosiale feltet.

2.5 Historisering og brudd

Historiske analyser av praktikken som undersøkes er sentralt i praxeologiske studier. Å studere nåtidige praktikker i et historisk perspektiv er som tidligere nevnt (jf. Kap 2.2), er ikke forbeholdt Bourdieu, men som har røtter attende til Gaston Bachelard (1884–1962), som regnet til å være grunnleggeren av fransk historisk epistemologi. Ved å analysere i et «posteriori»-perspektiv, hjelper det forskerne til å få avstand til det de studerer, og kan oppdage at det som blir regnet for selvsagt i nåtiden, ikke er naturlig, men en historisk (Boge, 2021, s. 5). Altså for å kunne forstå og forklare nåtidige praktikker, nåtidige måter å agere på, i lys av fortiden (Boge 2021, s. 4 referert i Bourdieu,1998, s. 72-86).

I denne studien har vi forsket på sykepleierens praktiker i et historisk perspektiv, på denne måten kan enn se etter brudd som har medført endringer i sykepleiens praktiker i forbindelse med forebygging og håndtering av obstipasjon. Et brudd i denne sammenheng vil kunne være at en ikke omtaler eller nevner obstipasjon til pasienten i lærebøkene (Kropp, 2009, s. 181-182). Brudd er ofte et utfall av et sammenstøt i feltet, og vi skal spekulere i feltet ved denne studien. Bourdieu hevder at ulike disposisjoner kan påvirker posisjoner man har i det sosiale feltet (Kropp, 2009, s. 181-182, jf. kap. 2.7).

2.6 Praxeologisk analysestrategi

Konstruksjon av habitus er sentralt i praxeologiske analyser (Boge, 2021, s. 13-14). I følge Bourdieu det er en sammenheng mellom praksis og det sosiale, det innebærer at man må kunne forstå praksis for å kunne forstå det sosiale (Harrits, 2017, s.25, referert i Amookhteh & Bogsnes, 2021). I praksis er det mange åpenbare premisser, altså doxa (Wilken, 2015, s.42). Praksis er det vi gjør kontinuerlig hele tiden i en praktisk sammenheng, og en praktikk er det vi gjennomfører i

praksis. Slik blir det etablert en forskningsposisjon. Vi vil nedenfor se nærmere på hva habitus er, hvordan det kan være med å etableres ved hjelp av posisjoner, disposisjoner og posisjoneringene som agenter har i det sosiale feltet.

2.6.1 Habitus

Bourdieu argumenterer for at individet grunnleggende handler ut ifra en kroppslig praktisk sans som har nedfelt seg i den familien og storsamfunnet individet er inkorporert i (Callewaert, 1997, referert i Boge 2021, s. 3-4). Fra barndommen foregår ubevisste internalisering av objektive strukturer via erfaring og forklaring. Vi lærer å forstå hva som er bra og dårlig, rett og galt, mulig og umulig uten at vi er klar over at dette er en læringsprosess (Wilken, 2008, s. 37). Kjernen i begrepet habitus er en antagelse om at menneskelig forståelse av virkeligheten, samt deres valg og handlinger i lang tid, genereres av internaliserte disposisjoner for følelser, tanker og handlinger. Det gjøres ved en konstruksjon av posisjon, disposisjon og posisjoneringer til agentene (Callewaert, 1997, referert i Boge 2021, s. 3-4).

Disse disposisjonene erverves (for det meste ubevisst) gjennom et liv under visse sosiale forhold (Wilken, 2010, s. 45). Her kan vi tenke oss at intensivavdelingen er påvirket av den medisinske logikken (jf.kap.2.7.3), og som i sin tur påvirker den forventede normen i avdelingen. Habitus disposisjon karakteriseres som «å forstå» og «å lære», mens tilegnelse prosessen er glemt eller fortrent. I den forstand er habitus ifølge Bourdieu ikke en sinnstilstand, men en kroppstilstand. Habitus blir sett på som kroppslig forankring som et resultat av den sosiale innleiring, som vil påvirke både erindring og praksis (Wilken, 2010, s.35-37). Han påpeker i sin teori at habitus er et produkt av det sosiale miljø og at det sosiale miljøet vil påvirke individets leve stander, tankegang og det man velger og prioriterer i livet. Dersom man kommer fra en familie med høyere utdanning med høy økonomisk - og kulturell status, vil i sin tur påvirke valget av yrke og utdanning (Aanesen, 2021). Det kan i sin tur påvirke hvordan observasjoner, og igangsetting av tiltak kan gjøre inntrykk på habitus på en intensivavdeling.

2.6.2 Konstruksjon av habitus ved hjelp av posisjon, disposisjon og posisjonering

I praxeologisk forskning leter man etter svar på det man undrer seg over, ved hjelp av konstruksjoner av habitus. I den sammenheng trenger man data om posisjon, disposisjoner og posisjoneringer. I vår studie er det sykepleiefagets posisjonering i forhold til forebygging og håndtering av obstipasjon hos akutt- og kritisk syke. Den kroppslige kunnskapen vil ta form i måten mennesker posisjonerer seg på i tekster, substanser, kroppslige bevegelser og i tale (Boge, 2021, s. 5).

For å kunne beskrive posisjoneringene til hvordan sykepleiefaget har hatt til forebygging og håndtering av obstipasjon til akutt- og kritisk syke pasienter på intensivavdeling. Har vi analysere og forsøkt å belyse posisjonen den som posisjonerer seg har i det sosiale rommet og i feltet (jf. kap.2.7). I denne studien vil sykepleie historien være sentralt, og videre vil vi se på habitus i feltet (Callewaert, 2014, s. 165). Habitus er med på å konstruere et felt, dette feltet vil være med på å få oss til å forstå og forholde oss til ulike disposisjoner (Bourdieu, 1995, s. 113). Habitusbegrepet er et samlebegrep for posisjon og disposisjon, til ulike handlinger innenfor et felt. Det er klassifisering av disposisjoner som hver enkelt har, i form av kroppslige reaksjoner, hvordan man tenker, samt følelsesmessige holdninger som avgjør hvordan mennesket handler, hvordan det påvirker deres tankemønster og hvordan en oppfatter og opplever omgivelsene rundt seg (Horne, 2016, s. 42-43, referert i Amookhteh & Bogesnes, 2021).

Bourdieu hevder at habitus til en person kan konstrueres ved å se på hvilke kapitaler personen innehar. Bourdieu sin teori går ut på at det finnes fire ulike kapitaler: økonomisk kapital, kulturell kapital, sosial kapital og symbolsk kapital. Økonomisk kapital forteller oss noe om hvor sterkt man stille økonomisk og materielt. Kulturell kapital sier noe om hvordan kultur og utdanning, mens det sosiale kapitlet forteller i sin tur hvordan det sosiale nettverket som venner og familie. Symbolsk kapital forteller noe om hvilke evnen enn har til å utnytte de andre kapitlene (Wilken, 2006, s. 39).

Sosiale handlinger bidrar til å danne et sosialt rom, det finnes ofte flere sosiale rom i et felt. Agentene som handler i det enkelte rommet, har muligheten til å bli klassifisert slik at de kan få en høyere status i det sosiale rommet. Som i sin tur fører til en sosial rang, og et hierarki

mellom agentene i de ulike kretsene. Det som (særlig) påvirker hvilken status og gjennomslagskraft man har i det sosiale feltet er økonomisk og kulturell kapital (Wilken, 2006, s. 42). En kan undre seg over om dette påvirker vår arbeidskultur og handlinger på en intensivavdeling.

2.6.3 Konstruksjon av forskerens habitus

Ut ifra det Bourdieu beskriver er det viktig at forskere blir mest mulig gjennomsiktig for seg selv og lesere. For å skape en slik “gjennomsiktighet” må forsker skape sin egen habitus. Habitus vil bli konstruert ved at en stiller de samme spørsmål til seg selv som til det empiriske materialet. Det er det Bourdieu kaller en autososioanalyse (Damkjær, 2004, s. 232-233). I en autososioanalyse konstrueres forskerens habitus slik at forskers posisjon, disposisjon og posisjoneringer blir tydelige for leser og forsker (Boge, 2021, s. 8). Det er ikke rom for en fullstendig autososioanalyse i denne studien, men innledningsvis (jf. kap. 1.0) har vi skrevet litt om våre posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer til forebygging og håndtering av obstipasjon.

2.7 Sosialt felt

I Bourdieus teori blir feltbegrepet forklart som en regel for å forstå det sosialt liv og de grunnleggende forestillinger. Felt kan sees i sammenheng mellom hvordan mennesker handler og hvordan de tar for seg den empirisk materiale (Wilken, 2008, s.31, referert i Amookhteh & Bogesnes, 2021). Feltet krever en velutviklet selvstendighet i forhold til andre felt og omgivelse (Broady, 1998, s. 2-3, referert i Amookhteh & Bogesnes, 2021). Han anser livet som et spill, der agentene må akseptere de grunnleggende spilleregler “*sosialt live regel*” (Wilken, 2015, s.42-45).

Definerer et felt som et system av posisjoner som blir videreformidlet til hverandre og som får sin mening gjennom relasjoner til andre posisjoner i feltet. En kan se på felt som en felt arenaene (enkeltindivider, sosiale grupper, institusjoner) der agenter kjemper for eller om innflytelse i en sosial praktisk sammenheng. Et felt bygger relasjoner og hierarki innenfor en større sosial arena (Wilken, 2010, s.52). Et eksempel på et felt er det medisinske feltet (Wilken, 2008, 32-33).

