

Intensivpasientens gåtefulle kunnskap

- om erfart kunnskap og kunnskapsformidling i en
intensivkontekst



Sven-Tore Dreyer Fredriksen

DrPH – avhandling i folkehelsevitenskap,

Nordiska högskolan för folkhälsvetenskap, Göteborg, Sverige 2011.



Intensivpatientens gåtefulle kunnskap

- om erfart kunnskap og kunnskapsformidling i en
intensivkontekst

DrPH – avhandling i folkehelsevitenskap,
Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg, Sverige 2011.

©Sven-Tore Dreyer Fredriksen (e.mail: Sven-Tore.Fredriksen@hih.no)

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV)

Box 12133

SE-402 42 Göteborg

Sverige

www.nhv.se

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: For mennesker som blir akutt/kritisk syk blir livet oftest endret på kort tid fra å være velfungerende i hverdagen til innleggelse i intensivavdeling hvor selveste livet kan stå på spill. Tradisjonelt sett blir intensivpasienter tatt vare på gjennom medisinsk kunnskap og et naturvitenskapelig kunnskapsparadigme. Å være akutt/kritisk syk innebærer å få spesielle opplevelser og erfaringer som går ut over hverdagerfaringene, og hvordan disse erfaringene trer fram i situasjonen. Denne kunnskapen pasientene bærer i seg er ikke bare individuell og privat kunnskap, den representerer også en form for viten som trenger å forskes fram og løftes inn i det offentlige rom både folkehelsevitenskapelig og sykepleievitenskapelig, nettopp fordi den omhandler viktige forutsetninger for at pasientene skal bli sett og møtt også eksistensielt. Denne kunnskapen representerer en annen ontologi og epistemologi enn den naturvitenskapelige kunnskapen og representerer derfor et annet kunnskapsperspektiv, også når det gjelder kunnskapsformidlingen i en klinisk veiledningssammenheng. Avhandlingens overordnede mål er å øke forståelsen av det å være alvorlig syk og hvordan kunnskap ut fra erfaringer har betydning i kunnskapsformidling i en intensivkontekst.

Data og metoder: Avhandlingen har en kvalitativ tilnærming. I delstudie I ble det gjort en review av artikler for å se på stress relatert til kropp, rom og relasjon. I delstudie II ble det gjennomført intervju med tidligere intensivpasienter om opplevelsen av kropp, kraft og bevegelse under kritisk sykdom. I delstudie III ble tidligere intensivpasienter intervjuet angående deres opplevelse av kroppsnærværet til pårørende under kritisk sykdom. I delstudie IV ble det gjort observasjoner med påfølgende intervjuer av intensivsykepleiere om deres formidling av erfart og fortolket kunnskap i en klinisk veiledningssituasjon. I alle fire delstudiene benyttet det fenomenologisk-hermeneutiske analyser.

Funn: I delstudie I kommer det fram at pasientene opplever stress knyttet til kropp, rom og relasjon. Kroppen påvirkes gjennom søvnavbrudd, smerter, angst og pasientene mister kontrollen over kropp og situasjon. Stress knyttet til rom framkommer gjennom at rommet blir et spill av situasjonen ved at den både representerer livet, men også redselen for døden. Gjennom det horisontale leie opplever pasientene at situasjonen utgjør en form for makt og de selv settes i avmakt. Relasjonelt stress framkommer oftest knyttet til sammenhenger hvor det utføres observasjoner, stell og behandling. Travelhet og organisering i avdelingen påvirker det relasjonelle samværet i form av stress. I delstudie II opplever intensivpasientene at kropp kraft og bevegelse trer fram både gjennom "tapet" av kroppen, hvordan de handterer situasjonen og hvordan de gjenerobrer kropp, kraft og bevegelse. De opplever kraftløshet og bevegelsesbergrensninger. Dette innvirker på avhengigheten til andre og skaper konflikter til pårørende. Pasientene handterer det kroppslige tapet gjennom mobilisering av familien gjennom å involvere dem. Samtidig blir de selvbeskyttende og utestenger familiesammenhengene. Kampen for livet håndterer de gjennom galgenhumoren og skriket om hjelp som siste nødrep. Gjenerobringen av kroppen er knyttet til små framskritt, gjennom personalets motivasjon og gjennom drømmen om å utrette noe i livet. I delstudie III opplever pasientene konflikt mellom nærheten og distanse til pårørende. De kjenner seg utestengt, samtidig som de bekreftes med gaver. Pasientene opplever det konfliktfylt når de sammenligner pårørendes reaksjoner og egen situasjon. De er redd at fellesskapet med pårørende skal opphøre, samtidig må de begrense samværet. Å ikke kunne kommunisere med pårørende i kroppsnærværet oppleves motsetningsfullt. I delstudie IV formidler sykepleierne kunnskap til intensivstudentene gjennom meningsskapende kunnskapsbevegelser. De formidler inntrykk fra situasjonen for å skape oversikt, de formidler kunnskap om fenomenene som framtrer og de formidler hvordan de kan hjelpe kroppens egne prosesser. De vurderer og formidler også pasientenes kroppslige uttrykk og hvordan disse kan forstås og imøtekommes. Sykepleierne er også opptatt å formidle kunnskap for at studentene skal utvikle og få egne erfaringer i kroppen.

Konklusjon: Gjennom fire delstudier løfter avhandlingen fram kunnskap som står i klar kontrast til den naturvitenskapelige kunnskapen. Pasientene utsettes for store opplevelsesmessige belastninger i situasjonen som akutt/kritisk syke som setter de i en avmaktssituasjon ved at sykepleierne ikke fanger opp og handterer kroppens egen kunnskap i situasjonen. Pasientene befinner seg ofte i en eksistensiell situasjon som er preget av marginalitet og eksistensiell væren. Pasientene viser at de har forutsetninger for å mestre situasjonen, men hjelpes lite til slik mestring. Intensivsykepleierne formidler ulikt faglig innhold til studentene for å skape erfaringer og forståelse i situasjonen. Erfaringskunnskapen fra intensivkonteksten må derfor sees som et viktig kunnskapssupplement til folkehelsearbeidet.

Nøkkelord: Folkehelsevitenskap, sykepleievitenskap, fenomenologisk-hermeneutikk, kvalitativ metodikk, stress, kraft og bevegelse, pårørende, erfart og formidlet kunnskap, helsepromosjon.

Abstract

Background and purpose: Acute/critically ill patients have had their life-conditions severely altered from a well-functioning everyday situation to a situation in which they struggle to survive. Traditionally the knowledge-paradigm from natural sciences together with medical expertise constitutes the framework for treatment. To be acute/critically ill involves experiences and events and phenomena typical to the situation. The patients' embodied knowledge is not limited to the personal and private sphere, it refers to highly relevant preconditions for visibility and reception, also on an existential level; it represents knowledge which needs to be researched and discussed openly within the public health and nursing sciences. This knowledge represents a different ontology and epistemology from the natural sciences and thus a different perspective, also with regards to clinical tutoring. The dissertation's primary target is to increase the knowledge about how critical illness is experienced and how experience based knowledge is significant to teaching in an intensive care context.

Data and methods: The dissertation is based on qualitative methods. Sub-study I includes reviews of articles on stress in a perspective of body, space and relationship. Sub-study II contains interviews with former ICU patients relating to their experience of body, strength and movement during critical illness. Sub-study III is based on former ICU patients' experience of the physical presence of their significant others during critical illness. Sub-study IV contains observations and interviews of ICU nurses on how they teach experience based and interpretation based knowledge in clinical tutoring. Phenomenological-hermeneutic analysis method is applied to all four sub-studies.

Findings: Sub-study I describes how patients experience stress in a perspective of body, space and relation. The body is influenced by sleep deprivation, pain and anxiety. Patients experience loss of control with their bodies as well as with the situation. The room mirrors the situation patients are in, creating stress by its representation of life as well as fear of dying. The patient's horizontal position reflects disproportionate power inducing a sense of disempowerment. Relational stress situations usually appear in contexts involving observation, care or treatment. The organizational structure and activity on the ward affects stress levels. In sub-study II the ICU patients experience how power and movement is affected by a sense of loss of body, how they manage to respond to the situation and how they eventually reclaim the body, power and movement. They experience disempowerment and limitations to movement. This causes dependency and creates conflicts with their significant others, especially with regards to proximity and distance. The patients address their loss of body by drawing on resources from their significant others, yet refrain from allowing themselves involvement in family matters. The struggle for survival is characterised by gallows humour and the cry for help as their final cry. Reclaiming the body happens stepwise with the aid of staff combined with a need to achieve. Sub-study III describes problems related to proximity to, and distance from, the significant others. A sense of exclusion is contradicted by being showered with gifts. It is unsettling for patients to have their situation compared to their significant others'. They fear the loss of community with loved ones, yet they need to limit visits from significant others. The lack of ability to communicate when others are physically present is unsettling. Sub-study IV describes how ICU nurses tutor students in practise by demonstrating knowledge in meaningful actions. They convey their impressions of situations to provide an overview, convey knowledge of observable phenomena, and teach skills to assist the body's own processes. They also assess and evaluate physical expressions in the patient and how these can be read and addressed. Nurses are also concerned with conveying embodied knowledge to their students.

Conclusion: In four sub-studies this dissertation highlights a form of knowledge which clearly contrasts that of the natural sciences. During acute critical illness patients experience severe stress and disempowerment caused by a lack of response and action from nurses who are unable to interpret the body's own knowledge in the situation. Patients are often facing life and death questions characterised by marginality and existentiality. Patients demonstrate ability to cope with the situation, but are rarely assisted with coping. Intensive care nurses disseminate a variety of professional skills and knowledge to their students in order to provide comprehension and understanding of situations. Experience based knowledge from an intensive care context thus becomes a significant supplementary factor in the public health perspective.

Key words: Public health science, nursing science, phenomenological-hermeneutics, qualitative methods, stress, strengths, movement, significant others, experienced based knowledge, health promotion.

Doctoral thesis at the Nordic School of Public Health, Gothenburg, Sweden 2011. Sven-Tore Dreyer Fredriksen, Harstad University Collage, Institute of Health- and Social Sciences, Havnegata 5, 9480 Harstad, Norway.
E-mail: sven-tore.fredriksen@hih.no

Liste over originale publikasjoner

Avhandlingen er basert på følgende fire delstudier:

Delstudie I

Fredriksen, Sven-Tore Dreyer & Ringsberg, Karin C. (2007)
Living the situation stress-experiences among intensive care patients
Intensive and Critical Care Nursing, 23: 124-131.

Delstudie II

Fredriksen, Sven-Tore Dreyer, Talseth, Anne Grethe & Svensson, Tommy (2008)
Body, strength and movement -intensive care patients' experience of body
International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 3:77-88.

