



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	347
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7924
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	107
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



BSS9 Bacheloroppgave

Sykepleie

Livets vansker og kronisk sykdom - et helhetlig og helsefremmende perspektiv på sykepleie til sårbare pasientgrupper

Adverse life experiences and chronic illness – a holistic and health promotional view on nursing for vulnerable patient groups

Kandidatnummer 347

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 04.06.21

Abstract

This text is written as an essay and regards the matter of allostasis or allostatic load and the relevance of nursing. Allostatic load, or “life burden” has been shown to have an impact on health. Research shows that there is a connection between advanced experiences in early life, traumatic experiences and physiological and psychological disease and mortality. This connection is strong and graded and has major implications in a health perspective. It seems as if our life experiences are embedded in the body, and traumatic experiences and hardship of life is carried with us throughout our life, in many cases leading to sickness. This text is an attempt to address this topic in the context of nursing. How can this knowledge be of use for nurses? Nurses are committed to have an holistic approach to nursing, and this text discuss this commitment in the context of life stressors effect on health. Furthermore it attempts to examine how nurses can offer holistic nursing to vulnerable patients and patients suffering from chronical illness. Theories of nursing is relevant for this purpose and an fenomenological frame is of interest. Kari Martinsen and Benner & Wrubel are amongst the included theoreticians. Nurses also have the responsibility to offer nursing in a health-promoting perspective. How can nurses sustain a nursing practice that is consistent with these ideas?

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	s. 4
Traumer og belastning i livet gir betydelig økt risiko for sykdom.....	s. 6
Allostatisk belastning, marginaliserte grupper og psykisk lidelse.....	s. 8
Kunnskap om pasientens livserfaringer er av relevans for sykepleiefaget.....	s. 10
Sykepleiens kunnskapsgrunnlag.....	s. 11
Helhetlig sykepleie og omsorg - med Kari Martinsens briller på.....	s. 13
Patricia Benner og Judith Wrubel; pasientens historie er av betydning.....	s. 15
En fenomenologisk tilnærming til sykepleie gir muligheter.....	s. 17
Allostatisk belastning er viktig i et helsefremmende sykepleieperspektiv.....	s. 19
Ikke alle mennesker som lever med traumer blir syke... ..	s. 21
Helhetlig og helsefremmende sykepleie er viktig for sårbare pasientgrupper.....	s. 23
Litteraturliste.....	s. 25

Innledning

På et venteværelse ved en avdeling på et av landets sykehus, sitter pasientene og prater mens de venter på sin tur. Lave samtaler mellom fortrolige pasienter, pasienter som mottar denne behandlingen på jevnlig basis, som etterhvert har begynt å kjenne hverandre. Den ene av dem er særlig pratsom og hun inkluderer meg, en tilfeldig ventende, i samtalen. Hun forteller om behandlingen hun mottar, at den ikke er særlig effektiv mot hennes plager, men den lindrer noe. Hun har hatt denne lidelsen lenge, og hun har forsøkt mange typer behandling som ikke har gitt gode nok resultater. Hun har flere plager, alvorlige og mindre alvorlige. Samlet sett er plagene hennes så store at hun er ute av stand til å delta i arbeidslivet, hun lever et liv med sykdom. Hun er uvanlig åpen med meg denne kvinnen, hun betror seg til meg og gir meg beskrivelsen av et hardt og vanskelig liv, ikke minst en vond barndom med fysiske og psykiske overgrep fra dem som skulle ha vært hennes omsorgspersoner. Jeg har mange ganger i livet møtt mennesker som er kronisk syke og bærere av flere enn én dødelig sykdom. Og ved å høre på deres historier har jeg forstått at en del av disse menneskene har det til felles at de ofte har levd liv som er utfordrende og krevende. De har opplevd traumer, overgrep, krenkelser, fysisk og psykisk vold, - de har levd vanskelige liv.

En tid før jeg startet på studiet i sykepleie havnet jeg på et foredrag på Litteraturhuset i Bergen. Margareth Tomasdottir skulle legge frem funn fra doktorgradsavhandlingen sin og forelesningen hadde den spennende tittelen; «Hvorfor blir noen mennesker syke og andre ikke?». Jeg kunne ikke la være å gå, det var et stort spørsmål som mange stiller seg, og som jeg ofte grubler over selv. Funnene som ble presentert var hentet fra studien «Self Reported Childhood Difficulties, Adult Multimorbidity and Allostatic Load». A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study” (Tomasdottir et al., 2015). En studie basert på en befolkningsundersøkelse fra Nord-Trøndelag i Norge, i nyere tid. Funnene var sjokkerende, og den store tilhørerskaren av medisinstudenter reagerte med vantro på det de hørte; studien avdekket at det eksisterer en sammenheng mellom selvrapportert vanskelig barndom og kroniske lidelser i voksen alder. Tomasdottir hevdet at det finnes en annen og mer sammensatt forklaringsmodell til hvorfor noen mennesker blir syke mens andre ikke blir det (Tomasdottir et al., 2015). Traumer fra vonde barndomsopplevelser kan senere i livet

bidra til utvikling av kroniske lidelser og komorbiditet. Dette vakte min nysgjerrighet, og jeg har siden ønsket å finne mer ut om temaet.

Som sykepleiere er vi opplært til å jobbe helhetlig med mennesket. For å kunne observere, vurdere og utføre tiltak som vil hjelpe pasienten med å ivareta sine grunnleggende behov må sykepleieren ha gode kunnskaper i anatomi, fysiologi, patofysiologi, om pasientens medisinske sykdommer og om diagnose og behandling. Samtidig må sykepleieren ha en individuell forståelse for den enkelte pasient og den sosiale sammenhengen som pasienten inngår i (Gro, 2015, s. 112). Utgangspunktet for denne teksten er å forsøke gjennom en kunnskapsbasert tilnærming, ved bruk av refleksjon og tilgjengelige teorier, lovverk og vitenskap, å se om det kan finnes evidens for at det eksisterer en sammenheng mellom det å leve vanskelige liv og å ha kroniske lidelser. Og dersom en slik sammenheng eksisterer, hvilke implikasjoner har dette for utøvelsen av sykepleie?

Målet med denne teksten blir derfor å reflektere rundt temaet sykepleie til pasienter som er sårbare. Pasienter som lever vanskelige liv, liv preget av forhold de selv ikke har kunnet gjøre noe med for å endre. Vil utøvelsen av sykepleie kunne ha vært annerledes om vi inkluderte kunnskapen at det å leve under slike forhold kan påvirke helsen vår negativt? Videre er målet å se på hvordan en sykepleier kan møte disse pasientene på en måte som er i tråd med sykepleierens mandat når det gjelder å ivareta pasienter i et helsefremmende, sykdomsforebyggende og helhetlig perspektiv; sykepleierstudenten skal ha bred kunnskap om sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 4). Sykepleieren må forstå sammenhengene mellom helse, utdanning, arbeid og levekår og kan benytte dette i sitt arbeid overfor enkeltpersoner og grupper i samfunnet (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2017, § 2). Det er også viktig for sykepleiere å ha kunnskap om sosiale- og helsemessige problemer som inkluderer omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2017, § 2). Videre er det en målsetning for sykepleierstudenter å ha bred kunnskap om grunnleggende menneskelige behov, sykepleierens ulike funksjoner og ansvarsområde og helhetlig og personsentrert sykepleie i et livsløpsperspektiv (HVL, u.å.). Ikke minst heter det i sykepleierens yrkesetiske

retningslinjer at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2016, punkt 2.1), og at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016, punkt 2.3).