2.7.1 Hierarki i det Sosiale felt

Pierre Bourdieu (1981) bruker ordet sosiale rom i sin modell for å presisere klasseposisjon i det avanserte samfunn. Det omhandler relasjoner mellom mennesker, og de sosiale klasser og de økonomiske ressurser de besitter. Bourdieu fremhever den strukturalisme om meningsskapende forskjeller for å at en skal kunne forstå hvordan den sosiale rommet er innrettet. I den forstand kan vi se på det sosiale rommet som et system av objektive relasjoner mellom de ulike kombinasjoner av relevant maktforhold og ressurser (Aakvaag, 2012, s.151). Funksjoner som avføring betraktes som simpelt og med lav status i det sosiale rom (Lawles, 2006, s. 226). En kan undre seg over om at det sosiale rommet (intensivavdelingen) er påvirket av en hierarkiske strukturer av objektive sosiale posisjoner ut ifra de ulike kapital den enkelte individ har (Aakvaag, 2012, s.151). På intensivavdelingen har legene høyere posisjon i det sosiale feltet.

Sosiale felt er et felt som er avgrenset av de bestemte territorium i et samfunn, der man ikke kan bestride den kollektive forståelsen (Wilken, 2006, s. 51). Siden intensivavdelinger ofte er påvirket av medisinsk logikk (jf. kap.2.7.3) er det det lett å trekke en antakelse på at sykdommer på en intensivavdeling blir påvirket av prestisje, og i sin tur påvirker avdelingen sin doxa (Album & Westin, 2008). I det sosiale feltet kan det oppstå sosiale konflikter mellom agenten som er preget av misunnelse av det sosiale kapital og innvirkning. De ulike feltene inneholder forskjellige kapitaler som i seg selv er egenmektige (Järvinen, 2013, s. 378). Sykepleiere og leger kan ofte ha forskjellig fokus, men på grunn av hierarki vil legene sitt ord eller bestemmelse trumfe igjennom som kan påvirke funksjonen i det sosiale feltets prioritering. Ifølge Pierre Bourdieu er det hierarkiske og deres dynamikk er en konkurranse kamp mellom sosiale agenter for å innta de dominerende posisjonene. Han hevder videre at for at samfunnet skal fungere er det viktig med kamp og konflikt. En kan tolke det som at Bourdieu ønsker at det skal stille spørsmål ved normer og regler som oppstår i det sosiale feltet, i dette tilfelle “intensivavdeling”.

2.7.2 Doxa, heterodoxa og ortodoxa

Ved konstruksjon av habitus, trenger man data posisjoneringer, det vil si data om hvordan agentene har agert eller tatt stilling til praktikker i tekster og konkrete sosiale situasjoner, i fortid og i nåtid. Doxa, heretodoxa og ortodoxa er sentralt ved analyse av posisjoneringer.

Doxa er den grunnleggende "sannheten" som sosial orden er basert på, og som både er innlemmet og eksternalisert. Bourdieu refereres doxa til alt det som tas for gitt i et samfunn. Det selvinnsyende, det usagt, det som ikke er oppe til diskusjon. Han beskriver det videre som doxa er både inkorporert i habitus og i samfunnet (Wilken, 2010, s.55). Det vil si at i det sosiale feltet er det skrevne og ofte uskrevne spilleregler for hvordan man skal agere. Det forventes at agentene som agerer i feltet skal godta spillereglene, disse spillereglene er ofte uuttalte og kalles altså doxa (Wilken, 2006, s. 43). Doxa kan bli utfordret, det skjer ofte i forbindelse med nyankomne i feltet. Det er det som blir kjent som heterodoxa. For eksempel, starter en agent opp med forebyggende behandling mot forstoppelse like tidlig som de starter med sondeernæring. Da kan det oppstå kamp i feltet, fordi agentene som allerede befinner seg i feltet har høyere posisjon, med tilhørende kulturelle-, økonomiske- og sosiale kapital, og har som regel høyere definisjonsmakt og makt til å opprettholde og gjeldende doxa. Det vil si makt til å få gjennomslag for ortodokse posisjoneringer (Wilken, 2006, s. 43).

2.7.3 Medisinsk logikk påvirkning på det pedagogiske feltet

Bourdieu's teori om reproduksjon fokuserer på hvordan utdannelsessystemet fortsetter med å reprodusere kulturer og sosial ulikhet, samtidig som de produserer en ideologi om at alle har lik mulighet og at det er basert på evne, innsats og talent. Utdannelsessystemet spiller en grunnleggende rolle i den sosiale konstruksjonen av virkeligheten. Det er gjennom utdannelsessystemet vi forstår hvordan den sosiale virkeligheten fungerer. Det foregår gjennom undervisning, men samtidig igjennom de ulike forventningene og kravene som utdannelsessystemet har til studenten (Wilken, 2010, s. 93-102). Utdannelsen er en habitusskapende institusjon. Det vi lærer under utdannelsen er med på å skape

virkelighetsforståelse, handlinger og valg som igjen påvirker våre følelser, hvordan vi tenker, og hvordan vi handler (Wilken, 2010, s. 93-102). På denne måten vil det si at den herskende gruppen i samfunnet, er med på å påvirke relasjoner på det symbolske plan, som i sin tur kan påvirke virkelighetsoppfattelsen, som da blir fremstilt som den objektive sannheten av hele samfunnet (Wilken, 2010, s. 93-102). Denne studien er basert på en antakelse om at selv om intensivutdanninger har blitt en del av det pedagogiske feltet, domineres utdanningen av en medisinsk logikk, med tilhørende naturvitenskapelige fag (Boge & Petersen, 2020. Jf. kap.1.6). Vi antar da at den medisinske dominansen er med på å forklare hvorfor sykepleiere posisjonere seg slik som de gjør, da historisk sett har lærebøker i sykepleie blitt skrevet av leger, med høy sosiale makt, som på denne måten påvirker habitus (jf. kap.2.5.1). Bourdieu (1995) påpeker ved hjelp av sin teori om homo academicus (jf. Kap. 2.1) at utdanningssystemet er spesielt viktig i konstruksjoner av et samfunn. Den dominerende makten blir merkbart synlig i pedagogiske og utdanningsfeltet, på bakgrunn av at kunnskapen blir reproduisert i det sosiale samfunnet, og doxa blir videreført.

2.7.4 Symbolsk makt

Bourdieu hevder at det eksisterer en form for usynlig makt mellom en utøver og en innehaver, samtidig som makten utøves på en. Han fremhever at maktforholdet blir vedvarende når den ikke erkjennes av noen. Det fører til at man godtar maktens eksistens og på denne måten videreføres og forekommer oss naturlig (Bourdieu, 1996, s. 38). De som utøver den usynlige makten, har makt over definisjonen om hva som anses å være normalt og hva som anses å være unormalt, det er det Bourdieu kaller for symbolsk vold (Bourdieu, 1996, s. 42-43).

Bourdieu var nysgjerrig på de usynlige strukturene i samfunnet og om hvordan de ulikhetene oppstod, ved uten bruk av fysisk makt eller tvang av de som besitter makten (Wilken, 2006, s. 67). Han hevder videre for at agenten skal kunne godta maktutøvere må den oppleves som ekte og legitimt. Dette kan argumenteres med at universitetssystem er et legitime institusjon med høyest hierarki innenfor utdanningssystem. Dette systemet er med å produsere kunnskap, og på denne måten blir legitimert makten bevart i det sosiale rommet hos agenter som har påvirkning i et samfunn (Wilken 2006, s. 68-71).

Bourdieu påpeker at utdanningssystemet er spesielt viktig i forbindelse med konstruksjoner av et samfunn, samt utøvelse av symbolsk vold. Makten blir åpenbart ganske synlig i pedagogiske og utdanningsfeltet, på bakgrunn av at kunnskapen reproduserte om samfunnet og det sosiale doxa blir videreført. På denne måten vil agentene akseptere de sosiale strukturene uten å sette seg inn i andre alternativer som finnes (Wilken 2006, s. 69-71).

2.8 Forskningsspørsmål

I forlengelsen av Bourdieus teorier har vi analysert posisjoneringer i forhold til forebygging og behandling av obstipasjon hos akutt- kritisk syke ved hjelp av følgende spørsmål:

1. Hvordan kan det være at vi har erfart at forebygging og håndtering av obstipasjon ikke har en sentral plass i intensivavdelinger, og at obstipasjon heller ikke er i fokus i den teoretiske delen av intensivutdanninger?
2. Hvor kommer det fra at forebygging av obstipasjon ikke har en sentral plass i intensivavdelinger?
 - Hvordan posisjonerer sykepleiefaget seg til obstipasjon i et historisk og nåtidig perspektiv?
3. Hvordan virker det?
 - Hvilke økonomiske-, kulturelle- og sosiale kapitaler disponerer for at agenter har den posisjonen som de har i det sosiale feltet og har posisjonert seg om obstipasjon som de har?
 - Hvordan kan historiske analyser av forskningsobjektet bidra til å forstå og forklare at forebygging av obstipasjon ikke har en sentral plass i intensivavdelinger?

2.9 Metode

Vi har valgt å bruke registrantanalyse som metode i denne studien, for å finne svar på forskningsspørsmålet. En registrantanalyse er en systematisk måte å lese og registrere ulike dokumenter på, samt få oversikt over store mengder tekst. Det består i å samle korte referater, og systematisk stille de samme spørsmålene til ulike tekster. Formålet med registranten er å belyse forskningsobjektets historiske forandring. Formålet med registrantanalysen i denne studien er å belyse hvordan intensivsykepleieren posisjonerer seg i ivaretagelse av obstipasjon til den akutt- og kritisk syke pasienten.

Metoden brukes for å få en oversikt over historiske prosesser, og viser hvordan kjennskap til disse prosessene er avgjørende for en forståelse av hvorfor nåtidens mennesker forholder seg slik de gjør til bestemte praktiske problemstillinger (Kropp, 2009, s. 173-174). Ifølge Kropp (2009, s. 180-182) har registrantanalyse to formål.