Delstudie III

Fredriksen, Sven-Tore Dreyer & Svensson, Tommy (2010)
The bodily presence of significant others. Intensive care patients' personal experiences in a situation of critical illness.
International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 5: 5120 - DOI: 10.3402/qhw.v5i4.5120 (on line publisert)

Delstudie IV

Fredriksen, Sven-Tore Dreyer & Svensson, Tommy (2009)
Fra "lært kropp" til "ulært kropp" -om overføring av erfart kunnskap fra sykepleier til student i kliniske veiledningssituasjoner.
Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 1:13-27.

Takk

Når jeg retter blikket inn i min egen kropp skjønner jeg ut fra erfaringene at mitt doktorarbeid ikke bare handler om fire års forskerutdanning. Det handler om en dannelse, en livsmodning hvor jeg har blitt formet gjennom utdanning, møtet med enkeltmennesker og ikke minst i livet selv. Jeg har vært heldig og fått min grunddanning i sykepleie hos Betaniensøstrene i Oslo og Skien. Å bli innviet i kjærlighetens gjerninger for de syke er kanskje den viktigste kunnskap og erfaring livet har gitt meg.

Å lære å løfte fram/utvikle kunnskap har også vært svært viktig å lære. Jeg vil aller først rette en spesiell takk til Margaretha Strandmark og Lillemor Hallberg. Uten dere hadde jeg aldri blitt doktorgradsstudent. Dere så hva jeg var opptatt av og dere fanget meg opp.

Takk til Anders Möller, Bo Eriksson og mine medstudenter for alle de fantastiske lærerike helgesamlingene vi hadde knyttet til doktorgradsseminarene. Også takk til Margaretha Strandmark og Eva Johansson for midtgranskning og Lars Frøden for sluttgranskning.

Så vil jeg spesielt takke noen av mine medstudenter ved NHV som jeg har hatt spesiell kontakt med; Lene Povlsen, Anette Häggblom, Gunilla Kulla og Stian Biong. Det har vært en fantastisk tid sammen med dere!

Når jeg tenker NHV så tenker jeg også Inger Skoglund og Anette Johansson -"våre" kurssekretærer. Dere er to fantastiske mennesker som alltid viser tid og har et lyttende øre!

Så vil jeg takke min veileder Tommy Svensson og mine medforfattere Karin Ringsberg (NHV) og Anne Grethe Talseth (Univ. i Tromsø). Takk for at dere viste meg inn i detaljene og perspektivene!

Til sist vil jeg takke de i Harstad. Alle først vil jeg takke Høgskolen i Harstad for muligheten til å gjennomføre dette avhandlingsarbeidet ved å tildele meg et nasjonalt doktorgradsstipend. Takk til Sigrid Ag, Turid Holberg, Bjørn Follevåg og Erling Svindland, for den språklige hjelpen dere har bidradd med.

Så takk til venner og kollegaer; Siri Tønnessen, Bente Lind Kassah, Ellinor Fredriksen, Tone Glad, Leif Inge Johansen, Wivi-Ann Tingvoll, Reidun Rognsaa, Wenche Falck og Steinar Karlsen. Tusen takk for alle samtalene og støtten underveis! Dere har betydd umåtelig mye for meg i denne tiden!

Harstad, mai 2011.

Sven-Tore Dreyer Fredriksen

INNHALDSFORTEGNELSE

	Forord	
1.0	INTRODUKSJON	5
2.0	TEORETISKE PERSPEKTIV	7
2.1	Folkehelseperspektivet	7
2.2	Sykepleieperspektivet	8
2.3	Intensivpasienten, og intensivavdelingen som kontekst (arena)	9
2.4	Helhetssyn på helse	10
2.5	Folkehelsearbeid	13
2.5.1	Helsepromosjon	13
2.5.2	Empowerment	15
2.5.3	Mestring	17
2.5.4	Kroppslige erfaringer og kunnskapsformidling som prosess	19
2.6	Studiens overordnede mål og delmål	22
3.0	DELSTUDIER OG METODOLOGI	24
3.1	Fire delstudier med innbyrdes sammenhenger og metodologi	24
3.1.1	Intensivpasienten og opplevelse av stress (delstudie I)	25
3.1.2	Kropp, kraft og bevegelse (delstudie II)	26
3.1.3	Pårørendenærværet (delstudie III)	26
3.1.4	Formidling av erfaringsbasert kunnskap i en intensivkontekst (delstudie IV)	26
3.2	Metodologi	27
3.2.1	Delstudie I	27
3.2.2	Delstudie II	28
3.2.3	Delstudie III	29
3.2.4	Delstudie IV	29
3.3	Forskningens kvalitet	30
3.4	Forforståelse	32
3.5	Forskningsetiske overveielser	33
3.6	Tidligere forskning	35

4.0	HOVEDFUNN MED KOMMENTARER	40
4.1	Delstudie I. Om det å være i situasjonen -intensivpasienters opplevelse av stress	40
4.2	Delstudie II. Kropp, kraft og bevegelse -om intensivpasienters erfaringer med kroppen	41
4.3	Delstudie III. Pårørendenærværet - intensivpasienters erfaringer og betydningen av disse i situasjonen som kritisk syk.	44
4.4	Delstudie IV. Fra "lært kropp" til "ulært kropp" - om overføring av erfart kunnskap fra intensivsykepleier til student i kliniske veiledningssituasjoner	47
4.5	Sammenfatning av funnene	50
5.0	GENERELL- OG METODISK DISKUSJON	52
5.1	Blikket i intensivavdelingen	53
5.2	Empowerment, mestring og blikket	55
5.3	Kunnskapsformidling og blikket	58
5.4	Erfaringskunnskapen fra intensivavdelingen, et kunnskapstilfang for folkehelsearbeidet	61
5.5	Metodologiske tilnærminger	63
5.5.1	Troverdighet	64
5.5.2	Overførbarhet	65
5.5.3	Granskbarehet	66
5.5.4	Bekreftbarhet	67
5.5.5	Forskningsetiske refleksjoner	67
5.6	Perspektiv og forforståelse	69
5.7	Videre forskning	71
6.0	KONKLUSJON	74
	SUMMARY IN ENGLISH	76
	Litteraturreferanser	96

Vedlegg, originale publikasjoner:

Delstudie I

Delstudie II

Delstudie III

Delstudie IV

NHV rapporter

FORORD

Jeg satt i bilen på veg fra arbeidet og ”våkner” plutselig til gjennom å kjenne tårene renne nedover kinnene. Jeg satt og gråt. Gjennom min ”oppvåkning” kunne jeg ikke med det samme skjønne hva dette var, men så plutselig var hun der, ”Tora” barnet med den alvorlige hjertelidelsen som jeg hadde hatt ansvaret for i en av mine praksisperioder under sykepleierutdanningen. ”Tora” var ei ett år gammel jente som var født med en så alvorlig hjertelidelse at hun lå og ventet på å få dø. Hennes foreldre hadde for lengst tatt avskjed med henne og ”Tora” var overlatt til seg selv. Hver gang noen i hvitt nærmet seg ”Tora” begynte hun å gråte. For henne representerte menneskene i hvitt smerte og ubehag, for det var det hun hadde erfart gjennom sitt korte og brutale liv. Det var i denne situasjonen jeg møtte ”Tora” gjennom hennes blick som bare uttrykket en ting -redsel. Jeg bestemte meg for å ta meg av ”Tora”, men ikke gjennom sykepleieprosedyrer og undersøkelser. Jeg ville møte henne gjennom å ta vare på henne som det lille mennesket hun var. Etter noen uker i praksis begynte ”Toras” øyne å bli forandret og hun begynte å smile. En dag døde ”Tora” i armene mine mens jeg kilte bena hennes.

Først mange år etter dette møtet med ”Tora” skjønnte jeg hva dette handlet om, nettopp mitt møte med mine egne erfaringer. Gadamer sier at når vi møter et fenomen aktualiseres erfaringene (fordommene) vi har i oss. For meg ble denne erfaringen et gjenmøte med mitt eget liv som lite barn med alvorlig medfødt hjertesykdom. Denne avhandlingen må i så måte også forstås ut fra min kropp og de opplevelser og erfaringer jeg bærer i meg.

1.0 INTRODUKSJON

Denne avhandlingen i folkehelsevitenskap retter fokuset mot pasienter innlagt i intensivavdeling og deres kroppslige erfaringer som akutt/kritisk syke, samt hvordan erfart kunnskap formidles i en utdanningssammenheng mellom utøvende intensivsykepleiere og studenter i videreutdanning i intensivsykepleie. Pasienter med akutt/kritisk sykdom som krevde behandling i norske intensivavdelinger utgjorde i 2007 10983 personer og i svenske intensivavdelinger 34574 personer (Svensk Intensivregister 2008, Norsk Intensivregister 2007). Mennesker som utsettes for akutt/kritisk sykdom, får sin livssituasjon raskt endret fra å være velfungerende til en situasjon der dramaet om det å berge livet utspiller seg (Fredriksen & Ringsberg 2007, Perkins 2004). I denne dramatiske og sårbare situasjonen møter intensivsykepleieren pasienten og dens pårørende (Browning 2009, Lowman et al. 2006, Malusky 2005). Hos intensivpasienten og pårørende ligger det forventninger om å bli forstått og møtt, hos intensivsykepleieren forventninger om det å kunne forstå og møte den andre. I relasjonen mellom pasient, pårørende og sykepleier ligger det en kroppslighet som ofte innvirker sansningsmessig på begge parter i situasjonen. Martinsen (1993) hevder at sykepleierens handlinger skal begrunnes faglig. I dette ligger det en refleksjon som betinger kunnskap. Som intensivsykepleier erfarer en at pasienten oftest blir møtt og forstått ut fra et tradisjonelt teknologisk og klinisk medisinsk kunnskapsområde, noe som også er nødvendig fordi intensivpasienter krever mye av personalet når det gjelder å håndtere den biologiske krisen som har oppstått (Wilkin & Slevin 2004, Alasad 2002). Som utgangspunkt for å forstå og hjelpe mennesket i situasjonen kan også en slik kunnskap stå i veien for å se hva som opptar pasienten. Den kan stå i veien ved at dens fokus bestemmer hva en skal se etter, men også at en erkjenner denne formen for kunnskap som tilstrekkelig i seg selv.