Sykepleieren skal kunne arbeide kunnskapsbasert og anvende faglig kunnskap og relevante resultater fra forsknings- og utviklingsarbeid i teoretiske og praktiske problemstillinger (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 11). Teksten er skrevet i sjangeren essay, da denne sjangeren passer godt med oppgavens formål. Essayet skal være kunnskapsrikt, men ikke lærd i en teoretisk vitenskapelig forstand (Bech-Karlsen, 2003). I arbeidet med dette essayet har det vært gjort litteratursøk i relevante forskningsdatabaser på studier som kan være med på å belyse problemstillingen videre. La oss begynne med å se hva forskningen har å si for den utvalgte pasientgruppen; sårbare pasienter og pasienter med kroniske lidelser.

Traumer og belastning i livet gir betydelig økt risiko for sykdom

I forskning på sammenheng mellom traumatiske opplevelser i livet og effekten dette har for helsen vår, finner man at det ofte snakkes om allostase, allostatisk belastning og allostatisk overbelastning (McEwen, 2003). Det viser seg at det å oppleve stressende hendelser som innebærer traumer, overgrep, vold og krenkelser på den ene siden, og det å ha et liv som er vanskelig på en måte som innebærer å leve med utfordringer knyttet til vanskelige sosiale relasjoner, dårlig økonomi, dårlige boforhold og lignende på den andre siden - er alle opplevelser som påvirker den fysiologiske kroppen på en slik måte at en står i fare for å utvikle alvorlig sykdom (Guidi et al., 2021). Slike belastninger kalles allostatisk belastning, eller «AL» og kan føre til endringer i den fysiologiske kroppen som påvirker sekresjon av glukokortikosteroider, aktivering av det autonome nervesystemet, sentralnervesystemet, neurotransmittorer og inflammatoriske cytokiner (Guidi et al., 2021). Dersom den allostatiske belastningen er tilstrekkelig høy vil utvikling av sykdom forekomme (McEwen et al., 2003). Hyperaktivitet i kortisolproduksjonen kan resulterer i følgende patogene forhold; kronisk forhøyet blodtrykk, hjertefrekvens og muskeltonus, kronisk forstyrret sukker-, fett-

og mineralhusholdning, økt smertefølsomhet, økning av immunsystemets betennelsesfremmende hormoner og signalstoffer, redusert aktivitet i det medfødte og ervervede immunsystemet, og raskere cellealdring målt ved telomerlange og telomerasenivå (Kirkengen, 2015, s. 56). Kroppen vår er laget for å tåle stress, og i stressende situasjoner blir kroppens «alarm-system» aktivert for å sikre at en kommer seg igjennom påkjenningen. Vi kjenner alle til «flight- eller fight- responsen» og det er dette som skjer; kroppen skiller ut hormoner som påvirker hjerterytme, oksygenopptak, temperatur, hjernens fungering og mange andre prosesser som skal sørge for at kroppen overlever den farlige situasjonen (Cohen, 2009). Men i de tilfeller hvor belastningen av stress eller truende hendelser vedvarer over tid, skjer det en endring i kroppen hvor alarm-systemet etterhvert ikke slår seg av. Denne tilstanden fører til en kronisk aktivering av kroppens forsvarsmekanismer, som over tid er skadelig (Mæland, 2020, s. 210-211).

I en oversiktsartikkel fra 2021 presenteres funn fra artikkelsøk knyttet til temaet allostatisk belastning, sykkelighet og død (Guidi et al., 2021). Disse bekrefter at opplevelse av høy grad av allostatisk belastning er knyttet til kroniske lidelser, funksjonshemming, smerte og dødelighet (Guidi et al., 2021). Kroniske lidelser hentyder til ordet «kronisk» og viser til sykdommer som har et langtrukket forløp. Kronisk er ikke ensbetydende med uhelbredelig, men mange kroniske sykdommer er livsvarige mens andre er fullt helbredelige på lang sikt (Kåss, 2020). Allostatisk belastning er knyttet til økt risiko for kardiovaskulær sykdom, herunder iskemisk hjertesykdom, koronar hjertesykdom og perifer arteriesykdom (Guidi et al., 2021). Studiene artikkelen refererer til, viser en klar sammenheng mellom vanskelige barndomsopplevelser, herunder barnemisbruk og barnemishandling, og høye nivåer av AL i voksenliv. Bare i ett studie ble det funnet at eksponering for stress i barndom *ikke* kunne forutsi allostatisk belastning (Guidi et al., 2021). Disse funnene er i tråd med resultatene fra studien til Tomasdottir et al. (2015) nevnt innledningsvis; det finnes en generell og gradert sammenheng mellom selvrapporterte vanskeligheter i barndommen på den ene siden, og komorbiditet, individuell sykdomsbelastning og biologiske forstyrrelser på den andre siden (Tomasdottir et al., 2015). Komorbiditet, også kalt «samsykkelighet», betyr at en person har flere sykdommer samtidig. Dette er ofte sykdommer som spiller inn på hverandre i varierende grad, som at en pasient har både demens, polynevropati og hjertesvikt (Malt, 2020).

I et annet studie, også det fra Norge; «Child abuse and physical health: A population-based study on physical health complaints among adolescents and young adults» (Rueness et al., 2019) bekreftes disse forhold videre; det er en sammenheng mellom det å oppleve misbruk i barndom og utvikling av fysiske helseplager senere i livet. Fysiske helseplager viser seg å være sterkere knyttet til visse former for barnemisbruk, særlig når det gjelder å oppleve seksuelt og emosjonelt misbruk. Dette siste, at også emosjonelt misbruk kan være skadelig over tid for et menneske, hevder forskerne å ikke ha fremkommet av tidligere studier (Rueness et al., 2019).

Begge disse studiene (Tomasdottir et al., 2015 og Rueness et al., 2019) har resultater som er i tråd med den kjente ACE-studien; «Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study» (Felitti et al., 1998). Studien er fra 1998, men fortjener likevel sin plass da den er anerkjent i forskningsmiljøet innenfor områdene allostatisk belastning, kronisk sykdom og komorbiditet. Den brukes fortsatt som en referanse i dag. Også denne studien kan bekrefte et sterkt dose-respons-forhold mellom antallet traumatiske opplevelser i barndom og risikofaktorer for død. Traumatiske opplevelser inkluderte psykologisk, fysisk eller seksuelt misbruk, vold mot mor, å leve med husholdsmedlemmer som var rusmisbrukere, mentalt syke eller suicidale, eller som hadde sonet straff i fengsel. Det ble også funnet et signifikant dose-respons-forhold mellom eksponering for vanskelige opplevelser i barndom og følgende sykdommer; iskemisk hjertesykdom, kreft, slag, kronisk bronkitt, diabetes, hepatitt samt alle typer frakturer i skjelettet. Omfanget av uheldig eksponering i barndom på helsestatus hos voksne er ifølge forfatterne sterk og kumulativ (Felitti et al., 1998).

Allostatisk belastning, marginaliserte grupper og psykisk lidelse

Andre funn fra litteratursøkene tilknyttet denne oppgaven, viser at det ikke er bare opplevelse fra en vond barndom som setter sine spor i kroppen. Det å tilhøre en marginalisert gruppe er knyttet til å leve med høy allostatisk belastning og betydelig helserisiko (Guidi et al. 2021). Å være del av en etnisk minoritet øker risikoen for AL i livet. Et menneskes seksuelle orientering har også betydning for helserisiko; å være homofil er

knyttet til risiko for dårligere helseutfall. Sosioøkonomiske variabler har også noe å si for helsen vår; lav inntekt og utdanning, en dårlig bolig og et dårlig nabolag gir høyere allostatisk belastning (Guidi et al., 2021). Arbeidsrelatert stress er også knyttet til høy allostatisk belastning, samt det å ha en utilfredsstillende eller krevende jobb og utbrenthet. (Guidi et al., 2021).