Det første er å analysere frem ulike posisjonene dokumentet har. Altså det dominerende posisjonen i feltet, men også de ikke-uttalte og mer implisitte posisjonene i feltet. Slik ser man feltets historiske, samtidig med nåtidens organisering - vil det bidra med å tydeliggjøre hvor det oppstår endringer og brudd i praktiker, som er med på å belyse hvorfor nåtidens mennesker forholder seg slik de gjør til bestemte praktiske problemstillinger (Kropp, 2009, s. 173-189). Med dette kan en generer forståelse og forklaring av felt, doxa og det sosiale rommet, og de ulike praktiker som oppstår. Det andre registrant analysen vil bidra med er å gi oss en kronologisk rekkefølge over viktige hendelser og brudd, og på den måten bidra til å organisere studien. Som igjen bidrar til å kunne forklare og forstå hvordan feltet utvikler seg.

3.0 Teknikk

Ved bruk av systematisk registrering av norske lærebøker i sykepleie og i intensivsykepleie fra fortid til nåtid, har vi undersøkt posisjoneringer om obstipasjon. Når det oppstår brudd i måten obstipasjon er posisjonert i lærebøker i sykepleie, har vi forstått og forklart bruddet ved hjelp av konstruksjoner av lærebokforfatterens posisjoner og disposisjoner. Videre har vi diskutert

hvordan fortidige posisjoneringer kan bidra til å forstå og forklare nåtidige posisjoneringer rundt obstipasjonspraktikk (jf. forskningsspørsmål 1-3). I kapittelet nedenfor ser vi nærmere på materialet som er inkludert i registrantanalysen i denne studien.

3.1 Materiale om posisjon og posisjoneringer

For å kunne svare best mulig på spørsmålet hvordan sykepleiefaget har posisjonert seg til obstipasjonspraktikken i et historisk og nåtidig perspektiv, har vi utført en analyse av lærebøker i norsk sykepleie fra den første boken i sykepleie kom ut i 1877 -1996, hvor vi begynner å analysere norske intensivbøker fra 1998 og frem til 2020 (jf. Tabell 2).

Tabell 2: Lærebøker i sykepleie 1877-2022

| År | Forfatters og posisjon | Tittel |
|------------|--|---------------------------------------|
| 1877 | Rikke Nissen, sykepleier | Lærebog i sygepleje for diakonisser |
| 1879 | Edvard Kaurin, Distriktslege | Sygepleiersken |
| 1901/1914 | Hans R. Waage, Lege | Lærebog i sygepleie |
| 1921/1926 | Kristian Grøn & Sofus Widerøe, Overleger | Haandbok i sykepleien |
| 1941/ 1951 | Anton Jervell, Overlege | Lærebok for sykepleiersker (2&3 bind) |
| 1960 /1962 | Anton Jervell, Overlege | Lærebok for sykepleiersker (8 bind) |
| 1967 | NSF/ Kjellaug Lerheim, sykepleier | Lærebok for sykepleieskoler (12 bind) |
| 1968/1972 | Kjellaug Lerheim, Christian Borchgrevink, Olli Breiland & Reidun Juvkam (red.) Sykepleiere | Lærebok for sykepleieskolen |
| 1973 | Pamela H. Mitchell, sykepleier | Grunnleggende sykepleie |
| 1985 | Hallbjørg Almås (red.), sykepleier | Medisinsk og kirurgisk sykepleie |
| 1992 | 1992 Hallbjørg Almås (red.), sykepleier | Klinisk sykepleie |
| 1996/2001 | Nina Jahren Kristoffersen (red.), sykepleier | Generell sykepleie |
| 1998 | Sheila k. Adam og Sue Osborne. Intensivsykepleiere | Intensiv sygepleje |

| | | |
|-------------------|---|--------------------------------|
| 1998 | Anna Marie Moesmand & Astrid Kjøllesdal, Intensivsykepleiere | Å være akutt kritisk syk |
| 2001 | Sven-Tore Dreyer Fredriksen og Kristin Halvorsen, Intensivsykepleiere | Fenomener i Intensivsykepleier |
| 2005 | Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud (red.). Intensivsykepleiere | Intensivsykepleier |
| 2010 | Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud (red.). Intensivsykepleiere | Intensivsykepleier |
| 2015 | Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud (red.). Intensivsykepleiere | Intensivsykepleier |
| 2020- 2022 | Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud (red.). Intensivsykepleiere | Intensivsykepleier |

Vi hentet ut inspirasjon i fra Elin Fjell Kristiansen (2020) sin masterstudie om “munnbindpraktikker”, og fra Astrid Bergseth (2021) sin masterstudie om “Ivaretakelse av intensivsykepleieren”. Det hjalp oss å finne lærebøker i fra grunntutdanningen fra 1877 frem til 1967, og lærebøker i intensivutdanningen fra 2001 til 2022. På samme måte som Kristiansen (2020) har vi kun brukt lærebøker som er digitalt tilgjengelige på Nasjonalbiblioteket og digitale bøker på Høgskolen på Vestlandet sitt bibliotek, og brukt søkeord som var relevant til vår masteroppgave. Datamaterialet inneholder 18 bøker, noen med flere bind, fordelt på 143 år (jf. tabell 2).

Ved hjelp av praxeologisk analysestrategi (jf. kap. 2.3) omfatter analysedelen av lærebøkene årstall, navn på forfatter, tittel på bok, posisjonen og disposisjonene til forfatteren, og bøkens posisjoneringer om obstipasjonspraktikk (jf. tabell 4 og 5).

Tabell 3: Moment ved registrantanalyse

| Boktittel | År | Forfatter | Posisjon | Disposisjoner | Posisjoneringer om obstipasjon |
|-----------|----|-----------|----------|---------------|--------------------------------|
|-----------|----|-----------|----------|---------------|--------------------------------|

Ved bruk av denne tabellen fikk man kort resyme og oversikt over når bruddet oppstod i posisjoneringene om forebygging og håndtering av obstipasjons og forfatters posisjon (j.f Tabell 4 og 5). I kapittel 3 blir det dypere forklart om posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer.

3.2 Materiale om disposisjoner

Ved hjelp av registrant analysene kunne man finne svar på forskningsspørsmålet “Hvordan posisjonerer sykepleiefaget seg til obstipasjon i et historisk og nåtidig perspektiv?” Det resulterte i at vi fant et brudd mellom grunnutdanningen og videreutdanningen om obstipasjonspraktikken i 1998. Det var da den første norske læreboken i intensivsykepleie, hvor det ikke nevnes noe om obstipasjon hos akutt - og kritisk syke pasienten (jf. kap.4.4). For å forklare bruddet (jf. forskningsspørsmål 2), bygger vi vår teori på at indikasjonene domineres av medisinsk logikk (jf. kap. 2.7.2) og hierarki i det sosiale felt (jf. kap. 2.7.1) som kan disponere for at det oppstod et brudd i posisjoneringene om obstipasjon (jf. kap.4.4). I den sammenheng har vi hatt nytte av Aina Schiøtz sine historiske analyser av det norske helsevesenet fra 1850-2017: Folkets helse - landets styrke 1850-2003 fra 2003 og Viljen til liv: medisin- og helse historie fra antikken til vår tid fra 2017 (Schiøtz, 2003; Schiøtz 2017).

3.3 Materiale som har bidratt til å svare på forskningsspørsmål 3

Etter at vi oppdaget brudd i lærebøkene for intensivutdanningen i 1998, har vi analyserte lærebøkene fra perioden 1998 til 2022. Hvor posisjoneringene rundt obstipasjonspraktikken i lærebøkene til intensivsykepleie fortsetter å ha lite til ingen fokus. Avslutningsvis har vi argumentert for at det ene bruddet som oppstod i 1998 som fortsetter frem til 2022, kan bidra til å forklare nåtidige posisjoneringer om obstipasjonspraktikker til akutt - og kritisk syke pasienter (jf. forskningsspørsmål 3).

4.0 Analyse

I denne delen av studien utføres det først en analyse og drøfting rundt posisjonen, disposisjonen og posisjoneringer i lærebøker i sykepleie og intensivsykepleie (jf. kap.1.3). Videre er dette en analyse og drøfting av mulige forklaringer på hvorfor obstipasjon hos akutt og - kritisk syke pasienter ikke er nevnt i læreboken for videreutdanning i intensivsykepleie fra 1998 frem til 2022 (jf. kap. 4.4). I kapittel 4 har vi forsøkt å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at obstipasjonspraktikken i så stor grad blir posisjonert i lærebøkene i grunnleggende sykepleie, men ikke i lærebøker i for intensivutdanningen. Videre har vi forsøkt å forstå og forklare hvordan det kan ha seg at forebygging og behandling av obstipasjon problematikk hos akutt- og kritisk syke i liten grad blir posisjonert i lærebøkene i sykepleie som retter seg mot de som tar videreutdanning i master og intensivsykepleie.

4.1 Lærebøkernes posisjon og disposisjon

Vi har analysert lærebøker som er beregnet til bruk i grunnutdanningen for sykepleiere, og for master i intensivsykepleie. Slike dokumenter har etter vår tolkning høy kulturell og sosial kapital. Vi har hentet inspirasjon fra masteroppgaven til Miriam Bjørndahl Dahl (2020) om regjeringens posisjonering til dagkirurgi. Ved hjelp av hennes oppgave kan vi da uttale oss om posisjonen og kapitale til denne type dokumenter inneholder. Hvor hun har analysert forskjellige regjeringensdokumenter ut ifra hva slag "kapital" disse dokumentene inneholder. Av den grunn av at vi kun tar for oss en type dokument, lærebøker i grunnutdanning og spesialutdanningen, går vi ut ifra at denne type dokument besitter lik kapital. For intensivsykepleie er det derimot intensivsykepleie lærebøkene som vil inneha størst kapital da de besitter høyere kulturell kapital i faget. I følge Bourdieu (jf.kap.2.7.3) er det lærebøkene som definerer hva som blir reproduert av kunnskap. Videre argumenterer han for at dokumenter besitter ulik makt, altså lærebøker er utdanningsinstitusjonenes dokumenter. Bourdieu har fokus på at utdanning er med på å forme samfunnet, som er med på å definere den sosiale doxa`en som blir reproduert i dokumentene (jf. kap. 2.7.2).