Fram til i dag har det vært lite fokus på hva dramatikken i situasjonen omhandler for pasienten og hvordan denne dramatikken fremtrer i pasientens bevissthet og gjennom hans/hennes opplevelser og erfaringer (Storli et al. 2008). Det har også vært lite fokus på hvordan en kan forstå hvordan akutt/kritisk sykdom påvirker situasjon og helse for den akutt/kritisk syke, med unntak av eldre intensivpasienter hvor det har vært gjort noe forskning (Story 2008, Hayes et al. 2000). Avhandlingen søker å vise betydningen av den kunnskap som intensivpasienter besitter og intensivsykepleierens kunnskapsformidling i en intensivkontekst som viktige kunnskapsdimensjoner innenfor fagområdene intensivsykepleie og folkehelse. Et slikt fokus representerer en annen type kunnskap enn det som ligger i objektive

kunnskapsperspektiv (teknologisk- og klinisk medisinsk kunnskap) som tradisjonelt har vært løftet fram, nettopp gjennom hva pasientene selv beretter fra situasjonen. Den søker også å løfte fram kunnskap om formidling som går utover det den tradisjonelle pedagogikken representerer, nettopp ved at formidlingen er fundert i sykepleiernes erfaringer (Fredriksen & Svensson 2009, Anderson & Willson 2009, Benner 1995). Til sist søker den gjennom det folkehelsevitenskapelige perspektivet å løfte fram en kunnskapsdimensjon om forhold ved/i situasjonen til pasientene som påvirker helsen til akutt/kritisk syke (Gunther et al. 2007, Hopkins & Jackson 2006, Laverack 2005). Avhandlingen bidrar til dette ved: I) å løfte fram hva slags stress intensivpasienter opplever og erfarer i situasjonen som akutt/kritisk syke, II) ved å se på hvordan elementene kraft og bevegelse oppleves endret under alvorlig sykdom, III) gjennom å belyse hvordan intensivpasienter erfarer kroppsnærværet til pårørende under akutt/kritisk sykdom og IV) hvordan erfaringsbasert kunnskap i en klinisk veiledningskontekst anvendes og formidles, samt dens betydning for forståelsen av fagområdet intensivsykepleie som en del av folkehelsearbeidet.

2.0 TEORETISKE PERSPEKTIV

I avhandlingen benyttes det to perspektiv; folkehelse- og sykepleieperspektiv. Hensikten med å benytte disse to perspektivene er å belyse intensivpasientenes erfaringer med å være akutt/kritisk syke og formidlingen av erfart kunnskap i en veiledningssammenheng, samt å se på hvordan intensivpasientenes helse kan påvirkes i og av situasjonen. Møtestedet for disse to perspektivene er akutt/kritisk syke mennesker og deres erfaringer og innflytelse på egen kropp og situasjon under akutt/kritisk sykdom. Sentrale anliggender her er helse, sykepleie, akutt/kritisk sykdom og kroppens fenomenologi. Teorirammen består av teorier om akutt/kritisk syke, fenomenologisk-hermeneutikk, samt teori som omtaler og belyser fenomenene situasjon, kraft og bevegelse, pårørendenærveret, samt overføring av erfaringsbasert kunnskap.

2.1 Folkehelseperspektivet

I følge Laverack (2005) har folkehelsearbeid som overordnet mål å fremme befolkningens helse og sørge for å bidra til å utvikle et tilfredsstillende helsetjenestetilbud. Folkehelsevitenskap som perspektiv er rettet mot å avdekke, eller tydeliggjøre kunnskap om hvordan menneskets helse på ulike måter påvirkes både av ytre og indre forhold. Med folkehelsevitenskap menes i denne sammenheng hvordan omgivelsene og faktorer i omgivelsene påvirker menneskets helse og velvære. Det dreier seg om konteksten, relasjonen, hvordan pasienten selv påvirker eller ikke kan påvirke situasjonen og hvordan yrkesutøverne i helsetjenesten organiserer og utøver faglige handlinger (Karlberg et al. 2002, Nordenfelt 1991, WHO 1986). I så måte blir det et viktig anliggende innenfor et folkehelsevitenskapelig perspektiv å avdekke, dokumentere, formidle og påvirke rent faglige forhold. Det blir også viktig å påvirke politiske avgjørelser på bakgrunn av et faglig innhold, men også gjennom å vise veg i forhold til politiske føringer (Mæland 2005). Folkehelsevitenskap beskrives som flervitenskapelig (Hedelin 2000). Med flervitenskapelig menes ulike vitenskaper som fenomenologisk-hermeneutisk filosofi, medisin, psykologi og pedagogikk. I denne studien vil kunnskap fra alle disse vitenskapelige kunnskapsområdene, i tillegg til sykepleie, inngå i folkehelseperspektivet i søken etter å forstå pasientenes opplevelser og erfaringer.

Gjennom å ta utgangspunkt i enkeltmennesket, i denne sammenheng intensivpasienter, kan en gjennom en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming avdekke pasientenes egen fortolkning av hvordan ulike forhold i situasjonen virker inn. Avhandlingen bidrar med dette til å løfte frem kunnskap som har sitt grunnlag i betraktninger fra pasienters "livsverden". Gjennom å

studere intensivsykepleierens utøvelse av faget, søkes det også å avdekke/tematisere hvordan denne erfaringsbaserte kunnskapen formidles og kommuniseres i veiledningsøyemed. Denne kunnskapen vil både på teoretisk og praktisk plan kunne være til nytte for aktuelle yrkesgrupper i det flerfaglige samarbeidet både rundt og med intensivpasienter. I følge Rahm (2009) kan begrepet helse knyttes til individ, mens begrepene folkehelse og folkehelsearbeid knyttes opp mot gruppen akutt/kritisk syke som hele. I så måte kan en forstå at folkehelse og folkehelsearbeid ikke er direkte knyttet til enkeltmenneskers handlinger, men hvordan miljø, situasjon, relasjon og det faglige blikket til intensivsykepleiere påvirker situasjonen og dermed også helsen til enkeltmennesker (Benner & Wrubel 2002, WHO 1986).

2.2 Sykepleieperspektivet

Folkehelse er et sentralt begrep i sykepleie, knyttet til sykepleiefagets forebyggende og helsefremmende funksjon (Gammersvik 2006). Et sentralt anliggende i sykepleiefaget i forhold til disse aspektene er å se på menneskets potensial og iboende ressurser. Denne tenkningen har sitt utgangspunkt i en ide/holdning om at uansett hvilken situasjon et menneske er i, syk eller frisk, har mennesket i seg helse og/eller forutsetninger for helse. Innenfor sykepleiefaget har et slikt syn vært gjennomgående helt fra Nightingale, Henderson og fram til i dag med teoretikere som Benner og Wrubel som blant annet støtter seg til Antonovsky (Benner & Wrubel 2002, Nightingale 1997, Antonovsky 1992, 1979, Henderson 1960). Sykepleieperspektivets aktualitet trer fram gjennom sykepleierens møte med den syke, samt sykepleie og omsorg for den som trues av sykdom eller er syk. I møtet mellom sykepleier og pasient (den som trenger sykepleiefaglig kompetanse) fremtrer behovene for omsorg, fagkunnskap, reflekterte og faglig funderte sykepleiehandlinger, samt menneskelig og kroppslig nærværenhet rettet mot at det syke mennesket skal få bedre helse, mestre sykdom og/eller oppleve lindring av lidelse (fredfull død).

Sykepleieperspektivet som anvendes i denne studien er fenomenologisk-hermeneutisk slik det artikuleres hos sykepleieteoretikere som Martinsen (1989), samt Benner og Wrubel (2002). Innenfor denne tradisjonen er en opptatt av å forstå mennesket som et hele, noe som ikke bare innebærer helse eller sykdom, men som innbefatter livet i seg selv. I et helsefremmende aspekt i forhold til intensivpasienter vil dette innebære at opplevelsesaspektet også vil inngå som et anliggende i forståelsen av situasjonen og hvilke(n) sykepleiefaglige intervensjoner som ønskes iverksatt, nettopp ved at pasientens mening utgjør et viktig grunnlag for forståelse og intervensjon (Berg 2007, Dyer 2005, Lillestø 1997). Sykepleiens mål er derfor å være til

for den andre, noe som gjenspeiles både i måten sykepleieren møter mennesket på, reflekterer, og måten hun/han handler på (Martinsen 1993). Dette innebærer tre ting; for det første hvordan sykepleieren forstår mennesket, nettopp som fornuftsvesen. For det andre at sykepleieren, med bakgrunn i at mennesket er fornuftsvesen, må være opptatt av det mennesket er opptatt av, og for det tredje at sykepleieren skal finne svar/løsninger som ivaretar menneskets interesser og velvære. Disse tre elementene utgjør til sammen et sykepleiefaglig perspektiv (Benner & Wrubel 2002, Benner et al. 1996). Det er innenfor dette perspektivet at sykepleie for intensivpasienter som et område innenfor sykepleie trer fram som område for kunnskapsutvikling (Benner 1995, Bengtson 1989). Hensikten er å avdekke intensivpasientens forståelse av det å være i situasjonen, samt betydningen denne kunnskapen har for det helsefremmende arbeidet.

2.3 Intensivpasienten og intensivavdelingen som kontekst (arena)

Intensivpasienter er en uensartet gruppe som befinner seg innenfor alle aldersgrupper. Betegnelsen omfatter mennesker med svært ulike typer problemområder, både av direkte helsemessig karakter og som konsekvenser av sykdomstilstanden. Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) (2006) definerer at en er intensivpasient: *”.....når det foreligger truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel”*(sidetall ikke påført). Dette er en relativt smal definisjon som i hovedsak er rettet mot funksjonssviktilstander som bakgrunn for innleggelse i intensivavdelingen. Definisjonen er rettet mot diagnostiske særpreg knyttet til ulike former for funksjonssvikt og kombinasjonen av funksjonssvikt som karakteristika for intensivpasienter. Avklaringen tydeliggjør det klinisk medisinske perspektivet hvor organer, svikt i organer og årsak/virkning, samt klassifisering står sentralt. Som en motsetning til denne definisjon vektlegger American Association of Critical Care Nurses (AACCN) (2002) hva som karakteriserer intensivpasientens situasjon som grunnlag for sin definisjon. Kritisk syke pasienter:

”.....er pasienter som har, eller har høy risiko for å få, livstruende helseproblemer. Jo mer kritisk syk pasienten er, jo mer sannsynlig er det at han/hun er svært sårbar, og at tilstanden er ustabil og kompleks, noe som krever intens årvåken sykepleie (oversettelsen er hentet fra Moesmand & Kjøllesdal 2004, s. 19).

Definisjonen trekker opp et perspektiv som karakteriserer selve pasienten og hans/hennes behov for hjelp i et mer vidt og overordnet perspektiv.

Intensivpasienten befinner seg innenfor en kontekst og en setting der uhelse/helse utspiller seg på den ene måten i form av akutt kritisk sykdom. Samtidig befinner de seg i en situasjon hvor de har mulighet til å hente fram iboende potensial og forutsetninger for helse. Det er på denne arenaen forutsetningene for helse utspiller seg. En arena er i følge Hanson (2004) en avgrenset plass for helsepromosjon, en geografisk plass som utgjør det helsepromotive arbeidets kontekstuelle sammenheng. WHO (1998) forklarer arena som:

”The place or social context in which people engage in daily activities in which Environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing.

A setting is also where people actively use and shape the environment and thus create or solve problems relating to health. Settings can normally be identified as having physical boundaries, a range of people with defined roles, and an organizational structure” (s. 19).