Opplevelsen av å være under stress påvirker også mental helse (Cohen, 2009). Allostatisk belastning avhenger av personens mentale tilstand og intensitet og varighet av stress-opplevelsen, samt hvilken type psykologisk reaksjon personen har. Kronisk aktivering av stress-responsen kan føre til dysregulering av stress-respons-systemet, noe som igjen kan føre til feiltilpassede nevroendokrine responser. Disse kan igjen føre til patofysiologiske endringer som viser seg som symptomer vi kjenner fra psykisk lidelse, eller skaper en sårbarhet for mentale lidelser (Cohen, 2009). Mennesker med høy allostatisk overbelastning har signifikant høyere nivåer av selvrapportert stress, psykisk stress og unormal sykdomsutfordring enn deltakere uten høy AL (Guidi et al., 2021). Flere studier har vist en signifikant sammenheng mellom AL og symptomer på angst og depresjon (Cohen, 2009). AL viser seg også å spille en rolle når det gjelder schizofreni og positive psykotiske trekk i tidlige stadier, samt i de kroniske tilfellene av sykdommen (Guidi et al., 2021). Høyere nivåer av AL ble funnet hos pasienter som rapporterte om sin første psykotiske episode, og ved akutt tilbakevending av schizofreni. AL viser seg også å være knyttet til psykososial og kognitiv fungering hos psykotiske pasienter (Guidi et al., 2021). Allostatisk belastning ser også ut til å føre til en økende sårbarhet for utvikling av narkotikamisbruk- og avhengighet (Cohen, 2009).

Det er lett å se seg blind på tall, utredninger og lange setninger formulert av forskere som er vant til å snakke forskeres språk. Men hvis vi tar et steg tilbake og ser på den informasjonen som nettopp er presentert, rammer det en ganske hardt. Det er vond lesning dette som fremkommer her. Barn som opplever traumer og mennesker som lever vanskelige liv har mye større risiko for å utvikle alvorlig sykdom og død enn mennesker som ikke har slike opplevelser (McEwen, 2003, Tomasdottir et al., 2015, Rueness et al., 2019, Felitti et al., 1998, Guidi et al., 2021, Cohen, 2009). Kan vi på bakgrunn av dette hevde at kroppslige

emosjoner kan påvirke den fysiologiske kroppen i en slik grad at sykdom kan utvikles ved eksponering for alvorlig stress?

Kunnskap om pasientens livserfaringer er av relevans for sykepleiefaget

Tilbake til oppgavens målsetning, hvordan er denne kunnskapen relevant for sykepleiefaget? Hvordan skal sykepleien forholde seg til dette som forskningsresultatene viser? Dersom vi ser sykdomsbildet til den kvinnelige pasienten innledningsvis i lys av kunnskapen som er presentert her, kan vi forstå hennes sykdommer på en annen måte hvis vi inkluderer eventuelle livserfaringer hun måtte ha? Hvordan kan sykepleieren tilnærme seg dette perspektivet i møtet med sine pasienter som lider av kronisk sykdom eller som tydelig lever vanskelige liv?

I en oversiktsartikkel fra 2009, hevder Joan I. Cohen ved Fakultetet for sykepleie, Universitetet i California, at det vil være tjenelig for utøvelsen av sykepleie å utvikle markører for allostatisk belastning i evaluering av pasientens helse og risiko for sykdom (Cohen, 2009). Å leve under forhold som skaper stress er med på å bidra til utvikling av sykdom, derfor er det viktig for en sykepleier å ha kunnskap om hva som skaper opplevelse av stress for den enkelte pasient. Dermed er sykepleieren avhengig av kunnskap om kroppens stress-respons for å kunne kjenne igjen når den har nådd et skadelig nivå og når den fungerer hensiktsmessig. Dersom sykepleieren får effektive mål som gir kunnskap om miljømessige utfordringer i en pasients liv og hvilke psykologiske og biologiske variabler pasienten har, vil sykepleieren kunne ha bakgrunn for å kunne planlegge tilpassede sykepleietiltak og å vurdere effekten av disse. Ved å avdekke situasjoner som skaper stress og ved å gjøre seg kjent med pasientens personlige og sosiale ressurser, kan pasient og sykepleier sammen jobbe for å utvikle passende tiltak. (Cohen, 2009).

Anna Louise Kirkengen, fastlege og spesialist i allmenntidmedisin, har viet mange år på studiet av forholdet mellom vonde erfaringer i barndom og senere sykkelighet i voksen alder. I lys av at traumatiske mellommenneskelige erfaringer kan gi biologiske konsekvenser, argumenterer hun for at en persons oppfatning av hva som hendte og hvorfor, ikke bør sees som uvesentlig, men heller som uunnværlig i den medisinske analyse av en spesiell smerte.

Symptomer må spores tilbake til sitt opphav og sitt eierskap, - til et unikt historisk-biografisk subjekt i verden. Med andre ord til en integrert helhet av kropp og sinn, sammen med personen sin spesielle historie og måte å forholde seg til forutgående konfliktfulle eller vonde erfaringer på (Kirkengen, 2015, s. 40). Er dette en ny måte å tenke om sykdom på? Kanskje sett fra et medisinsk perspektiv. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2006). Kan vi kanskje hevde at sykepleien alltid har visst at alle deler av et menneskes liv har betydning for helse og dermed utøvelsen av sykepleie? Sykepleien skal ha en helhetlig tilnærming; den skal fange alle deler av pasientens liv og den skal være individuelt tilpasset (Grov, 2015, s. 153). Skal vi finne svar på om kunnskapen vi nå har om allostatisk belastning og sykdomsutvikling har betydning for sykepleie som fag, kan det være interessant å se nærmere på hva helhetlig sykepleie er. Vil sårbare pasientgrupper og pasienter med kroniske lidelser profitere på en helhetlig tilnærming i sykepleie?

Sykepleiens kunnskapsgrunnlag

For å forstå hva helhetlig sykepleie er kan det være interessant å se tilbake til de første teoretikerne som hadde tanker om hva sykepleien. Florence Nightingale (1820-1910) er kjent som selve grunnleggeren av sykepleie (Grov, 2015, s. 143). Hun var den første sykepleieren som uttalte seg skriftlig om hva sykepleie er, og hennes tanker og ideer har inspirert mange sykepleiere etter henne. I boken «Notater om sykepleie», vektlegger hun at sykdom er en gjenoppbyggende prosess og at det er sykepleierens jobb å understøtte denne ved å imøtekomme pasientens behov, uansett hva de måtte være (Nightingale, 1997, s. 31). Det handler ikke bare om å gi medisiner, men å se pasientens behov (Nightingale, 1997, s. 32). Sykepleien handler om å ivareta alle pasientens behov, og hun inkluderer ikke bare kroppslige behov, men vektlegger også betydning av miljøet pasienten bor og lever i, i tillegg til åndelige og sjelelige behov (Nightingale, 1997). Slik beskrives de første tanker om hva helhetlig sykepleie er.