4.2 1877-1996: Problematisering av obstipasjon praktiker hos pasienter

Norges første lærebok i sykepleie kom ut i 1877. Redaktør var diakonisse Rikke Nissen (1834-1892) (Martinsen, 2000, s. 252-256). Nissen argumenterer for at sykepleie må gi bistand til pasienten ved toalettbesøk (Nissen, 1877/2000, s.47 - 48). Boken nevner avføring i forbindelse med operasjon (få tømt seg skikkelig), og i forbindelse med og etter fødsel. Men ikke direkte obstipasjon eller avføring som et eget problem knyttet til den akutt og kritisk syke pasienten.

I 1879, kom legen Edvard Kaurin (1839-1917) ut med læreboken “sygeplejersken: kortfattet veiledning i sykepleien for sykepleiersker i by og bygd”. Boken inneholder en mer detaljert beskrivelse i hvordan en anvender ulike avføringsmidler (klyster, amrekanskolje, stikkpille) og hvordan det skal brukes til barn og voksne. Men beskriver ikke direkte når og hvorfor en skal bruke avføringsmidler. I læreboken er det heller ikke noen beskrivelse på hva forstoppelse er (Kaurin, 1879, s.22 - 23, 37 og 61).

I 1901, kom legen Hans Riddervold Waage ut med boken “Lærebog i sygepleien”. Han skrev boken uten medforfattere, og boken kom ut i hele fem utgaver, siste utgaven kom ut i 1914 (Martinsen, 2000, s. 291). Vi har analysert den første og den siste utgaven, fra henholdsvis 1901 og 1914.

I læreboken fra 1901 argumenteres det for første gang for at sykepleier skal være oppmerksom på pasientens avføring, både utseende og konsistens, mengde og farge (Waage, 1901, s. 11-12). I 1914, den 4. utgave av læreboken, er det mer detaljerte beskrivelse om sykepleiers ansvar med hensyn til avføring: “Det er sykepleiers ansvar for å “registrerer” når pasienten har avføring. Ved at man skriver over hode gjerde ved å registrere enten 1 eller 0 (hvert døgn). I tillegg til mengden og konsistens skal registreres og ved evt. “unormal” avføring skal det gis beskjed til legen, og tas vare på slik at han kan se på den (oppbevares) (Waage, 1914, s.11). Waage er også den første som direkte skriver at en skal anvende stikkpille, klyster eller lakseolje for å fremkalle avføring (Waage, 1914, s.95). Dette nevnes i forbindelse med barselkvinner, om avføring ikke kommer etter 3. dag etter fødselen skal man ta i bruk lakseolje (eller et annet avføringsmiddel) (Waage, 1914, s.141).

I 1921 ble læreboken til Waage (1914) erstattet med “Haandbok i sykepleien”. Boken ble gitt ut med legene Kristian Grøn (1855-1931) og Sofus Widerøe (1880-1937) som redaktører. De fikk bidrag til læreboken fra flere leger, og de fikk i tillegg bidrag fra sykepleier og forstanderinne Andrea Arntzen og oversykepleier Aagot Larsen.

Som Hans Riddervold Waage (1914), beskriver det at en skal registrerer når pasienten har hatt avføring, ved å notere enten 1 eller 0 (Arntzen, 1921, s.22). Det står også i boken hvordan et normalt utseende på avføringen skal se ut, og hvor ofte som er normalt 1 - 2 ganger om dagen (Muller, 1921, s.90). I læreboken argumenteres det for hvordan regelmessig avføring skal opprettholdes, og at klyster kan brukes som en “kur”. I tillegg er det anbefalt avførende diett ved forstoppelse (obstruksjon) (Muller, 1921 s.108-109). Det er en egen under overskrift om hvordan klyster skal anvendes og mer detaljert enn tidligere hva som skjer fysiologisk ved bruk av klyster. Læreboken ble gitt ut i ny utgave i 1926. Denne gangen under navnet “Lærebok i sykepleien” (Grøn & Widerøe, 1926). Det var da ikke gjort endringer i omtalen av avføringspraktikken.

Det er 20 år mellom læreboken til Grøn og Widerøe (1921) til Anton Jervells “Lærebok for sykepleiersker” kommer ut i 1941. Overlege Jervell var redaktør. Denne boken øker betraktelig i omfang i forhold til de tidligere bøkene, og deles nå inn i tre bind. Jervell skriver at dette er en bok for sykepleiere, og at det derfor er naturlig at sykepleiere selv er med på å utforme boken. Fire diakonisser og forstanderinder ved ulike sykehus og sykepleierskoler var med i en redaksjonskomite (Jervell et al., 1941, s. 6-7). På denne måten kan man si at sykepleierne ble mer inkludert, men fortsatt i regi av en lege som var redaktør. Kapittelet Alminnelige sykepleie som omhandler avføring er skrevet av oversykepleierske Marit Berge Domaas, to instruksjonssykepleierske Aslaug Heggeenhoven og Ingrid Wyller, og Jervell (1941). Under dette store kapittelet finnes det flere underkapitler deriblant hvor både klyster og avføring blir nevnt i egne avsnitt. Dette er første boken som nevner at det er mulig å være obstipert selv om en har avføring hver dag (Jervell, 1941, s. 45 - 46). Det beskrives detaljert om hvordan obstipasjon oppstår, hvordan en kan diagnostisere obstipasjon med røntgenundersøkelse og hvilke symptomer en pasient som er obstipert kan være plaget med. Følgende symptomer blir nevnt: en følelse av oppfylt het, mye rumling i magen og mye vind - flatulens - er vanlige symptomer. Den del pasienten har dessuten dyspepsi, særlig kvalme og oppstøt. Pasienter med

obstipasjon har ofte forskjellige nervøse symptomer som hodepine, søvnløshet, svimmelhet og appetittmangel. Dette bidra til å forverre obstipasjonen (Jervell, 1941, s.48). I utgaven fra 1951, er det gjort noen endringer i kapittelets navn, hvor obstipasjon befinner seg under hovedkapittel som nå heter “sykdommer i fordøyelsessystemet” hvor obstipasjon kommer under et eget underavsnitt. Det står ikke mye nytt i forhold til den tidligere boken, men den fremstår mer tydeligere, enn når det kun var Jervell (1941) som var forfatter av all kapitlene.

I 1967 gir Norsk sykepleierforbund ut “Lærebok for sykepleierskoler” som blir utgitt i hele 12 bind. Boken vi analyserer kom ut januar 1969 “Generell sykepleielære” 2. opplag, da vi ikke får tilgang til første utgaven. Bindene ble til etter at Norsk Sykepleierforbund (NSF) satte ned en komité som fikk som oppdrag å redigere utgivelsen av en ny serie lærebøker for sykepleierskolene. Formann i redaksjonskomiteen var sykepleier Kjellaug Lerheim. Bokserien som tidligere ble utgitt med Anton Jervell som hovedredaktør, ble stilt til disposisjon for NSF og de tok over ansvaret for utgivelsen av lærebøker til sykepleierskolene. Det var ikke gått mange år siden serien til Anton Jervell kom ut, men behovet for en ny serie med lærebøker kom grunnet at pensumet hadde endret seg, og blitt betydelig mer omfattende (Henrichsen, 1969. forord). I Generell sykepleielære var det et eget kapittel i boken som het “tømming av blære og tarm” som ble skrevet av Lerheim. I dette kapittelet er det skrevet om at “obstipasjon er og kan være sykdomstegn og er da noe legen må ta seg av. Som reglene er obstipasjon en komplikasjon til sykdom og sengeleie. Denne komplikasjonen kan i noen grad forebygges ved veiledning og fornuftig pleie” (Lerheim, 1967, s. 142). Videre blir det beskrevet om kost, væske, regelmessig avføring og ikke undertrykke trangen til å måtte gå på do, og aktivitet. Mye det samme som tidligere analyserte bøker. Boken har et kapittel som heter Undersøkelser og behandlinger, hvor det blir beskrevet hva klyster er til og hvordan det brukes. Det er første gang jeg leser om hemodynamisk reaksjon ved bruk av klyster som innbefatter symptomer som blodtrykksfall, kald svetting, pulsøkning eller bradykardi, kvalme og svetting (Lerheim, 1967, s. 259- 260). Det blir også beskrevet ulike typer klyster, som behandling for obstipasjon.

I 1973 gir den amerikanske sykepleieren Pamela H. Mitchell ut læreboken “Grunnleggende sykepleie” i to bind, med et års mellomrom. Bøkene ble oversatt til norsk i 1974 og 1975. Det blir ikke gjort store forandringer imellom bindene. I kapittel 6 i denne boka som vi har analysert, var det Mitchell som var kapittel forfatter. Hun skriver mindre om avføring,

obstipasjon og tiltak, enn det som var gjort tidligere. Det som ble skrevet om avføring var plassert punktvis under observasjoner rundt eliminasjon (Mitchell,1973, s.120).

I 1985 kom læreboken i “Medisinsk og kirurgisk sykepleie”. Den kommer i hele 4 opplag, siste kom ut i 1989. Alle bøkene blir nevnt som felles her, da det er gjort lite forandring fra opplag til opplag. Redaktøren for boken er sykepleier Hallbjørg Almås. Det som handler om obstipasjon er omtalt i forbindelse med for eksempel bivirkninger ved bruk av opioider, kreftsykdom, postoperative obstipasjon, ved immobilitet, opprettholde normal avføring mønster i akutt stadiet ved sykepleie ved forstyrrelser i blodsirkulasjonen osv. Obstipasjon nevnes så og si alle kapitlene. Vi vil spesielt fremheve kapittel 4 og 7. Ved kapittel 4. “Sykepleie i forbindelse med smerte” hvor Hallbjørg Almås og Marry Harris Kalfoss er kapittelforfatter og i kapittel 7 “sykepleier aspekter ved akutt og kronisk sviktende lungefunksjon”. I begge kapittelet finnes det et under avsnitt som omtaler obstipasjon. Kapittel 4 nevnes det til og med et punkt om obstipasjon til pasienter som er tilkoblet respirator, hvor opiater brukes over lengre tid og dette kan da forutsagte obstipasjon hos disse pasienten (Almås og Kalfoss, 1967, s. 84).