Som akutt og/eller kritisk syk møter pasienten en avdeling, en arena, preget av høyteknologi og effektivitet. Avdelingene er bygget og tilrettelagt for kontinuerlig organisert overvåkning av mennesker hvor tilstanden er så alvorlig at vitale funksjoner må overvåkes og behandles (Gjengedal 1994). I og med at intensivmedisinen har vært avhengig av fremveksten av teknologisk viten, er det innlysende at det teknologiske miljø setter sitt preg på denne type avdeling. Dette skaper et spesielt miljø, og det første inntrykket en ofte får av en slik avdeling, er at den kan virke både teknisk, steril og til dels skremmende. I en slik kontekst kan ofte utstyr og teknologi få stor oppmerksomhet, noe som kan føre til fremmedgjøring og avpersonifisering av pasienten. Videre kan intensivavdelinger ha forskjellig fysisk utforming. Størrelsen på intensivrommet pasienten blir liggende i, kan variere fra én til ti senger, avhengig av avdelingens oppbygging og størrelse. Rundt pasienten er det et stort utvalg av teknisk utstyr, som på ulike måter er nødvendig for overvåkingen. I tillegg til det tekniske utstyret befinner det seg en rekke grupper med høyt utdannet spesialisert personell i intensivavdelingen. De forskjellige gruppene har ulike behandlingsmessige spesialfunksjoner som er rettet mot pasientens tilstand og situasjon. De ovennevnte beskrivelsene trekker fram aspekter av den arena som intensivpasienten befinner seg i, må forholde seg til og som han/hun må forstås ut fra.

2.4 Helhetssyn på helse

Helhetssyn, eller holisme (fra gresk holos) innebærer at noe er mer enn summen av de enkelte

delene og motsatsen til atomisme (Hanneborg & Hanneborg 1975). Et helhetssyn på helse innebærer at alle dimensjonene ved mennesket inkluderes i forståelsen av helse og helsepromosjon. Et helhetssyn på helse må i et slikt perspektiv være overordnet enkeltdelene fysisk, psykisk, sosial og åndelig. I denne avhandlingen kommer helhetssynet fram gjennom opplevelsene og erfaringene. Siden Sokrates har synet på god helse blitt sett på som total velvære (Benner & Wrubel 2002). Dette synet kommer også fram i WHO's formålserklæring da organisasjonen ble startet i 1946, hvor det heter at: ”*Sundhet er en tilstand af total fysisk, psykisk, mental og socialt velbefindende, og ikke blott fravær av sygdom og svækkelse*” (her hentet fra Benner & Wrubel 2002, s. 177). Definisjonen skapte debatt bl.a. fordi helse i denne definisjonen ble sett på som noe statisk. I etterkant har det vokst fram ulike syn på helse og helsepromosjon.

I definisjonen til WHO fra 1986 ble helse beskrevet som: ”.....*grundlag for det daglige liv og ikke som livets formål. Sundhed er et positivt begreb, som lægger vægt på sociale og personlige ressourcer såvel som på fysiske evner*” (Her hentet fra den danske oversettelsen fra 1988, sidetall ikke påført). Synet på helse har endret seg betydelig fra den første definisjonen som statisk og mer entydig begrep til forståelse av helse og helsepromosjon i dag hvor begrepet må sees som mer dynamisk og mangfoldig. Helse og helsearbeid må som normative begrep knyttes opp mot situasjon, kultur og kontekst (Karlberg et al. 2002). En måte å se helhetssynet på, er gjennom å fokusere både på kropp og sjel (Hanson 2004). I dette helhetsperspektivet fokuseres det på hvordan disse to dimensjonene samvirker i forhold til miljø, sosiale omstendigheter, mentale prosesser og fysiologiske reaksjoner, og hvordan dette påvirker opplevelsen. De to dimensjonene ved mennesket påvirker hverandre i den menneskelige organismen. Helsepromosjon har som hensikt å involvere mennesket i sammenhengen hvor omstendigheter, mentale prosesser og fysiologisk tilstand påvirker opplevelsen i forhold til velvære så vel som stress.

I et salutogent syn på helse og helsepromosjon kan helhetssynet beskrives på flere måter (Hanson 2004). Helhetssynet i en slik sammenheng sees på gjennom å forså mennesket som et sosialt og handlende vesen (Berg 2007, Hedelin 2000, Nordenfelt 1991). I dette perspektivet benyttes begreper fra fagområder som psykologi, sosiologi, antropologi og omsorgsfag. Denne måten å tenke helhetssyn på har i seg to retninger. Den ene er rettet mot opplevelse av velvære som uttrykk for helse og ubehag for uhelse (Barbosa da Silva & Andersson 1991). Den andre retningen tar utgangspunkt i menneskets manglende evne til å utføre handling(er),

og helse/uhelse knyttes til det at mennesket har i seg evnen, eller mangler evnen, til å handle. I et slikt tankesett blir helse og sykdom to motsetninger som påvirker hverandre (Nordenfelt 1991).

Den fenomenologisk-hermeneutiske tradisjonen utgjør også en måte å se holisme på, nettopp gjennom at den er overordnet kropp/sjel-dualismen. Fenomenologisk-hermeneutikk gir tilgangen til å kunne fange opp hvordan intensivpasienter opplever å være i dynamikken mellom helse/uhelse under kritisk sykdom. Holisme innenfor denne tradisjonen søker å forstå den reflekterte kroppens uttrykk gjennom det mennesket kroppslig formidler som uttrykk for det bevisste. Det bevisste kommer til uttrykk gjennom hva kroppen formidler, samt opplevelser og erfaringer (Heidegger 1962). I denne avhandlingen er en opptatt av intensivpasientenes opplevelser og erfaringer, samt intensivsykepleiernes erfaringsbaserte kunnskapsformidling i en klinisk veiledningskontekst.

Forståelsen av et fenomen vil være avhengig av hvor en betrakter fenomenet fra, hvilken posisjon en har og hvilke analytiske ”briller en har på” (Lillestø 1997). Intensivpasienters behov for å bli sett og møtt for å få hjelp vil fortone seg annerledes om en ser det fra helsevesenets side, eller slik pasienten selv opplever det. Skal en fange opp det vesentlige ved mennesket som relasjonelt, forstående, reflekterende, følende, lidende og handlende vesen, må en velge et annet perspektiv enn det naturvitenskapelige, her representert ved det klinisk medisinske perspektivet (Husserl 1989). En må velge et perspektiv som gir adgang til ”saken selv”, nettopp det mennesket tenker, opplever og erfarer, altså et fenomenologisk perspektiv.

Forskningsposisjonen er fenomenologisk-hermeneutisk, men en fenomenologisk posisjon rommer mange retninger og metodetilnæringer. I søken etter å forstå vil kroppsfenomenologi og livs- og sansefilosofi stå sentralt. Heidegger (1962) fremhever at kropp og sjel er integreert, og at menneskets opplevelser og erfaringer både er kroppslige og intellektuelle, samt at disse må sees i sammenheng med den livssituasjonen/sammenhengen mennesket lever i. Sentralt i denne tenkningen er opplevelsen av tilværelsen, som fanges opp gjennom begreper som å være, det å gjøre, det å erfare og det å sanse. Kroppen blir i et slikt tankesett, et sentrum for menneskets opplevelser, erfaringer og kunnskap og dermed utgangspunkt for det kroppslige språk. En fenomenologisk kroppsforståelse sees på som selvfortolkende. Å være selvfortolkende (the self-interpreting being) karakteriseres i følge Benner og Wrubel (2002) gjennom menneskets særegne egenskaper som kroppslig viten

(embodied intelligence), bakgrunnsforståelse (background meaning), det å bry seg om noe/noen (concern), og det at en alltid er i en situasjon (the situation). Fordi den selvfølgelig kroppen uttrykker hvordan enkeltmennesket fortolker alt ut fra seg selv og ut fra hva som oppleves som meningsfullt, kan den ikke studeres objektivt. Den må derimot studeres ut fra hva den har opplevd og erfart, altså subjektivt. I denne sammenheng vil slik subjektiv kunnskap være det særegne pasienten tenker, opplever og erfarer ved det å være alvorlig syk og det å være sentrum for sin egen tilværelse i intensivrommet. Det er gjennom å utdype og å beskrive et slikt teoretisk perspektiv, hvor kroppen og dens opplevelser og erfaringer er kunnskapsgrunnlagets kilde, at en kan fange opp intensivpasientens innerste liv, det liv som har falt gjennom nettet til andre disipliner og modeller.

2.5 Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid omtales som den praktiske måten å anvende folkehelsevitenskapelig kunnskap på hvor det overordnede målet er å fremme helse (Hummelvoll (1995)). Å fremme helse, eller å forebygge uhelse, kan gjøres på ulike måter og mot ulike målgrupper (Hanson 2004). I en intensivkontekst vil dette kunne innebære at ulike fagprofesjoner bidrar med kunnskap og samarbeider om den akutt/kritisk syke pasientens totale situasjon. Et aspekt av denne totale situasjonen vil være å fange opp viktige dimensjoner om pasientens eksistensielle situasjon gjennom pasientens egen erfaring og sykepleierens erfaringsbaserte kunnskapsformidling. Hanson (2004) omtaler de mest aktuelle strategiene i dagens folkehelsearbeid som det å behandle sykdom, forebygge sykdom og fremme helse. Sentrale kunnskapsaspekter som er relevant for folkehelsearbeidet i forhold til pasienter i en intensivkontekst vil i denne sammenheng være helsepromosjon, empowerment, mestring, samt kroppslige erfaringer og kunnskapsformidling som prosess. I det påfølgende vil det bli redegjort for disse dimensjonene, samt relevansen hver enkel dimensjon har til avhandlingens overordnede hensikt nettopp å øke forståelsen av det å være alvorlig syk og hvordan slik kunnskap har betydning i kunnskapsformidling i en intensivkontekst.

2.5.1 Helsepromosjon

Helsepromosjon synes å være en tilnærming innenfor folkehelsevitenskap som retter seg inn mot en prosess som gjør det mulig for enkeltmennesket å utvikle sine muligheter til helse og positive helseprosesser (WHO 1986). For å kunne forstå intensivpasientens uttrykksformer gjennom det opplevde og erfarte, trenger intensivpersonalet å kunne se, fange opp og forstå hva pasienten formidler. Å fremme helse som dimensjon innenfor helsepromosjon, må sees i

lys av et salutogenetisk tankesett (Antonovsky 1987, 1979). Dette vil i denne sammenheng innebære at en identifiserer de forhold som bidrar til helse og mestring, samt aktivt understøtter disse hos intensivpatienten. Ifølge Hanson (2004) er helsefremmende arbeid et synssett som innebærer:

”att förbättringen av hälsan bygger på att hitta de hälsofrämjande faktorerna hos människan och i hennes livsmiljö och stärka dessa. Då har vi ett salutogent dvs. hälsofrämjande synsätt, även om den människa eller grupp hälsoarbetaren möter är definierad utifrån ohälsa (patogenes)” (s. 186).