Virginia Henderson (1897-1996) er en annen sykepleieteoretiker som også har hatt stor påvirkning på utformingen av sykepleie. Også hun er inspirert av Nightingale (Grov, 2015, s. 121). Hennes tanker om sykepleie har lagt grunnlag for den videre forståelsen av hva

helhetlig sykepleie er. Hun utviklet 14 punkter som beskriver menneskets grunnleggende behov, og disse har fulgt utviklingen innen sykepleie over tid, og kan gjenkjennes i mange ulike former for sykepleiedokumentasjon (Grov, 2015, s. 127). Hendersons definisjon av sykepleie beskriver hvordan sykepleierens funksjon er å bistå den enkelte pasient med å utføre de aktiviteter som vil fremme eller gjenvinne helse som pasienten ellers ville ha utført på egenhånd om han eller hun hadde kunnet gjøre dette. Målet er å gjøre pasienten selvhjulpent (Henderson, 2012, s. 14). Henderson argumenterer for at den enkelte pasients behov for sykepleie avhenger av deres bakgrunn. Forhold knyttet til personen som en sykepleier må ta med i sin vurdering av behov for sykepleie er for eksempel alder, kulturell bakgrunn, emosjonell balanse og fysiske og intellektuelle evner. Selv om to pasienter lider av samme diagnose, er deres behov for sykepleie ulikt (Henderson, 2012, s. 20). Enhver plan for pleie må utføres *sammen* med pasienten, og må være basert på personens behov (Henderson, 2012, s. 18). Slik kan helhetlig sykepleie også beskrives.

I boken til Grov og Holter; «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie» (2016) beskrives fem dimensjoner og kunnskapstyper som sykepleien er grunnlagt på. Denne kunnskapen er vitenskapelig og teknisk, eksistensiell, kritisk hermeneutisk, etisk og til sist estetisk. Ved å se nærmere på den eksistensielle og kritisk hermeneutiske kunnskapstypen kan vi få en nærmere forståelse av hva helhetlig sykepleie er (Grov, 2016, s. 151). Den eksistensielle dimensjonen som sykepleien er grunnlagt på, handler om å se og anerkjenne pasienter som eksistensielle vesener i den gitte konteksten de befinner seg i. Ethvert menneske er unikt og handler med sin særegne historie og hukommelse som bakteppe. Mennesket har en kroppslig, mental og åndelig identitet som er integrert i sin forståelse av seg selv og verden. Som eksistensielle vesener opplever vi alle en gitt mening innenfor den konteksten, tiden og den individuelle situasjonen vi befinner oss i. For sykepleiepraksis innebærer dette at en må opprettholde prinsipper som engasjement, frihet og valg. (Grov, 2016, s. 153). For å kunne nyttiggjøre og anvende denne kunnskapen, ligger det til grunn en hermeneutisk kunnskap som handler om å fortolke og beskrive menneskers opplevelse av situasjonen de er i. Ved å inkludere dette i pasientmøter, bidrar dette til å øke sykepleierens bevissthet om og forståelse for pasienten som et unikt eksistensielt individ. Kritisk hermeneutisk kunnskap blir dermed å sette lys på eksisterende systemer og kontekster som pasienten inngår i, makt og dominanser som pasienten er underlagt og påvirket av. Sykepleieren blir slik i stand til å bli

oppmerksom på mulige tildekninger og konflikter i mellommenneskelige relasjoner, i helsetjenesten og i samfunnslivet generelt (Grov, 2016, s. 153-154). Sykepleien skal også være personsentrert (HVL, u.å.b). Personsentrert sykepleie er basert på verdier som individualisme og menneskelig autonomi. Den er relasjonell og dannes gjennom gjensidighet og deling med pasienten. Slik skal sykepleieren kunne sette seg inn i hvordan pasienten har det. Denne måten å betrakte sykepleie på er med på å opprettholde pasientens individualitet, integritet og selvbestemmelse (Grov, 2015, s. 150).

Forhold knyttet til pasientens liv kan være sykdomsfremkallende, og i et helhetlig perspektiv har sykepleieren mandat til å avdekke slike forhold og inkludere dem i sin vurdering av hvilke sykepleietiltak som er nødvendige (Norsk sykepleierforbund, 2019, punkt 2.3). Med den forståelsen av helhetlig sykepleie som vi nå har, blir det ikke da relevant for utøvelsen av sykepleie å undersøke om pasienter med kroniske lidelser kan ha erfart traumer i tidlig barndom? Kan det være en god idé å undersøke pasientens nivå av opplevd stress og allostatisk belastning i livet, slik Cohen argumenterer for (Cohen, 2009)? Å avdekke forhold som kan knyttes til allostatisk belastning er kanskje ikke så lett. Hvordan kan sykepleieren innhente slik informasjon, som kan være av sensitiv karakter? Hvordan kan sykepleieren få tilgang til pasientens sitt syn på egne muligheter, håp og mestringsstrategier, om pasienten har opplevd traumer eller lever med dysfunksjonelle sosiale relasjoner? I lys av oppgavens målsetning ser det ut til at vi trenger mer kunnskap om hvordan en kan nærme seg pasienten slik at helhetlig sykepleie kan utføres. Kanskje Kari Martinsens omsorgsteori kan kanskje være til hjelp her (Martinsen 1989)?

Helhetlig sykepleie og omsorg - med Kari Martinsens briller på

«Kroppen rører ved noe og blir rørt, den ser og blir sett, den er synlig og usynlig, og det usynlige er i det synlige og omvendt. Kroppen er deltager i det altomfattende dramaet som livet er. Den tenker for oss, tar imot inntrykket og erfarer før den erkjenner. Som seende og sett, berørt og rørt er kroppen åpen og sårbar. Den bærer det åpne, sårbare inntrykket ut over seg selv til den andre med en etisk appell om å bli sett og bli tatt imot i et ureduserbart nærvær. I nærværet er vi umiddelbart til stede uten vurderinger. Nærværet bæres av de

umiddelbare livsytringer, som er så suverene at de er sterkere enn våre vurderinger» (Martinsen, 1989, s. 49).

Kari Martinsens teori har en fenomenologisk filosofisk tradisjon, hun er inspirert av filosofen Martin Heidegger (1889-1976), og den danske filosofen og teologen Løgstrup (1905-1981) (Martinsen, 1993). Fra fenomenologien finner vi ideen om at kroppen ikke er noe bare i seg selv, men den forholder seg alltid til noe. Vi som mennesker er vevd sammen med andre, gjennom våre kropp er vi med sansene våre rettet mot andre mennesker. Alle våre erfaringer får vi gjennom og via kroppen. Kroppen er mottaker og bærer av disse erfaringer (Martinsen, 1993). Martinsen stiller seg kritisk til en deling av kroppen mellom to enheter; kropp og sinn, fysisk og psykisk. Når én kroppslig sans engasjeres, følger de andre sansene med på avstand. Dette er et komplekst samspill, som Martinsen mener må være sentralt i utøvelsen av sykepleie, sammen med bevegelser og håndgrep (Martinsen, 1993, s. 117). Det er med denne sansningen, - ved bruk av hele kroppens sanseapparat, at den erfarne sykepleieren innhenter informasjon om pasienten og alt som er relevant for pasientens helbredelse og lindring. Ved hjelp av sykepleierens egen kropp kan han eller hun fornemme små variasjoner i de forhold som angår pasientens helse når det gjelder følelsesliv, hvordan han eller hun har det, hvilke tanker og ideer pasienten har om egen sykdom, om pasienten har håp om bedring, hvilke støttende elementer som finnes i pasientens liv som sykepleieren kan benytte for å hjelpe pasienten i sykdomsprosessen. Alle disse faktorene kan sykepleieren benytte i utøvelsen av sykepleie for å finne mening, håp og kunne gi lindring. En slik utøvelse av sykepleien er å benytte det Martinsen beskriver som erfaringsbasert kunnskap, og er den kunnskap sykepleieren kan tilnærme seg gjennom praktisk erfaring som utøvende sykepleier, ikke den tillærte vitenskapelige kunnskapen en får fra skole og via opplæring i prosedyrer (Martinsen, 1993). Det tar tid å lære seg å vurdere pasienters tilstand ved bruk av egne sanser, men denne kunnskapen er minst like viktig som den naturvitenskapelige kunnskapen er for sykepleieren (Martinsen, 1993).