I 1992 blir “Medisinsk og kirurgisk sykepleie” revidert og utvidet. Tittelen passet ikke lengre og ble derfor forandret til “klinisk sykepleie”. Tittelen skal gjenspeile den praktiske tilnærmingen til stoffet (Almås, 1992 s. forord). Redaktør for boken er sykepleier Hallbjørg Almås. Klinisk sykepleie serien er kommet ut i hele 6 utgaver til nå. Den siste i kom ut i 1992. Boken har med mange konsulenter som har bidratt i bestrebelsene med å skape en best mulig bok. Spesialsykepleiere, sykepleielærere, leger, fysioterapeuter og klinisk ernæringsfysiologer er forfattere i denne læreboken for sykepleiere (Almås, 1992 s. forord). På lik linje som Medisinsk og kirurgisk sykepleie fra 1985, er det flere kapitler som omhandler obstipasjoner, forebyggende og medisinske tiltak som er gjenganger i hele boken, det nevnes så og si i alle kapitlene på et eller annet vis. Men det som er litt overraskende er at i kapittelet som omhandler “sykepleie til pasienter med forstyrrelser i mage - tarmkanalen”, nevnes ikke obstipasjon.

I 1996 ble læreboken til Almås (jf. ovenfor) erstattet med sykepleielæreren Nina J. Kristoffersens (red.) tre-binds lærebok. De valgte navnet Generell sykepleie for å understreke at boken skal brukes i grunnutdanningen i sykepleie boken er altså ikke knyttet til en spesialitet, men at stoffet er grunnleggende lære for en sykepleier (Kristoffersen, 1992, forord). Boken er blitt skrevet av flere sykepleiere, spesialsykepleiere og en overlege. I kapittel 21 om eliminasjon er det et avsnitt

som omhandler avføring. Der blir det detaljert beskrevet hvordan normal avføring skal se ut, farge, fasong, pH, i tillegg til detaljert beskrivelse av tarmens funksjon og hvordan avføringen passerer igjennom hele systemet (Vinsnes og Gjerland, 1996, s. 346). Videre i kapitlet om eliminasjon er det beskrevet hva obstipasjon er. “obstipasjon skjer når avføring passerer langsomt gjennom colon slik at reaksjonstiden forlenges”. Det blir videre nevnt om obstipasjon diare som kan forekomme når avføringen blir liggende for lenge i tarmen, hvor bakterieinnholdet i den harde fekale massen gjøres at det lages en vanntynn avføring som kan presses gjennom den harde avføringen” (1996, Vinsnes og Gjerland, s. 367). Under samme kapittel er det under avsnitt om “Tarmtømming ved hjelp av klyster” som er litt over en side lang, videre er det totalt 4 sider om ulike måter å få tømt tarmen på (1996, Vinsnes og Gjerland, s. 398-399). Fra 1996 – 2022 har lærebøkene hatt en sentral plass i norsk sykepleieutdanning.

4.3 Posisjonen og disposisjonen til forfatterne av lærebøker som henvende seg til de som tar 3-årig grunnutdanning i sykepleie

Da læreboken til Anton Jervell ble avløst “Lærebok for sykepleieskoler” (Lerheim etla., 1967), ble tradisjonen med at leger var redaktører for lærebøker i sykepleie brutt. Fra 1967 til 2022 har lærebøker i sykepleie hatt sykepleiere som redaktører, men legene var fremdeles representert som kapitelforfatter eller som en del av redaktørkomiteen frem til 2015. Profesjonaliseringen av sykepleie som oppstod i etterkrigstiden kan bidra til å forklare at sykepleierne ble redaktører (Boge, 2008, s. 56-61). I studien vår ble det for omfattende å gjøre en detaljerte analyser av alle lærebokforfatters disposisjoner, men andre studier viser at sykepleierne som agerte som lærebokforfattere i perioden 1967-2021 var blant de høyest utdannede sykepleierne i Norge, med tilhørende kulturell-, økonomisk- og sosial kapital (Kristiansen, 2020, s. 51).

Lærebøkene i sykepleie befinner seg i det pedagogiske feltet, men beveger seg mot det medisinske feltet, siden bøkene er produsert for studenter som skal agere i det medisinske feltet. Redaktørene for lærerbøkene i grunnutdanningen i fra 1967 har vært sykepleiere, men med innspill fra flere andre yrkesgrupper for å kunne få et mer helhetlig bilde av pasienten. Det som tidligere var legene sin posisjon har nå sykepleierne i stor grad overtatt ansvaret for sin egen

profesjon (Skaset, 2003, s. 545). En kan tolke det som en kamp som har foregått innad i det medisinske feltet hvor sykepleierne tilegnet seg høyere kulturell kapital hvor legene har måttet gi fra seg noe av sin kapital til sykepleiefaget. Igjennom historien kan en tydelig se at sykepleiefagets disposisjon og posisjonen har endret seg. I vår tid kan redaktører for lærebøker i sykepleie innehaver mye kulturell-, økonomisk- og sosial kapital. Vi kan se nærmere på forfatteren av den siste boken vi analyserte av lærebøker i grunnutdanningen for sykepleier, som var Nina Jahren Kristoffersen. I fra 1996 til 2021 har Kristoffersen hatt en dominant posisjon som redaktør for lærebøker i grunnleggende sykepleie som er beregnet på bachelorutdanninger i sykepleie (Kristoffersen et al., 1996; Kristoffersen, 2021). Kristoffersen er utdannet sykepleier og har hovedfag og doktorgrad i sykepleievitenskap, er førsteamanuensis ved sykepleierhøgskolen i Østfold hvor hun også har hatt ansvar for programutvikling og læreplanen i grunnutdanningen og medvirkende til studieplaner for videreutdanninger innenfor sykepleie (Kristoffersen et al., 1996). Hennes posisjon disponerer for at hun kan agere som doxa bærer både i det pedagogiske feltet som hun agerer i og i det medisinske feltet som hun henvender seg til (jf. kap2.7.3).

Oppsummerende om obstipasjon, 1877-1996

Fra 1877-2022 har lærebøker i grunnleggende sykepleie hatt fokus på obstipasjon, uavhengig av om den som har posisjonert seg har vært lege eller sykepleier (jf. tabell. 4).

Tabell 4: Lærebok forfatterens posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer om obstipasjon, 1877-2022

| Årstall og tittel på lærebok | Forfatter | Posisjon og disposisjoner | Posisjoneringer |
|--|------------------------------|--|--|
| 1877 Lærebog i Sygepleie for diakonisser | Rikke Nissen | Diakonisse med en høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Posisjonering rundt obstipasjonspraktikker hos pasienter |
| 1879 Sygepleiersken: kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd | Edvard Kaurin | Distriktslege høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Posisjonering rundt obstipasjonspraktikker hos pasienter |
| 1901/1914 Lærebog i sygepleie | Hans Riddervold Waage | Lege med høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Posisjonering rundt obstipasjonspraktikker hos pasienter |
| 1921/1926 Haandbok i sykepleie | Kristian Grønn Sofus Widerøe | Overleger ved Kristiania kommunale sykehus. Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Posisjonering rundt obstipasjonspraktikker hos pasienter |
| 1941/1951 Lærebok for sykepleiersker | Anton Jervell | Overlege ved Vestfold fylkessykehus. Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Posisjonering rundt obstipasjonspraktikker hos pasienter |
| 1967/1972 Lærebok for sykepleierskoler | Kjellaug Lerheim (red.) | Norsk sykepleier, pedagog og forsker. Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Posisjonering rundt obstipasjonspraktikker hos pasienter |
| 1973 Grunnleggende sykepleie | Pamela H. Mitchell | Professor ved universitetet Washington, sykepleier. Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Posisjonering rundt obstipasjonspraktikker hos pasienter |
| 1985 Medisinsk og kirurgisk sykepleie | Hallbjørg Almås (red.) | Sykepleier, lærer med lektor kompetanse, har lang erfaring som forlagsredaktør. Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Posisjonering rundt obstipasjonspraktikker hos pasienter |

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| 1992 Klinisk sykepleie | Hallbjørg Almås (red.) | Sykepleier, lærer med lektor kompetanse, har lang erfaring som forlagsredaktør. Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Posisjonering rundt obstipasjonspraktikker hos pasienter |
| 1996-2022 Generell sykepleie (4. utgave av denne læreboken har en sentral plass i norsk sykepleieutdanning på bachelornivå i 2022) | Nina Jahren Kristoffersen (red.) | Sykepleier, førsteamanuensis ved Avdeling for helse - og sosialfag ved høgskolen i Østfold. Høy kulturell, sosial og økonomisk kapital | Posisjonering rundt obstipasjonspraktikker hos pasienter |

4.4 1998 – 2022, Obstipasjon er knapt nevnt i lærebøker i intensivsykepleie

I kapittel 4.4 så vi at lærebøker som henvender seg til de som tar tre-årig utdanning i sykepleie, har mange posisjoneringer om obstipasjon og avføring hos kritisk syke pasienter i perioden 1877- 2022. Fra 1998 har de norske intensivutdanningene hatt tilgang på egne lærebøker i intensivsykepleie. Nedenfor argumenterer vi for at det er få til ingen posisjoneringer om obstipasjon i disse lærebøkene.

Den første boken i intensivsykepleie kom i 1998, det var en dansk lærebok som ble brukt i Danmark og i Norge. Læreboken “Intensiv sygepleie” er skrevet av de amerikanske sykepleiere Sheila Kay Adam og Sue Osborne. I første kapittel i boken blir det henvist til at immobilitet kan føre til tarm immobilitet som i sin tur fører til obstipasjon, og i særlig stor grad for pasienter som er akutt og kritisk syke pasienter. Grunnen til dette skyldes muskelatrofi som rammer musklene i tarm, som da fører til nedsatt tarmfunksjon. Pasienter som har nedsatt bevegelighet og sengeleie er i særlig utsatt for obstipasjon. Behandlingen som blir beskrevet i læreboken er hyppig leieendring (Adam et al. 1998, s.37).