I et slikt lys vil fremming av helse omhandle fagidentitet knyttet opp mot spørsmål om hvem intensivpersonalet er, kompetansen og den enkelte faggruppes arbeidsområde (i denne sammenheng intensivsykepleierne). Et viktig aspekt her er hvordan den salutogenetiske og den patogenetiske dimensjonen er supplerende for hverandre i det kliniske arbeidet. Kunnskapen i den patogenetiske dimensjonen er rettet mot uhelse og det å forstå hvorfor uhelse oppsto. Strategiene med den patogenetiske kunnskapen er å behandle uhelse, samt forebygge risikoen for uhelse. Forutsetningen for at kunnskapen fra den patogenetiske dimensjonen kan anvendes inn i et salutogenetisk tankesett, er at det bygger på å utvikle og styrke de helsefremmende faktorene hos mennesket, i mennesket og i menneskets omgivelser (Antonovsky 1992, 1979). Helsepromosjon er rettet mot, og kan innbefatte, folkehelsearbeid både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå (WHO 1986). For å løfte fram kunnskaper fra intensivpatientenes erfaringer i intensivavdelingen, behøves det å fange inn kunnskaper på individuelt nivå, eksempelvis gjennom det intensivpatientene opplever og erfarer i intensivkonteksten. I denne avhandlingen løftes intensivpatientenes opplevelser av stress, kraft og bevegelse, samt pårørendenærværet fram.

Helsepromosjon kan også rettes mot grupper som pasienter og/eller sykepleiere gjennom å løfte fram deres ressurser og forutsetninger i arbeidet mot helse (Hanson 2004). Hvordan sykepleierne anvender sine erfaringer i veiledningsarbeidet av studentene er en type ressurs som også løftes fram i denne avhandlingen. I følge Beaglehole og Bonita (1999) er folkehelsearbeid et kollektivt sett å arbeide på i samfunnet for å forbedre helsen. Helsepromosjon på samfunnsnivået vil i denne sammenheng derfor omhandle hvordan en kan gå inn overordnet for eksempel med politiske føringer for å fremme intensivpatientenes helse i intensivavdelingen. Et eksempel på dette er gjennom å anvende forskningen som grunnlag for nasjonale rammeplaner for intensivpersonell. Det finnes ulike modeller for helsepromosjon. Rootman et al. (2001) utdyper helsepromosjon ut fra dimensjoner som:

empowerment, delaktighet, likhet/rettferdighet, varighet, helhetssyn, intersektorielt samarbeid og multistrategisk arbeid. Hanson (2004) trekker fram fire områder for helsepromosjon hvor hans fokus er i kontekstuell arbeidssammenheng: fokus på å fremme helse, arena, delaktighet og prosess. Andre sentrale begreper innenfor folkehelsearbeid er stress, mestring og læring som helsefremmende og delaktig aktivitet (Hanson 2004, Lazarus & Folkman 1984).

2.5.2 Empowerment

I følge Ottawa Charter (WHO 1986) er hensikten med empowerment å gi mennesker større mulighet/makt til å påvirke egen situasjon for å forbedre helsen. Begrepet ble kjent gjennom Charteret, og har vært omdiskutert i flere artikler siden 1986 (Berg 2007). Det finnes ikke noe presist norsk ord som erstatter empowerment, men i følge Berg (2007) har begrepet tre betydninger; å gi makt eller autoritet til, å gjøre i stand til og å tillate. Slik som empowerment er definert må profesjonsutøvere gi fra seg makt til pasientene, noe som fører til endring i etablerte maktrelasjoner. I Norge har empowerment fram til nylig vært et lite benyttet begrep innenfor helsefagene, noe som også gjelder innenfor sykepleiefaget. Noe av forklaringen på dette kan være at begrepet i liten grad har vært anvendt i beslektede fagområder som akuttmedisin og medisinske spesialiteter som er knyttet opp mot intensivsykepleie. Et annet forhold er at en har tenkt mer kurativt enn helsepromotivt innenfor området akutt/kritisk syke.

Empowerment synes å være en posisjon for å søke mot et tankesett hvor kunnskapen om intensivpasientenes opplevelser og erfaringer kan løftes fram. Gibson (1991) hevder at empowerment i en sykepleiesammenheng omhandler en prosess for å hjelpe mennesker i å etablere kontroll over forhold som påvirker deres helse. I denne sammenheng vil begrepet ha betydning for hvordan intensivpasientene gis muligheter til å kunne formidle og påvirke sin egen situasjon gjennom hva intensivsykepleiere ser, fanger opp og reflekterer gjennom sitt faglige blikk. Begrepet fokuserer på menneskets styrke, rettigheter og muligheter som en motsetning til paternalisme som kan bli benyttet som grunnlag for beslutninger (Grey 1999). Empowerment kan ses på som en pågående prosess eller et mål (Svensson et al. 2006).

Et viktig aspekt ved empowerment er at det forutsetter en bevissthet om den grad av mulighet personen har for å påvirke sin egen situasjon. Kjernen i et slikt synssett er tanken om at pasienten skal mestre. En viktig aspekt i empowerment er derfor å bidra med delaktighet i prosessen. I denne sammenhengen omhandler delaktigheten at pasienten i noen grad kan bidra i situasjonen med opplevelser og erfaringer fra det å være i situasjonen. Det at pasientene i

intensivkonteksten er akutt/kritisk syke forutsetter i mange tilfeller at sykepleieren må tilrettelegge for pasienten slik at han/hun kan være bidragsyter. Det er disse ressursene som pasientene kan få fram gjennom å få være delaktige og videre "empower" i situasjonen. Dette kan forstås og utdypes ut fra Svensson et al. (2006) studie hvor det hevdes at empowerment kan sees både i et individuelt-, mellommenneskelig- og på et kollektivt nivå. Disse tre nivåene synes i stor grad å være i samsvar med og aktualiserer folkehelsearbeidets individ-, gruppe- og samfunnsnivå (WHO 1986). I et individuelt tanke sett kan eksempelvis empowerment omhandle mestring og i en slik tenkning må også pasientens egen opplevelse og erfaring inngå, nettopp fordi det omhandler pasientenes eget ståsted og de ressurser de innehar (i seg og utenfor seg) i situasjonen. En annen dimensjon i intensivkonteksten er det intensivsykepleierne bærer av erfart kunnskap. Dette aktualiserer ikke bare individperspektivet gjennom enkeltsykepleiernes erfaringer, men også gruppenivået gjennom intensivsykepleiernes faglige funksjon som gruppe.

I denne avhandlingen har det blitt sett på et avgrenset område av intensivsykepleiernes pedagogiske viksomhet/funksjon, nettopp hvordan den erfaringsbaserte kunnskapen fortolkes og formidles til studenter i en klinisk veiledningssammenheng. De faglige handlinger som er knyttet til intensivsykepleierens funksjon og virke, retter fokuset mot profesjonens kompetanse sett i lys av de normer og krav samfunnet definerer som relevante/nødvendige for funksjonen. Et aspekt ved gruppenivået vil derfor være den faglighet intensivpasientene har bruk for i situasjonen som kritisk syke. Et viktig anliggende vil her være retten til autonomi som baserer seg på menneskerettene og er fundert i prinsippet om ukrenkelighet. Et hvert individ har rett til å sette egne mål og ha egne preferanser (Nortvedt 2008, WHO 1986).

Uansett hvilket nivå en beveger seg i/mellom, omhandler empowerment en sosial handling, samhandling og/eller relasjon med andre (Rahm 2009). I denne sammenhengen vil det omhandle relasjonen og samhandlingen mellom den akutt/kritisk syke pasienten og intensivsykepleieren. I følge Gibson (1991) oppstår grunnlaget for empowerment hvor situasjoner skapes der mennesker opplever mangel på kontroll over livet, hjelpeløshet, håpløshet og avmakt. Empowerment omhandler ikke bare overføring av makt fra en person til en annen. Ved at en ikke kan pålegge andre å overføre makt, men kun pålegge seg selv et slikt tanke og handlingssett, blir det viktigste for intensivsykepleiere å vise vei i en slik prosess (Houston & Cowley 2002).

2.5.3 Mestring

Intensivpasientene utsettes for stor belastning i forbindelse med akutt/kritisk sykdom og behandling. Pasientene utsettes for stress både fra omgivelsene, knyttet til egen kropp og til relasjoner (Fredriksen & Ringsberg 2007). Eksistensielle forhold og forhold knyttet til mening trer også fram i situasjonen som alvorlig syk (Almerud et al. 2007). Intensivpasienten utsettes derfor for ulike utfordringer som grunnlag for mestring, og flere former for utfordringer kan tre fram slik som mestring av trussel, forsvar som mestring, psykose som mestring, krise og mestring og mestring ved overstimulering (Löf et al. 2008, Fredriksen et al. 2008, Lazarus & Folkman 1984).

Stress og mestring har siden første halvdel av 1900-tallet vært sentrale områder innenfor humanforskningen (Rahm 2008). Det har blitt utviklet ulike teorier innenfor dette feltet. Mechanic (1968) utviklet en modell for å studere individets sosiale og sosialpsykologiske fungeringsmåte. Stress er i hans tenkning avklart som en situasjonsbetinget følelse av ubehag avhengig av personens evner og generelle kapasitet, ferdigheter og begrensninger, muligheter i miljøet/konteksten og normer og regler i forhold til muligheten for handling i forhold til å møte situasjonen. Vellykket mestring er å kunne tilpasse seg (reversibility) situasjonen.

Alexander, Dunbar og Grinker (Bernstein 1978) var i første halvdel av 1900-tallet opptatt av psykosomatisk stress. Tenkningen baseres på at det ved konflikter oppstår spenninger i kroppens systemer. Angst og frykt som oppstår ved konflikter er ikke bare uttrykk, men kan også virke inn og skape alvorlige fysiologiske forandringer. Mestring er når disse prosessene blir løst gjennom aktive handlinger, nettopp ved at de begrenser muligheten for varige forandringer.

Wolf (1971) arbeidet videre ut fra en psykososial dimensjon og vektla i sin modell det beskyttende reaksjonsmønsteret (the protective reaction pattern). Når kroppen blir utsatt for skader som truer kroppens fysiske integritet, skjer det en sammensatt reaksjon i kroppen. Hensikten med denne reaksjonen er å hindre, eller befri kroppen fra trusselen. Reaksjonene settes i gang både ved symbolsk og fysisk trussel. Mestring i denne modellen er knyttet til "the protective reaction pattern", som i følge Wolf endrer følelser, fysisk tilpasning og adferd.