Hvordan ville et pasientmøte med kvinnen innledningsvis sett ut dersom en skal ta utgangspunkt i Martinsens måte å utøve helhetlig sykepleie på? Ved å tilnærme seg

pasienten med respekt, omsorg og naturlig nestekjærlighet ville pasienten ha opplevd å bli sett og møtt på en måte som fremmer fortrolighet og tillit (Martinsen, 1993). Med en slik relasjon vil det være lett for pasienten å kunne stole på at sykepleieren er oppriktig i sitt ønske om å hjelpe pasienten, og den informasjon som sykepleieren trenger ville lettere ha kunnet komme frem når relasjonen har en slik kvalitet. Samtidig er det viktig for sykepleieren å vite at den helhetlige kunnskapen fanges og innhentes på flere måter enn den tenknisk-instrumentelle. Sykepleieren kan bruke sine egne sanser som verktøy for å registrere hva pasienten trenger i målet om å gi lindring, og samtidig være bevisst at pasientens behov også kan observeres gjennom pasientens kroppslige uttrykk. Slik kan kanskje Martinsens tenkning beskrives med andre ord (Martinsen, 1993).

Patricia Benner og Judith Wrubel; pasientens historie er av betydning

Benner og Wrubel er to andre sykepleieteoretikere som har formulert tanker om helhetlig sykepleie med et fenomenologisk utgangspunkt (Benner, 1989). Deres tilnærming er gjerne mer klinisk enn Kari Martinsens, og kan kanskje videre belyse denne oppgavens spørsmål. Benner og Wrubels teori (1989) er slik jeg oppfatter det, i tråd med Martinsens omsorgsteori (1993). Her også finner en inspirasjon fra Heidegger, i tillegg til filosofen og fenomenologen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961). Benner og Wrubel legger vekt på et menneskes selvfortolkende egenskaper (Benner, 1989, s. 41). Mennesker inngår alltid i en kontekst av mening, og denne meningen er av betydning for menneskets forståelse av seg selv og sine erfaringer. Mennesker fortolker ulike situasjoner automatisk uten å reflektere over dem. Denne fortolkningen påvirkes av språk, vaner og evner, som alle er individuelle faktorer. Kroppen vår og sinnet vår har kunnskap, - en kroppslig kunnskap, og denne kunnskapen gjør oss i stand til å bevege oss gjennom ulike situasjoner og møte dem med mening på en rask og ikke-reflekterende måte. Vi handler automatisk basert på våre tidligere erfaringer med lignende situasjoner (Benner, 1989, s. 42). Dette er et fenomenologisk syn på menneskets eksistens; vi erfarer gjennom kroppen. Benner og Wrubel mener at det finnes en kroppslig intelligens; kroppen har en erfart og levd kunnskap, og denne er av betydning for mennesket når det gjelder egen forståelse av sykdom og lidelse (Benner, 1989, s. 42).

Benner og Wrubel vektlegger betydningen av pasientens *historie*, og oppfordrer sykepleiere til å undersøke og etterspørre denne (Benner, 1989, s. 9). Hver sykdom har en historie; symptomer, lidelse eller sykdommer er ladet med mening og er avhengig av hva som skjer i pasientens liv. Ved å forstå betydningen den enkelte lidelse har for pasienten, kan sykepleieren legge til rette for behandling eller en kur. Selv når ingen behandling er tilgjengelig og ingen kur er mulig, vil det å forstå betydningen lidelsen har for personen og personens liv gi en form for lindring. Forståelsen kan bistå pasienten med å overkomme følelsen av fremmedgjøring, tap av selvforståelse og sosial integrasjon som etterfølger sykdom (Benner, 1989, s. 9). Ved å finne ut hva som bekymrer pasienten og fortolke situasjonen for ham eller henne, kan en hjelpe pasienten med å fjerne bekymringer eller frykt knyttet til lidelsen (Benner, 1989, s. 17). De snakker om «reframing» eller skifte av perspektiv; å hjelpe pasienten med å finne et nytt perspektiv på sykdommen eller lidelsen, slik at det blir lettere for pasienten å kunne leve med denne (Benner, 1989, s. 168). Denne endringen av perspektiv må knyttes til pasientens egne erfaringer i livet slik at den gir mening for dem. Og med en slik forståelse for sykdom og lidelse, gir det kanskje mening å bistå pasienter med kroniske lidelser å sette sykdomserfaringen sammen med deres egne erfaringer i livet.

La oss forsøke å forstå Benner og Wrubel med et konkret eksempel. Benner og Wrubel viser diskuterer pasienter som lider av koronarsykdom og deres forhold til sykdommen (Benner, 1989, s. 223-246). Eksempelet er ganske generaliserende, noe som vanligvis er en dårlig idé, men vi tar det med likevel fordi poenget til slutt er viktig. Benner og Wrubel hevder at det typisk er menn som oftest blir rammet av denne lidelsen, særlig forretningsmennesker med et høyt arbeidspress og krav til resultater (Benner, 1989, s. 223-246). Å jobbe under hardt press er en stressende faktor for kroppen som kan føre til sykdom, i dette tilfellet koronarsykdom. Sammen med pasienten kan sykepleieren finne en kur for pasienten ved å avdekke hvordan livet til pasienten har vært forut for sykdommen. Videre å hjelpe pasienten ved å forstå hvordan deres tanker om krav til resultater og ha liten tid har sammenheng med sykdommen. Målet blir å lære pasienten en ny måte å tenke og leve på som vil føre til mindre lidelse; sykepleieren må hjelpe pasienten med å finne et nytt perspektiv (Benner, 1989, s. 223-246). Sykepleieren i dette tilfellet benyttet seg av samtale og refleksjon med pasienten, hun ble kjent med hans bakgrunn og livssituasjon og hentet inn elementer herfra

som kunne understøtte pasienten i en ny forståelse av livet og egen helse. Hun bragte også inn andre som kunne bistå pasienten; en psykiatrisk sykepleier for å samtale om bekymringer, samt en prest for å overkomme frykt for døden. Pasienten kom godt ut av det, han levde videre med sin hjertesykdom, men med et mer harmonisk og balansert utgangspunkt enn det han kom med (Benner, 1989, s. 247-250). Slik kan altså utøvelse av helhetlig sykepleie se ut.

Hva om vi forsøker å bruke denne tilnærmingen til sykepleie overfor den kvinnelige pasienten vi har blitt kjent med innledningsvis? For oppgavens formål antar vi nå at hun ikke har bearbeidet sine vonde erfaringer i livet og at disse fortsatt preger henne. Dersom vi forstå Benner og Wrubel rett; ville sykepleieren sette av tid til samtale med kvinnen, forsøke å bli kjent med hennes historie og forstå hvilke tanker eller følelser hun har som står imot hennes mulighet til bedring. Videre hjelpe henne med å finne nye tanker om hennes erfaringer som vil tillate henne å bære historien sin videre på en måte som kan gi henne mindre lidelse; et skifte av perspektiv. Basert på det vi nå vet om hva traumatiske erfaringer kan påføre kroppen av sykdom, vil det kanskje være hensiktsmessig for sykepleieren å finne ut hvordan hun har det med seg selv etter slike opplevelser, i et helhetlig men også helsefremmende sykepleieperspektiv.