I 2001 utgis læreboken “Fenomener i intensivsykepleie “. Boken er skrevet av Sven- Tore Dreyer Fredriksen og Kristin Halvorsen, begge er intensivsykepleier med Ph.d. i sykepleie (Fredriksen mfl. 2001). Læreboken posisjonerer seg ikke til obstipasjon eller eliminasjon

(avføring) hos akutt og kritisk syke pasienter. Boken handler om pasienter, pårørende og sykepleie i møte med intensivavdelinger.

I 2005 utkom læreboken “Intensivsykepleie”. Læreboken ble skrevet av intensivsykepleier og førstelektorer på Høgskole i Østfold og OsloMet, Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud. Boken har blitt revidert og utgitt i 2005, 2010, 2015 og i 2020. I 2005 til 2014, det vil si i den første og den andre utgave av læreboken, nevnes ikke obstipasjon. I den tredje utgaven som kom i 2015, nevnes det at pasient kan bli obstipert av enteral ernæring på grunn av for lite fiber i sondemat og for lite væskeinntak eller redusert fysisk aktivitet. I denne forbindelse blir det anbefalt fiberholdige sondemat for å forebygge obstipasjon. Men understrekes at pasienter med pressorer kan ha problemer med tarmperistaltikken og da bør man ikke få fiberholdige løsninger (Stubberud & Gulbrandsen, 2015, s. 249). Posisjoneringene om obstipasjon er utelatt i 2020 utgaven (4. utgave). Denne læreboken er fremdeles i bruk ved intensive utdanninger.

Oppsummerende om, 1998 - 2022

Analysene viser med andre ord at de som har posisjonert seg i lærebøker i sykepleie fra 1998 og frem til 2022, nesten ikke har posisjonert seg om obstipasjon når pasienter er akutt og- kritisk syk (jf. tabell 5). Man kan med andre ord si at doxa ser ut for å være at obstipasjon ikke er så viktig at det er nødvendig å la det få plass i lærebøker i intensivsykepleie.

Tabell 5: Lærebok forfatternes posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer, 1998- 2022

| Tittel på lærebok og årstall | Forfatter | Posisjon og disposisjoner | Posisjonering |
|---------------------------------------|--|--|---|
| 1998 Intensiv sygepleie | Sheila Kay Adam og Sue Osborne | Begge er intensivsykepleiere. Med høy kulturell, sosial og økonomisk kapital. | Posisjoneres seg i liten grad rundt obstipasjon problematikk hos akutt og kritisk syke pasienter. |
| 2001 Fenomener i Intensivsykepleie | Sven-Tore Dreyer Fredriksen og Kristin Halvorsen | Begge er intensivsykepleier med PHD- i faget, Med høy kulturell, sosial og økonomisk kapital. | Posisjoneres seg ikke rundt obstipasjon problematikk hos akutt og kritisk syke pasienter. |
| 2005 Intensivsykepleier | Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud (red.) | Intensivsykepleier og førstelektoren på Høgskole i Østfold og OsloMet. Med høy kulturell, sosial og økonomisk kapital. | Posisjoneres seg ikke rundt obstipasjon problematikk hos akutt og kritisk syke pasienter. |
| 2010 Intensivsykepleier | Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud (red.) | Intensivsykepleier og førstelektoren på Høgskole i Østfold og OsloMet. Med høy kulturell, sosial og økonomisk kapital. | Posisjoneres seg ikke rundt obstipasjon problematikk hos akutt og kritisk syke pasienter. |
| Intensivsykepleier 2015 | Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud (red.) | Intensivsykepleier og førstelektoren på Høgskole i Østfold og OsloMet. Med høy kulturell, sosial og økonomisk kapital. | Det nevnes i en bisetning i forbindelse med ernæring til akutt og kritisk syke pasienter. Så vi vil si de ikke posisjoneres seg rundt obstipasjon problematikk hos akutt og kritisk syke pasienter. |

4.5 Forfatterens posisjoner og disposisjoner i lærebøkene for intensivsykepleie

Redaktører for lærebøker er på mange måter bærere av faget doxa. I Norge i dag er det 2 personer som har agert som redaktører for lærebøker i intensivsykepleie: Tove Gulbrandsen og Dag- Gunnar Stubberud. Selv om Gulbrandsen og Stubberud ikke er kapitelforfattere for alle kapitlene er det redaktørene som har siste ordet om hva som skal være med i lærebøkene. Vi har derfor konsentrert oss om å konstruere habitusen til redaktørene.

Tabell 6: Lærebøker i intensivsykepleie

| År | Tittel | Forfatter |
|------|-------------------|--|
| 2005 | Intensivsykepleie | Tove Gulbrandsen og Dag- Gunnar Stubberud (red.) |
| 2010 | Intensivsykepleie | Tove Gulbrandsen og Dag- Gunnar Stubberud (red.) |
| 2015 | Intensivsykepleie | Tove Gulbrandsen og Dag- Gunnar Stubberud (red.) |
| 2020 | Intensivsykepleie | Tove Gulbrandsen og Dag- Gunnar Stubberud (red.) |

Vi velger å avgrense oss til Tove Gulbrandsen og Dag- Gunnar Stubberud sin posisjon, disposisjon og posisjoneringer da det er de som har dominert de norske lærebøkene for intensivsykepleie de siste 15 årene.

Tabell 7: Gulbrandsen og Stubberud posisjon, disposisjoner og posisjoneringer

| Navn | Posisjon | Disposisjoner | Posisjonering om obstipasjon |
|-----------------------|---|--|---|
| Tove Gulbrandsen | Intensivsykepleier, førstelektoren på Høgskole i Østfold. Lærer i videreutdanningen for intensivsykepleie | Høy kulturell kapital Høy økonomisk kapital Høy sosial kapital | Posisjoneres seg ikke rundt obstipasjon problematikk hos akutt og kritisk syke pasienter. |
| Dag- Gunnar Stubberud | Intensivsykepleier, førstelektor ved OsloMet. Lærer i spesialiserte sykepleier til akutt og kritisk syke pasienter, med spesialisering i intensivsykepleie. | Høy kulturell kapital Høy økonomisk kapital Høy sosial kapital | Posisjoneres seg ikke rundt obstipasjon problematikk hos akutt og kritisk syke pasienter. |

I Norge er det krav om tre - årig grunnutdanning i sykepleie før man kan starte på videreutdanning i intensivsykepleie, kan ha disponert for at Tove Gulbrandsen og Dag- Gunnar

Stubberud i så liten grad problematiserer obstipasjon hos den akutt - og kritisk syke pasienten. Man kan anta at det skyldes at grunnleggende sykepleie har gjentatte ganger argumentert for temaet (jf. kap.4.2). Man kan undre seg over at obstipasjon hos akutt og kritisk syke pasienter ikke får plass på en intensivavdeling, på bakgrunn av den høyteknologiske og medisinske dominansen i avdeling.

4.6 Feltet og det sosiale rom

I dette kapittelet ser vi nærmere på utviklingen av den medisinske verden på 1800 tallet og frem til 2000 tallet. I tillegg ser vi på utviklingen av intensivavdelinger i Norge, og hvilken påvirkning det sosiale feltet og rommet har på sykepleiernes posisjon.

Den medisinske autoritet bidro til innpass og gjennomslag i politiske forvaltninger i andre halvdel av 1800- tallet. Berlin var fra 1850 årene sett på som medisinenes “Mekka” rundt om i verden. På den tiden var det flere tysktalende byer betydningsfulle innenfor ny forskning og kunnskap i medisin. Som førte til offentlig støtte som en politisk satsning på vitenskapen (Schiøtz, 2017, s. 57). Medisin ble mer forskning og laboratorier fokusert enn personorientert, og pasientperspektivet var nærmest ikke eksisterende. Tidligere “elite ansatte” i sykehusklinikkerne, ble nå satt til side til fordel for forskere. Forskere ved laboratoriet var nå også universitetslærere og hadde all kontroll over utdanningen. Gjennom 1800-tallet forsøkte legene å forstå sykdom ved å redusere til stadig mindre naturvitenskapelige strukturer og analysenivå, reduksjonisme. Denne strukturen fikk omsider kritikk for å være mekanisk og redusere da alle levende liv til prosesser. Kritikken la fokus på at en ikke tok hensyn til helheten i menneskekroppen, eller ytre påvirkningen og menneskets opplevelse. Denne reduksjonistiske tankegangen ble gjerne regnet for det motsatte av holisme (Schiøtz, 2017, s.78).

Fra 1900 tallet var det USA og Storbritannia som hadde den mest dominante posisjonen innen medisinen. Etter første verdenskrig mistet Tyskland både økonomi og troverdighet. Krigen kom med nye utfordringer til medisinen, med nye diagnoser og med et større omfang. I tillegg ble det utviklet en standardisering av mennesket ved hjelp av soldater. Ved hjelp av forskning på dem, hvor de ble veid, målt og inspisert (Schiøtz, 2017, s. 80). Vitenskapen hadde tro på at normalisering ved bruk av standarden var en av metodene som kunne få bukt med sykdom og

fremme kollektive helsen. Det å holde seg frisk og sunn var ikke bare et individuelt ansvar, men også et samfunnsansvar (Schiøtz, 2003e, s. 236).

Historisk ser vi at etter 2.verdenskrig har det vært store endringer i den medisinske verden, noe som har hatt store påvirkning i det norske helsevesenet. Utviklingen av intensivavdelinger og intensivsykepleier har utvidet seg og fulgt den medisinske utviklingen. Som har kunne hjelpe pasienter med livstruende tilstander fått bedre behandlingstilbud med avanserte medisinske tiltak og teknisk utstyr. Behandlingen og utviklingen ble mer ressurskrevende noe som førte til at pasienten ble samlet i spesialavdelinger slik at man hadde tilgang til monitorering og betjening av avanserte teknisk utstyr (Stubberud, 2018, s. 5).