Janis' (Bernstein 1978) arbeider tar for seg stress og mestring ved individers psykologiske respons på skremmende opplevelser, eksempelvis store operasjoner. Responsen på disse

skremmende opplevelsene deler han opp i tre faser; trusselfase, farefase og ”offer for”- fasen. Mestring i denne modellen omhandler hvordan mennesket reagerer i disse fasene, nettopp hvordan de forholder seg til faresignalet art, til situasjonsbetingede forhold og individuelle personlighetstrekk.

Selye's (1971) arbeider og modell er i hovedsak biologisk forankret. De grunnleggende stressreaksjonene skjer i hovedsak i det endokrine systemet, og er knyttet til det autonome nervesystemet. Stress er, ifølge Selye, en biologisk ikke spesifikk kroppslig respons på noe relatert til de krav/forventninger som stilles for å imøtekomme disse i situasjonen. Stress utvikles gjennom ulike faser; alarmfasen, motstandsfasen og utmattelsesfasen. Det er i motstandsfasen at mestring trer fram gjennom hvordan kroppen strever for å tilpasse seg.

Fra 1960-tallet og fram til i dag har forskningen om stress og mestring innenfor helsefagene i stor grad vært preget av Lazarus og hans medarbeidere. Forandring er et nøkkelord innenfor denne forskningen (Lazarus 1993, 1981, 1966, Lazarus & Folkman 1984, Lazarus & Launier 1978). Forandring er knyttet til endring, prosess i kroppen, situasjonen, eller konteksten som fordrer tilpasning. Når forandringen skjer for raskt, eller brått, klarer ikke mennesket å tilpasse seg/håndtere endringene i takt med forandringskravene. I mellomrommet mellom forandring og tilpasning aktualiseres mestring (Lazarus & Folkman 1984, Lazarus 1981, 1966). I følge Lazarus tenkning står mestring og stress ikke i et motsetningsforhold. Mens stress er opplevelsen av forstyrrelse av mening ved forandring, er mestring det man stiller opp med i forhold til en slik forandring. Mestring omhandler måten en oppfatter noe på som vil være avgjørende for hvordan en forholder seg. I følge Benner & Wrubel (2002) har Lazarus og Folkman et utvidet mestringsbegrep i den forstand at det både omhandler å handle, eller lar være å handle, for å mestre. Det er den mening som den som har opplevelsen (i denne sammenheng intensivpatienten) tillegger situasjonen som avgjør reaksjons- og handlingsmønsteret og dermed også som får betydning for graden av mestring. Meningen bestemmes, eller reflekteres opp mot personens tidligere erfaringer, kunnskaper, personlige ressurser, holdninger og verdier. Ved bare å studere ytre forhold ved intensivpatientenes situasjon får en avgrenset kunnskap om hvilke vurderinger personen gjør i situasjonene. En må derfor lete etter personens betydning i/for situasjonen.

I forhold til sykepleie (også relatert til intensivpasienter) har Benner og Wrubel (2002) utviklet sin sykepleieteori om stress og mestring blant annet på Lazarus tenkning. I teorien

knyttet stress og mestring opp mot begrepene/fenomenene omsorg og helse. Omsorg sees som en grunnleggende måte å være i verden på. Teorien bygger inn stress og mestring gjennom at omsorg er primærkilden til både stress og mestring i menneskets opplevelse av helse og sykdom. Omsorg sees som en moralsk kunst som er avgjørende for enhver helsefremmende sykepleiehandling. Det at mestring er knyttet til mening gjør meningsløshet til et uttrykk for mangelen på omsorg. Å være i meningsløsheten er et uttrykk for brudd på mening og skaper uhelse.

2.5.4 Kroppslige erfaringer og kunnskapsformidling som prosess

Læring kan sees som en sosiokulturell prosess hvor kunnskap utvikles i relasjonen mellom mennesker (Marton & Booth 2002). Læring er nært knyttet til hvordan fenomenene erfares og hva som for den enkelte skaper mening. En kunnskapsutviklingsprosess med utgangspunkt i kroppslig erfaring og kunnskapsformidling omhandler hvordan en kan skape en bevegelse for å tilrettelegge for og/eller skape gode helseprosesser med god helse (for intensivpasientene) som mål (Hanson 2004). Prosessen, hvor en søker utvikling/forandring, er et synssett/tilnærming i forhold til helseprosesser/helse hvor kunnskapsområder og tilgjengelig kunnskap for å dekke aktuelle kunnskapsbehov i en aktuell arena vil være utgangspunktet for det å fremme helse gjennom folkehelsearbeid. Derfor vil fagene som representeres i intensivavdelingen være avgjørende for om enkeltpasienten får den omsorg og helsehjelp som er nødvendig i forhold til sin spesielle situasjon som akutt/kritisk syk. Kunnskapsperspektivet som helsearbeidere/intensivsykepleiere sosialiseres inn i, samt hvordan de lærer å se perspektivet gjennom utdanningen, vil også være betydningsfullt for utøvelsen av faget (Nygren 2004, Dreyfus & Dreyfus 1999). Kjennetegn ved et fag, fagets erfaringsbaserte grunnlag og læringsprosessene vil derfor være aktuelle elementer som har betydning for helsearbeidet.

Det finnes ulike benevnelser av et fag, eksempelvis håndverksfag, eller vitenskapelige fag (Fagermoen 1995). Håndverksfagene kjennetegnes ved sin konkrete utøvelse av innlærte ferdigheter i form av teknikker og anvendelse av spesielle redskaper som er viktig i faget. Vitenskapelige fag er teoretiske, og har i seg en mer abstrakt natur, og er rettet mot kunnskap og forståelse, samt opplæring i metoder for å utvikle ny kunnskap. Sykepleie, og i særdeleshet spesialfeltet intensivsykepleie (som det i denne sammenhengen handler om), har i seg kjennetegn både fra den håndverksmessige og den vitenskapelige fagtradisjonen. Begge disse områdene må være tilstede for at intensivsykepleieren skal kunne forstå og utføre fagområdet

gjenstandsområder. Ifølge Fagermoen (1995) har sykepleiefaget i seg tre kunnskapsområder; teoretisk, praktisk- og erfaringsbasert kunnskap. Den teoretiske kunnskapen karakteriseres og beskrives som sikker kunnskap ved at den er utviklet i-, eller tilknyttet teorier og modeller eller ut fra begreper og begrepsstrukturer. Denne kunnskapstypen har gjerne også blitt utviklet gjennom teoriutvikling og forskning. Den praktiske kunnskapen betraktes ofte som spesielle ferdigheter som beherskes, gjerne tilknyttet en spesiell funksjon som utøvelse av sykepleiehandlinger. Den praktiske kunnskapen omfatter ofte konkret problemløsning, manuelle ferdigheter og utøvelse av prosedyrer. Et annet viktig kjennetegn ved den praktiske kunnskapen er at den er karakterisert ved helhetlig handling, i motsetning til i en læringssituasjon hvor den gjerne deles opp.

Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap som utvikles på bakgrunn av erfaringer, gjerne knyttet til et spesielt fenomen og/eller en spesiell situasjon. Denne formen for kunnskap har (i denne sammenheng) sitt utgangspunkt i utviklingen av, eller ut fra en utviklet kunnskapsbase i teori og/eller praksis (Benner 1995). Erfaringskunnskap er innenfor et slikt tankesett knyttet både til den teoretiske refleksjonen og utførelsen av faget, ved at når intensivsykepleieren møter det teoretiske og/eller det praktiske trer erfaringene fram. Ettersom erfaringskunnskap har sitt utgangspunkt i den enkeltes erfaringer, vil erfaringskunnskapen være vidt forskjellig fra de andre to formene for kunnskap. Den erfarne formen for kunnskap blir fortolket, forstått og satt inn i en egen meningssammenheng. Den kan derved oftest også formidles og dermed også deles med andre. Erfaringsbasert kunnskap, formidlet i en klinisk sykepleiekontekst, har i seg ulike erfaringsposisjoner. Det kan for eksempel være sykepleierens erfaring ved det å "være", det å "samvære" i situasjonen, samt relevant forskningskunnskap for situasjonen og hvordan denne erfares, fortolkes og formidles. Når det gjelder de teoretiske og praktiske kunnskapstradisjonene har det vært utført betydelig kunnskapsutvikling og forskning (Nåden 1999, Haldorsdottir 1996, 1991, Benner 1995). Angående den erfaringsbaserte kunnskapstradisjonen, og i særdeleshet innenfor mesterlæringstradisjonen, har den blitt viet lite forskningsoppmerksomhet generelt, og enda mindre i en intensivkontekst spesielt (Nielsen & Kvale 1999, Suominen & Leino-Kilpi 1997). Gjennom denne kunnskapsformidlingen, med utgangspunkt i pasientenes og sykepleierens erfaringer, utføres en læringsform som "knytter sammen" erfaringene og fortolkningene fra alle kunnskapsområdene i utøvelsen av sykepleiefaget. Et spørsmål som reiser seg, blir hvordan denne erfaringsbaserte kunnskapen formidles.

Mesterlæring er ifølge Nielsen og Kvale (1999): ”.....utdanning i en kunst, et fag eller et håndverk i henhold til en lovmessig kontrakt, som beskriver forholdet mellom mester og lærling og forholdets varighet og betingelser” (s. 18). I begrepet mesterlære framheves betydningen av læremesterens rolle i læringen. I følge Lave og Wenger (1991) kjennetegnes mesterlæring ved fire hovedtrekk; praksisfellesskap, tilegnelse av faglig identitet, læring gjennom handling og evaluering gjennom praksis. Med praksisfellesskap menes her at læringen finner sted i en sosial organisasjon og i en tradisjonell form i et faglig fellesskap. Gjennom å være deltaker utvikles fagets ferdigheter, kunnskaper og verdier ved å gradvis øke sin deltagelse til fullverdig medlem av faget. Denne tenkningen omtales også hos Benner (1995) som utvikling fra ”novise” til ”ekspert”. Innlæringen av faget er trinn i utviklingen mot å være fullt kunnskapskompetent, eller mot å beherske faget. En slik kompetanse er også basisen for tilegnelsen av faglig identitet i følge Benner (1995). Mesterlære utgjør en kompleks og differensiert struktur, hvor den studerende har muligheten til både å observere og utføre de handlingene/teknikkene som mesterlæreren utfører. På en slik måte lærer studenten gjennom konkret handling.

Evaluering gjennom praksis er en prosess som foregår kontinuerlig knyttet til de handlinger den studerende utfører. Dette gir studenten muligheten for kontinuerlig tilbakemelding, samt justering og/eller supplering av fagutøvelsen. En tradisjonell mesterlære avsluttes med en formell kunnskapstest hvor kunnskaper og ferdigheter i faget må dokumenteres. I tillegg til disse fire nevnte hovedtrekk supplerer Polany (1958) og Diller (1975) med et ytterligere særtrekk og sier at i mesterlærefunksjonen benyttes metaforer. Slike metaforer anvendes som et asymmetrisk forhold som viser forskjellen mellom den studerendes og mesterens faglige kunnskaper og ferdigheter. Om læringsprosessen innenfor mesterlæring hevder Bandura (1962) at her skilles ikke læring og bruk av det lærte. Det er en tett sammenheng mellom hvor læringen foregår og hvor det lærte skal benyttes. Dette omtaler også mer spesifikt hos Bandura hvor fokuset er læring av observasjon, veiledning og supervisjon.