En fenomenologisk tilnærming til sykdom gir muligheter

Benner og Wrubel (Benner, 1989), - som Kari Martinsen (1993), kritiserer det naturvitenskapelige synet på inndelingen av kropp og sinn som to separate enheter. I et fenomenologisk perspektiv erfarer mennesker livet gjennom kroppen, og dermed blir vår historie, våre opplevelser og erfaringer av relevans for opplevelsen av sykdom. Og denne opplevelsen er det viktig at sykepleieren tar hensyn til i utøvelsen av sykepleie, hver erfaring er individuell og hver løsning eller hvert tiltak må være det samme. Her snakker Benner og Wrubel og Martinsen samme språk, men med ulikt perspektiv Mens Martinsen snakker om hvordan sykepleieren kan bruke kunnskapen om kroppslig fornemmelse i sin tilnærming til pasientens behov (Martinsen, 1993), fokuserer Benner og Wrubel på hvordan pasientens kroppslige erfaring av egen sykdom er viktig for sykepleieren i utøvelsen av helhetlig og omsorgsfull sykepleie (Benner, 1989).

Det som her er forsøkt drøftet, er hvorvidt det har en verdi for sykepleieren å inkludere alle aspekter ved pasientens liv i vurdering av hva som er riktig sykepleietiltak. Er helhetlig sykepleie til hjelp for sårbare pasientgrupper med vanskelige livserfaringer?

Fenomenologien viser at vi bærer med mange erfaringer gjennom kroppen vår, - med tanker, ord, handlinger, sanser og bevegelse. Vi forstår oss selv gjennom vår kroppslige erfaring, dette påvirker også vår sykdomserfaring. Derfor er det viktig for sykepleieren å være seg bevisst disse forhold i relasjon til sine pasienter. Slik kan personsentrert, individuell og helhetlig sykepleie komme til nytte, og da særlig for sårbare pasientgrupper som kanskje har mange vonde livserfaringer med seg, - livserfaringer som kan være årsak til sykdom eller kan komme til å forårsake fremtidig sykdom.

For mange nyutdannede sykepleiere er det kanskje vanskelig når en pasient åpner seg og betror sine vanskeligheter, vonde ting, kanskje traumer og gammel sorg. Dette er noe som Felitti et al. (1998) også peker på i sin artikkel; helseomsorg for voksne er ofte utilstrekkelig når det gjelder psykososial vurdering og veiledning. Det antydes at en del av problemet vil være helsepersonells frykt for å bringe spørsmål om traumer fra barndom opp for pasientene (Felitti et al., 1998). Men som både Martinsen og Benner og Wrubel også formidler; å tilnærme seg pasienter på en slik måte er noe som kommer med erfaring (Martinsen, 1993, Benner, 1989). Den nyutdannede sykepleier er i Benner og Wrubels verden en «novise» (Benner, 1995). Dersom novisen er redd for å møte en pasient fordi hun ikke har erfaring med slike samtaler, er han eller hun heldigvis omgitt av erfarne sykepleiere som kan bistå hvor sykepleieren selv føler hjelpen som kan tilbys ikke er tilstrekkelig. Og kanskje er det lov å peke på at utdanningssystemet i så tilfelle kunne hatt en mer praktisk rettet tilnærming til denne oppgaven; mange studenter innen andre tradisjoner får opplæring i samtaleteknikk i grupper sammen med veileder og lærer; kanskje også sykepleiestudiet har noe å hente på dette?

Den kvinnelige pasienten vi møtte innledningsvis vil kanskje ikke få hjelp for alle sine plager ved å forsøke å avdekke mulig allostatisk belastning eller traumatiske erfaringer i livet hennes. For slik er forskningen; den peker på noen sammenhenger, men sammenhengene gjelder ikke for alle. Det er ikke sikkert at det vil føre til bedring i hennes sykdomsbilde at

sykepleieren avdekker utfordringer og vonde erfaringer i hennes liv. Den hjelpen hun kunne ha blitt tilbudt i form av samtaler, psykologhjelp eller annet, vil ikke nødvendigvis gjøre henne frisk. Men vi kan kanskje argumentere for at hun gjennom en slik forståelsesbakgrunn og en helhetlig tilnærming kan få hjelp til å oppnå bedre livskvalitet? Og det i seg selv er vel et godt mål for pleie? Sykepleieutøvelsen skal være i tråd med menneskerettighetene, den skal fremme helse og forebygge sykdom (NSF, 2016). I et helsefremmende sykepleieperspektiv er opplevelse av god livskvalitet vurdert som et mål for helse (Gammersvik, 2018, s. 114).

Allostatisk belastning er viktig i et helsefremmende sykepleieperspektiv

I en oversiktsartikkel av T. M. Beckie (2012) ved Fakultet for sykepleie, Universitetet i Sør-Florida konkluderes det med at når det gjelder forholdet mellom allostatisk belastning og risiko for sykdom, er det viktig å inkludere allostatisk belastning i helsespørsmål i et forebyggende helseperspektiv. Dette for å forhindre eller forsinke fremtidig kronisk sykdom, fjerne ulikheter i helse, og for å optimalisere helse og livskvalitet (Beckie, 2012). Det helsefremmende perspektivet har helse, velvære og livskvalitet som mål (Gammersvik, 2018, s. 114). For sykepleieren innebærer dette å lete etter det som kan gjøre at helsen blir styrket, og legge til rette for en helsefremmende prosess (Gammersvik, 2018, s. 114). For å få dette til er det viktig å spille på lag med pasientens indre og ytre forutsetninger. Egenskaper ved individet selv og forhold utenfor personen selv er viktige forhold å kjenne til for at helsen skal få gode kår (Gammersvik, 2018, s. 126).

Helse blir skapt der folk lever og bor, og avhenger av levekår og sosiale forhold.

Enkeltindividets valg er begrenset av forhold som er utenfor dets kontroll (Gammersvik, 2018). Og kanskje nettopp derfor er helsefremmende sykepleie så viktig. Mennesker blir født inn i ulike livssituasjoner, og tilfeldigheter avgjør hvordan grunnlaget i livet blir formet. Barn er prisgitt sine omgivelser. Et barn som opplever omsorgssvikt lever under forhold som er utenfor barnets kontroll å kunne endre. Barn tilhører en sårbar gruppe, noe som legger et betydelig ansvar hos skoletjenesten, helsevesen og andre naturlige institusjoner tilknyttet barns levekår. Felitti et al. hevder at omfattende tiltak er nødvendige for å identifisere og gripe inn hos barn og familier som er i risiko for traumatiske opplevelsene og konsekvensene

av disse (Felitti et al., 1998). Det er et mål at sykepleieren kan anvende faglig kunnskap for å initiere og bidra til tverrfaglig, tverrprofesjonell og tverrsektoriell samhandling (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 5). Når det gjelder sykepleie til sårbare pasientgrupper blir dette aspektet ekstra tydelig. Sykepleieren har en plikt til å henvise pasienten videre til andre instanser når behovet for hjelp ikke kan dekkes av sykepleien, for å sikre at pasienten får den helsehjelpen han eller hun har krav på (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2).