Fra 1943 og utover ble det gjennomført avansert kirurgi og anestesi enn tidligere noe som førte til økt behov for sykepleiere med kompetanse innenfor avanserte teknisk utstyr og observasjoner. Utstyret som ble brukt kompenserte for svikt av de viktige funksjoner (Cutogno, i Stubberud, 2018, s. 6). I 1955- åpnes den første recovery avdeling i Norge på Haukeland sykehus som var et samlepunkt for pasienter etter kirurgi (Cutogno med flere, i Stubberud, 2018, s. 6). På begynnelsen av 1960- tallet ble pasientgrupper med koronar sirkulasjonssvikt samlet på hjerteovervåkningsavdeling som ble kalt for den første intensivavdeling, som var med på å utvikle intensivsykepleie til en spesialitet (Cutogno med flere, i Stubberud, 2018, s. 6)

Denne spesialiteten hadde med seg bekymringer for Norske sykepleierforbundet (NSF). NSF fryktet for at spesialiseringen innenfor sykepleie kunne gjøre at en mistet helheten i sykepleiefaget (Heimdal, 2018, s. 5). Det som kom frem, var at intensivpasienten vise seg får å være mer krevende og komplisert sammensatt enn tidligere. Pasienten hadde gjerne svikt i et eller flere vitale funksjoner. Til slutt så også NSF behovet for videreutdanning for å ivareta pasientens behov. I 1985 ble det iverksatt krav om spesialisering, eller at sykepleieren var opplært til å kunne betjene avansert teknisk utstyr og ivareta pasientens behov (Norsk Sykepleierforbund, 1989).

5.0 Hvordan det kan ha seg at forebyggelse og håndtering av obstipasjon ikke har en sentral plass i nåtidige intensivavdelinger

Ovenfor har vi generert data om posisjonen, disposisjonene og posisjoneringene til obstipasjon i lærebøker i grunnleggende sykepleie fra 1877-2022 (jf. kap.4.1) og i lærebøker i intensivsykepleie fra 1998-2022 (jf. kap. 4.4). Vi har med andre ord konstruert habitusen til lærebokforfatterne (jf. konstruksjoner av habitus, kap.2.6.2 og 2.6.3). Vi vil argumentere for at lærebøker i sykepleie kan være dominante doxa bærere (jf. doxa kap.2.7.2).

På bakgrunn av data fra habituskonstruksjonene i kapittel 2 har vi drøftet mulige forklaringer på våre erfaringer knyttet til forebyggelse og håndtering av obstipasjon ikke har en sentral plass i intensivavdelinger, og at obstipasjon heller ikke har vært i fokus i masterutdanningen i intensivsykepleie som vi er i ferd med å avslutte (jf. undring, forskningsspørsmål 1). Vi vil med andre ord bruke fortidige data om obstipasjonspraktikker slik obstipasjon kommer til uttrykk i lærebøker i sykepleie fra fortid og nåtid (jf. historisk epistemologi, kap.2), til å generere en teori som kan bidra til å forstå og forklare obstipasjon sin posisjon i det medisinske feltet som sykepleiere agerer i.

En mulig forklaring på den marginalisering av obstipasjon i lærebøker i intensivsykepleie, er at det undervises om obstipasjon i lærebøker i grunnleggende sykepleie, så da er det ikke nødvendig med slik undervisning i intensivutdanningen, men en slik forklaringen virker ikke sannsynlig, da det er omfattende undervisning i anatomi og fysiologi i intensivsykepleieutdanningen, selv om anatomi og fysiologi er et av de mest dominante fagene i grunnutdanning i sykepleie (Boge, J. 2016).

Vi vil argumentere for at det er mer sannsynlig at marginaliseringen av obstipasjon i lærebøker i intensivsykepleie har sammenheng med at prioriteringen på en intensivavdeling er det viktigere å opprettholde sirkulasjon og respirasjon, enn tarmfunksjon. Dette avspeiler seg i lærebøker i intensivsykepleie. For eksempel i læreboken fra 2020 som fremdeles er i bruk, er det 107 sider om sirkulasjon, 101 sider om respirasjon, mens det bare er kun 1 sider om tarmfunksjon i forbindelse med blodsirkulasjon til tarm (Stubberud & Gulbrandsen, 2020).

Sykepleiere kan bli assosiert med en humanistisk logikk (Boge & Petersen, 2020), men posisjoneringer om obstipasjon i lærebøker i sykepleie og intensivsykepleie er tydelig fundert i en medisinsk logikk, uavhengig om forfatteren er sykepleier eller lege (jf. kap. 4.0). Det vil si at lærebokforfatterne posisjonerer seg på en måte som har høy status i academia (jf. Homo Academicus, kap.2.1).

Det medisinske feltet er oppdelt etter kroppens organer, og det å arbeide med sirkulasjon og respirasjon ser ut for å ha høyere status enn det å arbeide med obstipasjon i tarmen (Album & Westin, kap.2.7.1). Marginaliseringen av obstipasjon i lærebøker i intensivsykepleiere, kan indikere at lærebokforfatterne som er sykepleiere (jf. kap.4.4 og 4.5/tabell 4 og 5), uten å være bevisst og oppmerksom på at de understøtter en medisinsk logikk med tilhørende lav rangering av tarmen. Den lave rangeringen av tarmen kan bidra til å forstå og forklare at det ikke er fokus på obstipasjon i intensivutdanningen vi gjennomfører, med tilhørende lærebøker i intensivsykepleie fra 2020 (Stubberud & Gulbrandsen) og forklare at det er lite fokus på forebygging og håndtering av obstipasjon i den kliniske hverdagen ved en større, norsk intensivavdeling.

6.0 Videre forskning

Dette hadde vært interessant å intervjuer intensivsykepleiere og intensivleger om forebygging og behandling av obstipasjon på Intensivavdelinger.

7.0 REFERANSELISTE:

Album, D. Westin, S. (2008) Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. Elsevier. (66), 182-188.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953607003929?via%3Dihub>

Aakvaag, G. C. (2012). *Moderne sosiologisk teori*. Trondheim: Abstrakt Forlag.

Aanesen, K. H. (2021, 23. mai). *Bourdieu om kapitalformer og habitus*. ndla.

<https://ndla.no/subject:1:fb6ad516-0108-4059-acc3-3c5f13f49368/topic:1:f77c8919-a904-41b3-88a4-34281c13627c/topic:1:89eb6934-f3d6-4ba3-9054-66597f6d10b9/resource:aff36be6-c79d-41e0-927f-3903c7b21c15>

Adam, S. K. & Osborne, S. (1998). *Intensiv sygepleje. Viden og praksis*. Odense: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

Almås, H. (1992). *Sykepleie til pasienter med ernæringsforstyrrelser*. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie*. Universitetsforlage

Almås, H., Areklett, E., Fagermoen, M. S., Farmen, M. E., Flakne, S., Fodstad, G., ..., & Valand, E. (1985). *Medisinsk og kirurgisk sykepleie*. Universitetsforlaget.

Azevedo, R.P., Freitas, F.G.R., Ferreira E.M., Azevedo, C.P. & Machadoco F.R. (2015). Daily laxative therapy reduces organ dysfunction in mechanically ventilated patients. [DOI 10.1186/s13054-015-1047-x](https://doi.org/10.1186/s13054-015-1047-x)

Boge, J. (2008). *Kroppsvask i sjukepleia*. [Doktoravhandling. Universitetet i Bergen.]

Boge, J. H. (2021). A praxeological approach to constructions of social science. *Praxeologi – Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker*. (3). <https://doi.org/10.15845/praxeologi.v3i0.3161>

Boge, J. & Petersen, K. A. (2020). Omsorg som glasur over ein medisinsk logikk i statlege føringar for norsk sjukepleieutdanning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(1), 1-16.

<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-08>

- Bourdieu, P. (1996). *Symbolsk makt: Artikler i utvalg* (A. Prieur, Overs.). Pax Forlag.
- Bourdieu, P. (1998). De tre former for teoretisk viden. I S. Callewaert, & K. Petersen (Red.), *Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. København: Akademisk Forlag.
- Bourdieu, P. (2007). *Viten om viten og refleksivitet: Forelesninger holdt ved Collège de France, 2000-2001*. (T. Slaatta Overs.). Pax Forlag.
- Bourdieu, P. (2008a). Af praktiske grunde: omkring teorien om menneskelig handlen. København: Hans Reitzel.
- Brandser, Y. E., Boge, J. H., & Petersen, K. A. (2014, 27. juni). Søknad avslått, rett i søpla? Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2014/06/soknad-avslatt-rett-i-sopla>
- Broady, D. (1998). Inledning: en verktøylåda för studier av fält. I D. Broady (Red.), *Kulturens Fält*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- Btaiche, I. F., Chan, L., Pleva, M., & Kraft, M. D. (2010). Critical illness, gastrointestinal complications, and medication therapy during enteral feeding in critically ill adult patients. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(1), 32-49. doi:10.1177/0884533609357565
- Callewaert, S. (2014). Habitus. I L. J. Muschinsky & L. B. Brønsted (Red.), *Ny pædagogisk opslagsbog* (s. 165-170). Hans Reitzels Forlag.
- Christensen M.E., Klette, M.I.B, Strand, K., Ellingsen K.M. & Sandvik O., (2016.11.22). Obstipasjon hos intensivpasienter. Hentet fra Helsebiblioteket.no <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/obstipasjon-hos-intensivpasienten>
- Dahl, M.B (2020). Dagkirurgi – en helsepolitisk effektiviseringsstrategi?: En praxeologisk registrantanalyse av statlige føringer for dagkirurgi, 1995-2020. [Masteroppgave, Høgskolen på Vestlandet]. HVLOpen. <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2666964>
- Damkjær, S. (2004). Bourdieus selvanalyse og arv—Om «Esquisse pour une auto-analyse». *Forum for Idræt*, 20(1). <https://tidsskrift.dk/idhist/article/view/114355/162917>

Fause, Å. & Micaelsen, A. (2005). Et fag i kamp for livet sykepleiens historie i Norge. (2. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Fruhwald, S., & Kainz, J. (2010). Effect of ICU interventions on gastrointestinal motility. *Current Opinion in Critical Care*, 16(2), 159-164.