Innenfor mesterlæringstradisjonen benyttes også ”case” og fortellinger som midler til å fremme læringsprosessen (Nielsen & Kvale 1999). Observasjon og gradvis problemløsning innenfor åpne strukturer omtales av Resnick og Klopfer (1989) som viktig for læringsprosessen og som også gir gradvis adgang til fagets fortellinger. Mesterlære og språk er også betydningsfullt for læringsprosessen innenfor mesterlære. Språk og fortelling er viktig som ledd i praktisk deltagelse og foregår på en annen måte enn i undervisning i klasserommet

(Lave & Wenger 1991). Fortellingene rommer kunnskap om hva og hvordan en handler i spesielle situasjoner. Historiene og språket har viktig betydning i fagkulturen og er derfor et betydningsfullt element i læringsprosessen. Språket er også et viktig aspekt i fagrefleksjonen knyttet til den fagutøvende funksjon ifølge Schön (1987) bl.a. gjennom mesterlærerens kommentarer til studentens praksisrefleksjon. Slik refleksjon knyttet til utøvelse omtaler Molander (1996) som "kunnskap i handling". En betraktelig del av den kunnskap som formidles fra læremesteren til student overleveres uten at denne er kommentert, eller verbalt reflektert. Denne kunnskapen omtales som taus kunnskap (Rolf 1991, Polany 1958). Studenten lærer ved å se mesteren utføre faglige handlinger, og får på den måten tak i fagets implisitte viten. Molander (1996) sier at: "*Levande kunnskap må se som en enhet tillsammans med kunskapens drivkrefter, vilket innebär att lärandets förutsättningar betonas*" (s. 132). Schön (1987) omtaler slike forutsetninger som de holdninger en har til læring og det som skal læres. Dette er en understrekning av at læringsprosessen innenfor mesterlæring må ha en åpenhet og vilje til å følge noen (læremesteren) og ikke være styrt av en kartiansk stramhet hvor mål og middel (årsak og virkningstenkning) er de sentrale elementer i læringen. Det er nettopp i dette spenningsfeltet at utfordringen med å få mesterlære til å fungere ligger.

2.6 Studiens overordnede mål og delmål

Det overordnede målet med avhandlingen er å øke forståelsen av det å være alvorlig syk og hvordan slik kunnskap har betydning i kunnskapsformidling i en intensivkontekst. Forhåpningen er også at en gjennom de ulike studiene kan bidra med kunnskap om de fenomenene som studeres på en slik måte at personalet i intensivavdelinger kan se og møte pasientens situasjon med en innsikt i hva livet kan innebære som alvorlig syk. I avhandlingen er interessen rettet mot noen aspekter ved intensivpasienters situasjon.

Målene for de fire delstudiene som inngår i avhandlingen er:

- Å studere hvordan stress innvirker på pasientens situasjon i intensivavdelingen.
(delstudie I)
- Å studere hvordan kroppen og dens erfaringer trer fram når potensialer som kraft og bevegelse endres.
(delstudie II)
- Å få fram intensivpasienters opplevelser og erfaringer av pårørendenærverets betydning i situasjonen som alvorlig syk.
(delstudie III)

- Å studere hvordan intensivsykepleieren fortolker og formidler erfart kunnskap til studenter i kliniske veiledningssituasjoner, samt betydningen av slik kunnskap for utvikling av forståelse og utøvelse av faget.

(delstudie IV)

3.0 DELSTUDIER OG METODOLOGI

Avhandlingen er basert på fire delstudier. I påfølgende avsnitt presenteres forskningsdesignet, hver enkelt delstudie med respektive forskningsspørsmål, samt de fire delstudienes innbyrdes sammenhenger. Her blir det også redegjort for metodevalg for de enkelte delstudiene, samt forskningskvalitet. Til sist presenteres forskningsetiske overveielser i forhold til avhandlingens tre empiriske studier (delstudiene II, III og IV).

3.1 Fire delstudier med innbyrdes sammenhenger og metodologi

Det perspektivlige krysningspunkt hvor folkehelseperspektivet og sykepleieperspektivet møtes er gjennomgående i alle studiene ved at studiene er opptatt av opplevelser og erfaringer, samt kunnskapsformidling av kunnskap basert på slike erfaringer. De tre første delstudiene i avhandlingen søker å løfte fram ulike opplevelsesaspekter ved intensivpasienters situasjon og hvordan disse opplevelsesaspektene har betydning for pasientens helsemessige væren i en intensivkontekst. Delstudie I ble benyttet som en form for kartleggingsstudie og blir derfor en form for grunnlagsmateriale for de tre neste delstudiene (Fig. I). Delstudiene II og III utgjør en fordypning av fenomener som ligger implisitt i grunnlagsmaterialet (delstudie I), men som ikke utgjør eksplisitt kunnskap om fenomenene kraft, bevegelse og pårørende-nærværet. Den siste av de fire delstudiene beskriver hvordan kunnskap som er

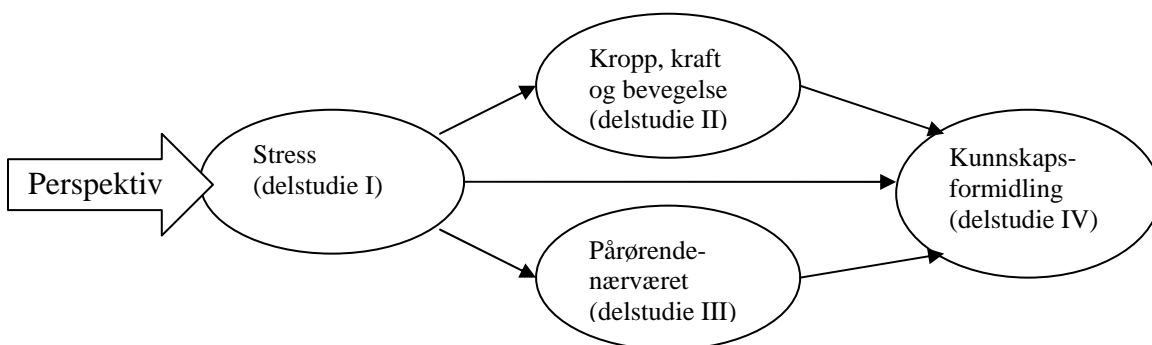


Fig I Teoretiske perspektiv og de innbyrdes sammenhengene mellom avhandlingens fire delstudier.

ervert nær pasientene i en intensivkontekst kan fortolkes og formidles fra sykepleier til student i en veiledningssituasjon. Delstudie IV er en form for oppsummeringsstudie/syntesestudie, hvor kunnskapen fra fenomenene i de forutgående artiklene samles og studeres i form av kroppslige kunnskap uttrykt i en klinisk veiledningssammenheng.

Forskningsprosessen i denne avhandlingen foregår i to hovedsekvenser (jfr. 2.1, s. 7). I den første hovedsekvensen er individperspektivet primært, gruppe- og samfunnsperspektivet sekundært. Den primære hensikten for delstudiene I, II og III er å utvikle kunnskap om pasientenes opplevelser og erfaringer i en situasjon som kritisk syk i en sykepleie- og behandlingssituasjon. I delstudie IV er hensikten å utvikle kunnskap om overføring av erfart kunnskap fra intensivsykepleier til student i en sykepleiefaglig veiledningssituasjon. Fokuset er rettet mot hvordan sykepleieren formidler erfart kunnskap til studenten for å øke studentens forståelse og handlingsberedskap i pasientsituasjonen.

I den andre hovedsekvensen er folkehelseperspektivet og folkehelsearbeid primært. Kunnskapen om pasientenes og intensivsykepleiernes opplevelser og erfaringer knyttet til kontekst og kunnskapsformidling, løftes i denne sekvensen inn i folkehelseperspektivets kunnskap knyttet til gruppe- og samfunnsnivå. Her vil folkehelseperspektivets forståelse og begreper bidra til å sette den individbaserte kunnskapen inn i en mer omfattende kontekst.

Hensikten er å utvikle kunnskap som er rettet mot gruppen intensivpasienter og gruppen intensivsykepleiere for å fremme kunnskap som kan skape et bedre folkehelsearbeid i forhold til intensivpasientene. Den utviklede kunnskapen vil dermed få plass og betydning i et samfunnsperspektiv.

3.1.1 Intensivpasienten og opplevelse av stress (delstudie I)

Hensikten med denne delstudien var å gjøre en kartlegging over hva slags stressopplevelser intensivpasienter erfarer. Det ble valgt tre ulike stressområder; stress relatert til kropp, relatert til rom og relatert til relasjon. Som mennesker er en alltid i en situasjon, hevder Benner og Wrubel (2002). Intensivpasienter er i en situasjon der kroppen er påvirket av alvorlig sykdom og/eller skade. Dette innebærer erfaringer som for de fleste er nye og ukjente. Slike opplevelser kan for intensivpasienter oppleves som stress. Innenfor den fenomenologisk hermeneutiske kunnskapstradisjonen, er kroppen sentrum for opplevelse og dermed også sentrum for opplevd og erfart stress i situasjonen. Stress omtales som forstyrrelse, eller brudd på mening og dermed normal funksjon (Lazarus & Folkman 1984). I et slikt tankesett knyttes person og situasjon sammen gjennom det som gir, eller ikke gir, mening for pasienten. For å kunne forstå og møte mennesker i en slik situasjon er det en viktig forutsetning å få tak i hvilke erfaringer situasjonen kan omhandle for intensivpasienter. Forskningsspørsmålet for denne studien var: Hva slags stress opplever intensivpasienter i situasjonen som alvorlig syk?

3.1.2 Kropp, kraft og bevegelse (delstudie II)

Det å være i besittelse av kraft og å kunne bevege seg representerer til vanlig potensialer, eller de(n) aktuelle mulighet(er) for et menneske til å influere på egne- og relasjonelle situasjoner. Slike potensialer omhandler ikke bare kraften og bevegelsene som trengs for å kunne utføre konkrete handlinger og/eller gjøremål. Det omhandler også den indre kraften og de indre bevegelsene som trer fram i situasjoner mennesket kommer i. Det omhandler også selve livskraften som mennesket er i besittelse av. Under akutt/kritisk sykdom endres ofte forutsetning(en)e fra å representere kroppens mulighet(er) til å representere dens begrensning(er) (Merleau-Ponty 1994, Leder 1990, Roberts 1976). Forskningsspørsmålet for studien var: Hvordan opplever og erfarer intensivpasienten elementene kraft og bevegelse?