Helsefremmende og sykdomsforebyggende helsearbeid skal inkludere mål for fysisk helse, mental helse, sosial fungering, rollefungering og generell opplevelse av velvære (Pender, 2015, s. 21). I senere tid har en annen dimensjon blitt lagt til definisjonen av helse; nemlig individers vurdering av egen helse. Den egenvurderte helse vektlegger ikke bare objektive mål for helse, men avhenger av personens egen fysiske status. Dette synet gir et utvidet helsebegrep, og for å forstå hva som er opplevd god helse må en altså inkludere individers sosiale og fysiske kontekst (Pender, 2015, s. 21). Sykepleiere trenger å forstå og ha tilgang til alle disse dimensjonene av helse. Herunder finner man også et holistisk helseperspektiv; fenomener som inkluderer fysiske, sosiale, spirituelle/åndelige, miljømessige og kulturelle dimensjoner er av betydning for helsen vår, også familie og det samfunn som individer lever og fungerer i. Ved å evaluere disse dimensjonene vil en ha tilgang til kunnskap som kan tilby tilpassede helsefremmende programmer for den spesifikke populasjon de retter seg mot (Pender, 2015, s. 20). Med en slik forståelse av sykepleie, er det mulig å hevde at allostatisk belastning også er av betydning i et helsefremmende perspektiv.

Hvordan sykepleieren kan inkludere helsefremmende tiltak eller sykepleie for sårbare pasientgrupper? I bøker om helsefremmende sykepleie snakkes det om offentlige helseprogrammer som fremmer en del av befolkningens behov for helse (Pender, 2015). Men hva gjør sykepleieren når det ikke finnes helsefremmende programmer eller fokus på en stor utfordring som gjelder mange? Sykepleieren alene kan ikke gjøre noe for alle. I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer punkt 6.1 heter det at sykepleieren skal engasjere seg i den sosiale og helsepolitiske utvikling både lokalt, nasjonalt og internasjonalt (Norsk sykepleierforbund, 2016). Men sykepleiere er individer, og ikke alle individer er glad i en offentlig diskusjon. Sykepleieren skal også jobbe kunnskapsbasert (Forskrift om nasjonal

retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 11), og en del av sykepleierens ansvar blir da kanskje å snakke om og videreformidle den diskusjon en besitter. Noen ganger må forandring skje fra innsiden av systemene, og her kan alle sykepleiere bidra ved å belyse utfordringer og snakke pasientenes sak, med kollegaer, ledelse og andre interessenter.

Ikke alle mennesker som lever med traumer blir syke...

Vi har vært inne på tunge temaer og vond lesning. La oss derfor i en helsefremmende ånd, rette fokuset på hvilke menneskelige ressurser vi kan engasjere oss i, hvilke muligheter og potensiale vi kan finne i spørsmål om helse og sykdom? Funn fra studiene viser en tendens og en sammenheng. Men sammenhengen gjelder ikke for alle, uansett kvalitet på forskning og metode, man kan ikke påstå at funnene gjelder alle mennesker i samme situasjon. Psykolog Frode Thuen engasjerer seg også i dette temaet, og sier at selv blant barn som har vokst opp i en dysfunksjonell familie og som har opplevd vold og konflikter allerede fra spedbarnsalderen, er det likevel noen som klarer seg fint i voksen alder fordi det også finnes kompensierende eller beskyttende faktorer i livene deres (Mæland, 2020, s. 91). Dette omtaler man gjerne som mestringsferdigheter eller resiliens, og kan være av både indre og ytre karakter. Thuen viser videre til tilknytningsteori som utgjør et sentralt teoretisk perspektiv for å forstå psykologiske effekter av omsorgssvikt og barnemishandling. Barn har et grunnleggende behov for å knytte seg emosjonelt til de personene som er deres omsorgspersoner. Denne prosessen starter idet barnet blir født, og dersom barnets behov blir møtt på en omsorgsfull måte, vil barnet i løpet av de første par leveårene etablere en trygg tilknytning til sine omsorgspersoner. Får barnet derimot ikke møtt sine grunnleggende tilknytningsbehov, - fordi det vokser opp med konflikter, rus eller vold i familien eller på andre måter opplever en mangelfull omsorgssituasjon, vil det stå i fare for å utvikle en grunnleggende utrygg tilknytning til andre mennesker. Den etablerte tilknytningstilen følger barnet videre i livet. Mennesker som er trygt tilknyttet, vil ofte ha større nærhet i sine relasjoner og et mer støttende nettverk enn de som er mindre trygt tilknyttet. Tilknytningstil påvirker også ens selvbilde og evne til selvregulering, og har derfor stor betydning for hvordan man fungerer sosialt (Mæland, 2020, s. 90-91).

Mennesker med sterke sosiale nettverk har færre belastninger i livet og større tilgang på positive ressurser. Dette gjør dem bedre forberedt til å mestre utfordringer, og er mindre utsatt for kronisk stress, og i siste instans er de mindre utsatt for allostatisk overbelastning og lavere risiko for dårlig helse (Mæland, 2020, s. 111). Å vite at sosialt nettverk er av betydning for helsen vår, er kunnskap som sykepleieren har bruk for i helhetlig og helsefremmende perspektiv. Sammen kan pasient og sykepleier avdekke slike forhold og finne frem til gode tiltak for endring. Dette er vel helhetlig og helsefremmende sykepleie i praksis? Å belyse utfordringer med utgangspunkt i pasientens kontekstuelle livssituasjon og bistå han eller henne med nye perspektiver, er også i Benner og Wrubels ånd (Benner, 1989).

Funn fra forskning viser også at selv om menneskelige biologi kan ta skade av uheldig miljøpåvirkning, kan det også se ut til at noen forhold kan reversere eller formilde denne skaden (McEwen, 2012). Fysisk aktivitet og trening, det å ha en opplevelse av mening i livet, og å omgås mennesker i et støttende, sosialt og positivt nettverk, er kjente beskyttende faktorer mot allostatisk belastning og demens. Er ikke dette forhold og mål en sykepleier kan bistå pasienten å jobbe mot? Det understrekes likevel at mer forskning er nødvendig på dette området, men det er oppløftende funn som er verdt å ta med (McEwen, 2012). Guidi et al. (2021) viser til at det å oppleve støtte i livet under barndommen delvis reduserer sammenhengen mellom barnemishandling og AL i voksenliv. Emosjonell støtte i barndom, varme fra familien og foreldres engasjement i akademiske prestasjoner viser å være knyttet til en lavere grad av AL (Guidi et al., 2021). Denne kunnskapen er viktig i møte med sårbare pasientgrupper, for eksempel barn som opplever omsorgssvikt, eller voksne pasienter som ikke har ressurser til å håndtere foreldrerollen på en god måte. Dersom sykepleieren inkluderer slike hensyn i utøvelsen av sykepleie, blir det kanskje lettere å avdekke behov for annen hjelp enn det sykepleieren har å tilby. Å henvise pasienter til andre instanser ved behov et ansvar som er pålagt sykepleieren i møte med pasienter (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2017, § 2).