Fukuda, S., Miyauchi, T., Fujita, M., Oda, Y., Todani, M., Kawamura, Y., Tsuruta, R. (2016). Risk factors for late defecation and its association with the outcomes 44 of critically ill patients: a retrospective observational study. *J Intensive Care*, 4, 33. [DOI 10.1186/s40560-016-0156-1](https://doi.org/10.1186/s40560-016-0156-1)

Hovmark, H. (1995). *Homo Academicus*. Oversetting og kommentar til Pierre Bourdeu: *Homo Academicus*. Les Editions de Minuit, 1984. Engelsk oversetting, Polity Press, 1988. *Universitetslæreren, Dans Magisterforening, København*, 85, 14-15. <https://www.nb.no/items/8d28e96d5cff460bf5769d514222da2f?page=0>

Harrits, G. S. (2017). *Pierre Bourdieu*. Oslo: Jurist og Økonomforbundets Forlag.

Horne, R. (2016). «Like barn leikar best»: *Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengende barn og unge* [Doktoravhandling, Universitetet i Bergen]. Nasjonalbiblioteket. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2020092207776

Jervell, A., Arentz, G., Moe, K. E., Asbjørnsen, M., & Himestad, A. (Red.). (1941). *Lærebok for sykepleiersker*. (Bd. 1-3). Fabritius

Järvinen, M. (2013). Pierre Bourdieu. I H. Andersen & L. B. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (5. udg. utg., s. 365-385). Hans Reitzel.

Gacouin A, Camus C, Gros A, Isslame S, Marque S, Lavoue S, et al. Constipation in long-term ventilated patients: associated factors and impact on intensive care unit outcomes. *Critical Care Medicine*. 2010;38(10):1933-8.

Gjerland, A. (2019). Eliminasjon, Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. & Skaug, E. A & Grimsbø, G. H., *Grunnleggende sykepleier*, Gylden Norsk Forlag.

Guardiola, B., Llompert-Pou, J. A., Ibanez, J., & Raurich, J. M. (2016). Prophylaxis Versus Treatment Use of Laxative for Paralysis of Lower Gastrointestinal Tract in Critically Ill Patients. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 50(2), e13-18.

Gundersen, E. M. & Skoglund, I. (2018). Fra opplæring til mastergrad. I *40 år og ennå ungt! Intensivsykepleiens historie -et fag i stadig utvikling* (s. 15-30). NSFLIS Landsstyre.
https://objects.zetta.io/v1/AUTH_d8240033eb8a4202a083d4f214aa604e/nsf-nsflis-historie-2018/index.html

Grøn, K., & Widerøe, S. (1921). *Haandbok i sykepleien*. Aschehoug.

Kristiansen, E. H. F. (2020). MUNNBINDPRAKTIKKER VED KIRURGISKE INNGREP | ET PRAXEOLOGISK PERSPEKTIV [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet].https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmloi/bitstream/handle/11250/2668063/Master_Kristiansen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Grimsbø, G. H. (Red.). (1996). *Generell sykepleie*. (Bd. 1-3). Universitetsforlaget.

Kristoffersen, N. J. (2021a). Helse og sykdom—Utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. H. Grimsbø, (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg.). Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal S.A & Grimsbø, G.H. (Red.) (2021) *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utgave). Gyldendal.

Kaurin, E. (1879). *Sygepleiersken: Kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd*. Cammermeyer.

Kobro, I. (1908). *Norges Læger: 1800-1901.1* (3.utgave). Centraltrykkerie

Kobro, I. (1915). *Norges Læger: 1800-1908. 2* (3. utgave). AI. B Cammermeyers forlag

Kobro, I. (1938). *Norges Læger: 1926-1936*. H. Aschehoug og Co (W. Nygaard)

- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. I O. Hammerslev, J. A. Hansen, & I. Willig, *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 173-189). Viborg: Hans Reitzels Forlag
- Lat, I., Foster, D. R., & Erstad, B. (2010). Drug-induced acute liver failure and gastrointestinal complications. *Critical Care Medicine*, 38(6 Suppl), S175-187.
- Lawler, J. (2006). *Bak skjerm Brettene - sykepleie, somologi og kroppslige problemer* (1. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lämås, K. (2009). Magmassage vid förstoppning - opplevelser, effekter och kostnadseffektivitet. Umeå: Umeå Universitet.
- Martinsen, K. (2003). Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays (2. utgave), [Oslo]: Universitetsforl
- Mathisen, J. (2012). Sykepleiehistorie ideer-mennesker-muligheter (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS
- McKenna, S., Wallis, M., Brannelly, A., & Cawood, J. (2001). The nursing management of diarrhoea and constipation before and after the implementation of a bowel management protocol. *Australian Critical Care*, 14(1), 10-16. doi:10.1016/S1036-7314(01)80017-5
- Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (1998), *Å være akutt kritisk syk (1. utgave)*. Gyldendalen Norsk forlag AS [Å være akutt kritisk syk: om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov \(nb.no\)](#)
- Moseng, O. G. (2012). Fremvekst og profesjonalisering Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år (1912- 2012). Bind I Norsk Sykepleierforbund Nissen, R. (2000). *Lærebog i sykepleie for Diakonisser*. Gyldendal
- Müller, C. (1921). Sykepleie ved indre sygdomme. I K. Grøn & S. Widerøe, *Haandbok i sykepleien*. Aschehoug.

Mutlu, G. M., Mutlu, E. A., & Factor, P. (2001). GI complications in patients receiving mechanical ventilation. *Chest*, 119(4), 1222-1241.

Nassar, A. P., Jr., da Silva, F. M., & de Cleve, R. (2009). Constipation in intensive care unit: incidence and risk factors. *Journal of Critical Care*, 24(4), 630.e639-612. doi: 10.1016/j.jcrc.2009.03.007

Nissen, R. (1877/2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Gyldendal akademisk.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

NSFs landsgruppe av intensivsykepleiere. (2018). 40 år og ennå ungt! Intensivsykepleiens historie - et fag i stadig utvikling. NSFLIS Landstyre.

https://objects.zetta.io/v1/AUTH_d8240033eb8a4202a083d4f214aa604e/nsf-nsflis-historie-2018/index.html

Intensivsykepleierne NSF. (2021). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

<https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/fag-utdanning-og-forskning-0> [kopiert 20.08.22].

Nguyen, T., Frenette, A.-J., Johanson, C., MacLean, R. D., PatelPharm, R., Simpson, A., . . . Kanji, S. (2013). Impaired gastrointestinal transit and its associated morbidity in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 28(4), 537.e511- 537. doi: 10.1016/j.jcrc.2012.12.003

Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab: Hvad er det? En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. Hexis.

Prieur, A. (2002). Objektivisering og refleksivitet: om Pierre Bourdieus perspektiv på design og interview. I M. H. Jacobsen, S. Kristiansen, & A. Prieur (Red.), *Liv, fortelling, tekst: Streiftog i kvalitativ sosiologi*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag

Reintam Blaser, A., Malbrain, M. L., Starkopf, J., Fruhwald, S., Jakob, S. M., De Waele, J. & Spies, C. (2012). Gastrointestinal function in intensive care patients: terminology, definitions and

management. Recommendations of the ESICM Working Group on Abdominal Problems. *Intensive Care Med*, 38(3), 384-394. [doi:10.1007/s00134-011-2459-y](https://doi.org/10.1007/s00134-011-2459-y)

RELIS (2017, 06.11.2022). Riktig bruk av avføringsmidler. Retrieved from <https://relis.no/content/3630/Riktig-bruk-av-avforingsmidler>

Skaset, M. (2003). Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003: Folkets helse—Landets styrke 1850-2003. I A. Schiøtz (Red.), *Det Offentlige helsevesen i Norge 1603-2003* (Bd. 2). Universitetsforlaget

Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse- landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlag Schiøtz, A. (2017). *Viljen til liv medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Oslo: Det Norske Samlaget

Schiøtz, A. (2017). *Viljen til liv: Medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Samlaget.

Stubberud, D.-G. (2018). En sykepleiespesialist blir til. I 40 år og ennå ungt! Intensivsykepleiens historie - et fag i stadig utvikling (s. 3-14). NSFLIS Landsstyre. https://objects.zetta.io/v1/AUTH_d8240033eb8a4202a083d4f214aa604e/nsf-nsflis-historie-2018/index.html

Stubberud, D.-G. (2020). Intensivsykepleiernes målgruppe og arbeidssted. I D.-G. Stubberud, & T. Gulbrandsen, *Intensivsykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Tvedt, A. (2016). *Sykepleie uniformer i praktikken og teorien slik de har materialisert seg gjennom lærebøker og forskrifter. En praxeologisk studie med Bourdieus teori og begreper som verkstøy*. (Mastergradsavhandling). Universitetet i Bergen, Bergen.

Van der Spoel J, Schultz M, van der Voort P, de Jonge E. Influence of severity of illness, medication and selective decontamination on defecation. *Intensive Care Medicine*. [DOI: 10.1007/s00134-006-0175-9](https://doi.org/10.1007/s00134-006-0175-9)

Waage, H. R. (1901). *Lærebog i sygepleien*. H. Aschehoug & C

Waage, H. R. (1914). *Lærebok i sykepleien*. H. Aschehoug & C

Wilken, L. (2006). *Pierre Bourdieu* (V. F. Andreassen, Overs.). Roskilde Universitetsforlag

Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Wilken, L. (2010). *Bourdieu for begyndere*. Hentet fra:

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/hogskbergen-ebooks/reader.action?docID=4186589>

Øverlie, A. (2015) Avføring. I E. K. - Grove & I. M. - Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleier (5.utgave)*. Cappelen Damm AS.