Andre interessante funn som fremkom etter litteratursøk i forbindelse med denne oppgaven, er hvordan det ser ut til at følelsene våre og vår evne til å bearbeide negative følelser påvirker helsen vår (Dich et al., 2014). I en studie utført blant siviltjenestemenn i

England, ble det påvist en ikke-lineær, stabil sammenheng mellom negativ emosjonell respons knyttet til store hendelser i livet og AL. Dette fortolkes i retning av at dess større negativ respons deltakerne hadde på opplevd allostatisk belastning i livet, jo dårligere resultat hadde dette for helsen deres (Dich et al., 2014). Altså – «det er ikke hvordan du har det men hvordan du tar det», som er av betydning. En annen studie viste at for kvinner var det å bruke en unngående problemløsningsstil knyttet til høyere AL (Guidi et al., 2021). Det å undertrykke følelser for å håndtere vanskeligheter gav også høyere utslag for AL. Evnen til å benytte kognitiv bekræftelse; å «tenke positivt» eller å bruke «anerkjennende tanker» om seg selv, var indirekte knyttet til lavere AL. Voksne mennesker som vokser opp i husholdninger med lav sosioøkonomisk status, viser seg å ha lavere grad av allostatisk belastning når en tilpasser seg stressfaktorer i livet ved å ha et fokus på fremtiden (Guidi et al., 2021). Samlet sett ser det ut til at individuelle psykologiske velvære- og mestringsstrategier reduserer assosiasjonen mellom sosiodemografiske faktorer og AL, og høyere psykososiale ressurser er knyttet til lavere AL (Guidi et al., 2021). Dette er gode nyheter og viktig kunnskap i et helsefremmende perspektiv, og det blir derfor et godt utgangspunkt for sykepleieren i sin vurdering av hvilke tiltak som kan være nyttige for å bistå pasienten med å gjenoppbygge sin helse, slik Nightingale beskriver sykepleien (Nightingale, 1997). Helsefremmende sykepleie handler om kunsten i og vitenskapen om å hjelpe mennesker med å gjøre livsstilsendringer, og gi støtte til slike handlinger i et økologisk perspektiv for å bistå til levebetingelser som fremmer helse (Pender, 2015 s. 21).

Helhetlig og helsefremmende sykepleie er viktig for sårbare pasientgrupper

I denne teksten har vi sett nærmere på hvordan vanskelige opplevelser i livet påvirker den fysiologiske kroppen vår. Forskning viser at det å oppleve vold og andre former for traumer, er en stor belastning for kroppen som over tid kan føre til utvikling av alvorlig sykdom og død. Det samme kan opplevelser av å leve med dårlig økonomi, å bo i et dårlig nabolag, ha dysfunksjonelle relasjoner til sine nærmeste, tilhøre en minoritetsgruppe eller å ha et arbeid som byr på kronisk stress. Slike forhold er viktige for sykepleieren å ha kjennskap til i en helhetlig tilnærming til utøvelse av sykepleie; alle forhold tilknyttet en pasients liv har betydning for pasientens helse og sykdom. Fenomenologiske teorier på sykepleie viser oss hvordan alle våre livserfaringer kan innskrives i kroppen, vi bærer dem med oss, de påvirker

hvordan vi tenker, eksisterer og kan til og med bæres i form av sykdom. Dette viser at det ikke kan skilles mellom rent kroppslige og psykiske erfaringer; alt ser ut til å være knyttet sammen. Dette er forhold som berører mange mennesker, - forhold som mennesket i seg selv ikke kan noe for eller er i stand til å endre, og vi snakker da om forhold i samfunnet vi lever i. Sykepleieren har et samfunnsansvar formulert som en plikt til å jobbe helsefremmende. Betraktninger om pasienter og sårbare gruppers liv, bakgrunn og historier, blir derfor relevant for utøvelsen av sykepleie. Vi har sett at sykepleieren skal ha kunnskaper om menneskelig liv og hvilken rolle soioøkonomisk status og sosiale vanskeligheter spiller for helsen vår. Å se pasienten med bakgrunn i hans eller hennes historie kan derfor være av betydning for at pasienters helse skal bevares, for å sikre grunnlag for et godt livsgrunnlag og god kvalitet. Sykepleieren skal også engasjere seg i den sosiale og helsepolitiske utvikling. Forskning sier ikke alt, og sammenhengene gjelder ikke for alle. Men denne kunnskapen hevdes likevel å være viktig for sykepleieren sitt mandat. Vi vet også at positive relasjoner, et støttende nettverk, fysisk trening og evnen til å kognitivt støtte seg selv med positive tanker og handlinger kan virke forebyggende. Denne kunnskapen er nyttig for sykepleieren å ha med seg i sin vurdering av hvilke sykepleietiltak som vil være passende og nødvendig for den enkelte pasient, i et helhetlig og helsefremmende sykepleieperspektiv.

Litteraturliste

- Bech-Karlsen, J. (2003). *Gode fagtekster: Essayskriving for begynnere*. Universitetsforlaget.
- Beckie, T. M. (2012). A Systematic Review of Allostatic Load, Health, and Health Disparities. *Biological Research for Nurses*, 14(4), 311–346.
<https://doi.org/10.1177/1099800412455688>
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring. Stress and coping in Health and Illness*. Addison-Wesley.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert: Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. TANO Forlag.
- Cohen, J. I. (2009). Stress and Mental Health: A Biobehavioral Perspective. *Issues in Mental Health Nursing* 21(2), 185–202. <https://doi.org/10.1080/016128400248185>
- Dich, N., Doan, S. N., Kivimäki, M., Kumari, M. & Rod, N. H. (2014). A non-linear association between self-reported negative emotional response to stress and subsequent allostatic load: Prospective results from the Whitehall II cohort study. *Psychoneuroendocrinology*, 49(1), 54–61.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.07.001>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagsutdanninger (2017). *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagsutdanninger (FOR-2017-09-06-1353)*. Lovdata.
<https://lovdata.no/forskrift/2017-09-06-1353>

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.
<https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412>

Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (2018). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*. Fagbokforlaget.

Grov, E. K. & Holter, I. M. (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Cappelen Damm

Guidi, J., Lucente, M., Sonino, M. & Fava, G. A. (2021). Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(1), 11–27.
<https://doi.org/10.1159/000510696>

Henderson, V. (2012). *Sygeplejens grundlæggende principper*. Nyt Nordisk Forlag.

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Studieplan Bachelor i sjukepleie*. HVL.
<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/2021h/grs/studieplan/>

Kirkengen, A. L., (2015). *Krenkede barn, syke voksne*. Universitetsforlaget.

Kåss, E. (2020, 10. august). Kronisk. *Store norske leksikon*. <https://sml.snl.no/kronisk>

Malt, U. & Hem, E. (2020, 10. august). Komorbiditet. I *Store norske leksikon*.
<https://sml.snl.no/komorbiditet>

Martinsen, K. (1989). Omsorg, sykepleie og medisin. *Historisk-filosofiske essays*. Engers boktrykkeri.

Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Engers Boktrykkeri.

McEwen, B. & Wingfield, J. C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behavior*, 43(1), 2–15. [https://doi.org/10.1016/S0018-506X\(02\)00024-7](https://doi.org/10.1016/S0018-506X(02)00024-7)

McEwen, B. (2012). Brain on stress: How the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(2), 17180–17185. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121254109>

Mæland, J. G. (2020). *Sykdommers sosiale røtter*. Gyldendal.

Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pender, N. J. & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7. utg.). Pearson

Rueness, J., Myhre, M. C., Strøm, I. F., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G. & Thoresen, S. (2019). Child abuse and physical health: A population-based study on physical health complaints among adolescents and young adults. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(5), 511-518. <https://doi.org/10.1177/1403494819848581>

Tomasdottir, M. O., Sigurdsson, J. A., Petursson, H., Kirkengen, A. L., Krokstad, S., McEwen, B., Hetlevik, I. & Getz, L. (2015). Self Reported Childhood Difficulties, Adult Multimorbidity and Allostatic Load: A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study. *PloS One*, 10(6), e0130591 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130591>