3.1.3 Pårørendenærværet (delstudie III)

Det relasjonelle, betydningen av og i relasjonene, samt avhengigheten mellom det syke mennesket og pårørende får ofte spesiell betydning under sykdom (Curtis 2000, Burr 1998, Robb 1998). Å være alvorlig syk setter mennesket i en situasjon hvor forutsetningene ofte settes i en skarp kontrast til de krav og forventninger som både pasientene stiller seg selv, men også til omgivelsene. Intensivpasienters opplevelser og erfaringer av hvordan pårørendenærværet ytrer seg under alvorlig sykdom har vært gitt liten oppmerksomhet. Forskningsspørsmålet for denne studien var: På hvilken måte erfarer intensivpasienter pårørendes kroppsnærvær under akutt/kritisk sykdom?

3.1.4 Formidling av erfaringsbasert kunnskap i en intensivkontekst (delstudie IV)

I fenomenologisk tenkning sees kroppen som sentrum for kunnskap, erfaring og opplevelse (Lillestø 1997). Som sykepleier og formidler av kunnskap i kliniske veiledningssituasjoner, omhandler kroppslig kunnskap ikke bare viten en har om pasienters erfaringer, men også hvordan denne kunnskapen fortolkes med utgangspunkt i sykepleierens egen forforståelse. Hvordan slik kunnskap formidles aktualiseres derfor både gjennom sykepleierens forståelse av kunnskapen fra og om pasientene, men også gjennom hvordan hun/han fortolker den kroppslige kunnskap ervervet fra ulike situasjoner og også egen kroppslig selvforståelse (Benner 1995, Schön 1987). Følgende forskningsspørsmål ble stilt: På hvilken måte formidles fenomenologisk kunnskap fra intensivsykepleier til student i kliniske situasjoner?

3.2 Metodologi

Alle delstudiene har kvalitativ tilnærming. Det benyttes ulike datakilder, datasamlingsmetoder samt analysemetoder for å løfte fram opplevelsene og erfaringene. Forskningstilnærmingen som er benyttet er fenomenologisk-hermeneutisk (Tabell I).

Tabell I Oversikt over de fire delstudienes hensikt, datamateriale og metode(r).

Delstudier	Hensikt	Datamateriale/ Informanter	Datasamlings- metoder	Analyse- metoder
I: Intensivpasienters opplevelser av stress relatert til kropp, rom og relasjon.	Å se på hvordan stress innvirker på intensivpasientens situasjon	10 Reviewartikler	Litteratur review	Kildeanalyse med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming
II: Intensivpasienters opplevelse av kropp kraft og bevegelse	Å studere hvordan kroppen og dens erfaringer trer fram når fenomenene kraft og bevegelse endres	Syv informanter (fem kvinner og to menn)	Kvalitative dybdeintervjuer	Analyse med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming
III: Intensivpasienters opplevelser av pårørendenærværet i en situasjon som kritisk syk	Å få fram intensivpasienters opplevelser av pårørendenærværets betydning i situasjonen	Syv informanter (seks kvinner og en mann)	Kvalitative dybdeintervjuer	Analyse med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming
IV: Formidling av fenomenologisk kunnskap fra intensivsykepleier til student i kliniske situasjoner	Å studere hvordan intensivsykepleieren fortolker og formidler erfart kunnskap til studenter i kliniske veiledningssituasjoner	Seks (kvinnelige) intensivsykepleiere	Deltagende observasjoner og kvalitative intervjuer	Analyse med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming

3.2.1 Delstudie I

Datamaterialet i denne delstudien ble innhentet gjennom søk i databasene Pubmed og Cinahl hvor søkerordene ”intensive care patients AND stress” ble anvendt og innenfor en tidsramme på ti år (fra 1994-2003). Hensikten med søket var å få oversikt over forskning som løftet fram stressopplevelser hos intensivpasienter. For å avgrense det store datamaterialet som framkom ble det lagt inn to metodiske steg; inkluderings- og ekskluderingskriterier. Inkludering innebar at artikler som var publisert på engelsk og i tidsskrifter med referee-bedømmelse ble valgt inn. Artiklene som skulle inngå måtte referere til voksne personer fra 19 år og eldre. Videre skulle det inngå kun reviewartikler og disse skulle på noe sett beskrive dimensjoner av livsverden. Ekskluderingskriteriene innebar at artikler som var rettet mot diagnoser og/eller behandlingsstrategier ikke skulle inkluderes i studien. Når vurderingen av datamaterialet var gjennomført ut fra inkluderingskriteriene gjensto 20 artikler fra Pubmed og seks artikler fra

Cinahl. Etter vurderingen med ekskluderingskriteriene var det utvalgte datamaterialet redusert til 10 reviewartikler, seks fra Pubmed og fire fra Cinahl. I datamaterialet inngår det ni studier med kvalitativ forskningsdesign og en studie med kvantitativ forskningsdesign.

Analysen ble gjennomført ut fra et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv hvor en søker å forstå intensivpatientenes stressopplevelse i et livsverdensperspektiv (Benner & Wrubel 2002, Merleu-Ponty 1994, Heidegger 1962). Analysemetodikken foregikk på den måten at alle dataene ble nøye gjennomlest flere ganger for å få grundig oversikt over materialet. Etter at en ble kjent med datamaterialet stilte forskerne tre spørsmål til datamaterialet/tekstene (Gadamer 2007, Lindseth 1981):

1. Hvordan oppleves og erfares kroppen under akutt/kritisk sykdom,
2. Hvordan oppleves og erfares rommet under akutt/kritisk sykdom og
3. Hvordan oppleves og erfares relasjoner under akutt/kritisk sykdom.

Hensikten med å stille spørsmål til tekstene var å komme i en form for dialog med tekstene. Tekstene gir svarene når forskerne, ut fra sin forståelse og forforståelse, trekker ut og fortolker relevante innhold i artiklene som omhandler og belyser stress hos pasienter i en intensivkontekst.

3.2.2 Delstudie II

I denne delstudien deltok syv tidligere intensivpasienter (fem kvinner og to menn) i alder mellom 34-82 år. Det ble innhentet tillatelse fra tre sykehus i Nord-Norge med forespørsel om å velge ut og kontakte tidligere intensivpasienter innenfor en tidsramme på inntil seks måneder etter utskrivelse fra sykehus. Det ble satt opp kriterier for utvelgelsen av hvem som kunne inngå i studien. Datasamlingen ble foretatt i informantenes hjem og foregikk som en samtale. Alle intervjuene ble startet med spørsmålet: ”Hvordan kjentes kroppen din da du var alvorlig syk og innlagt i intensivavdelingen”?

Analysen i denne studien er inspirert av Ricoeur filosofiske tenkning og beskrevet i Norberg og Lindseths fenomenologiske-hermeneutiske metode (Lindseth & Norberg 2004, Ricoeur 1991, 1981, 1976). Analysen består av tre steg; Naïv lesning, strukturanalyse og dybdefortolkning. Analysen ble gjennomført ved å lese datamaterialet flere ganger grundig for så å skrive ut de første inntrykkene intervjuene ga som en naiv beskrivelse. Før selve strukturanalysen ble alle intervjuene delt opp og markert som små fortellinger/narrativ, bestående av en innledning, en midte (bestående av minimum to meningsenheter) og en slutt.

Strukturanalysen som består av fire faser) ble gjennomført ved å markere selve meningsinnholdet i hver av fortellingene/narrativene, komprimere meningsinnholdet til en tydelig essens, lese fram sub-tema og lese fram tema. Sub-tema ble analysert/lest fram ved å søke etter overordnede sammenhenger mellom essensene fra fortellingene/narrativene. Temaene ble analysert/lest fram gjennom å se overordnede sammenhenger mellom sub-tema. Hensikten er å få fram tekstenes interne sammenhenger. Til slutt ble materialet systematisert, videre fortolket og diskutert opp mot teoretiske perspektiv og relevant forskning.

3.2.3 Delstudie III

I denne delstudien deltok syv tidligere intensivpasienter (seks kvinner og en mann) i alder fra 20-75 år. Tilgangen til informantene ble innhentet gjennom å ta kontakt med tre sykehus i Nord-Norge hvor det ble gjort forespørsel om å velge ut, samt kontakte tidligere behandlede pasienter i intensivavdelingen. Det ble satt kriterier for hvem som kunne velges ut til å delta i studien. Informantene hadde vært behandlet for ulike typer akutte sykdomstilstander og de fleste hadde også komplikasjonstilstander. Alle unntatt en av kvinnene hadde vært behandlet i respirator. Det ble foretatt ustrukturerte dybdeintervju og alle intervjuene ble foretatt i de tidligere intensivpasientenes hjem og hadde form som en samtale.

Analysen ble gjennomført etter Kvales fenomenologiske-hermeneutiske metodetenkning (Kvale 1997). Analysefasene utgjør en form for utvidende forståelsesprosess hvor en søker å se sammenhengene i datamaterialet for til slutt å få fram strukturene i materiale i form av sub-tema og tema. Dette fortolkes fram gjennom tre faser; egenforståelse, allmenn forståelse og teoretisk tolkning. Gjennom egenforståelsen ble essensene av informantenes forståelse trukket ut fra materialet. I fase to (allmenn forståelse) løftes disse essensene videre opp til et nytt og videre nivå gjennom å integrere relevant kunnskap om feltet. I denne fasen systematiseres innholdet mot sub-tema og tema og klargjør så for en ny utvidelse av forståelsen gjennom den tredje og siste fasen. I denne tredje fasen ble det anvendt et fenomenologisk-hermeneutisk teori i søken mot mening i informantenes utsagn samt dybdeforståelse.

3.2.4 Delstudie IV

Informantene i denne delstudien består av seks kvinnelige intensivsykepleiere. Fire av intensivsykepleierne veileder og har ansvar for hver sin student, mens to intensivsykepleiere deler veiledningsansvaret av en student grunnet deltidsstillinger i intensivavdelingen. Det ble søkt et sykehus i Nord-Norge om å få observere- og intervju intervju intensivsykepleiere under

veiledning av studenter i intensivutdanning. Innsamlingen av data foregikk gjennom deltagende observasjon med påfølgende intervju (Jakobsen 2000, Kvale 1997). Før observeringen ble startet fulgte forskeren sykepleierne i arbeidet. Hensikten var at sykepleierne og studentene skulle bli kjent med forskeren på en slik måte at de ventet seg til at der var en ”skygge” i deres arbeidssituasjon. Observasjonene skjedde tett inntil arbeidet mellom sykepleieren og studenten og var rettet mot å se på hvordan den erfaringsbaserte kunnskapen ble fortolket og formidlet. Observasjonene ble nedskrevet presist og i systematisk rekkefølge ettersom dataene kom fram i situasjonen. Forskeren fulgte sykepleierens vakter både på dag og ettermiddagstid. Etter hver observasjonsperiode ble det foretatt intervjuer. Intervjuene hadde en framdrift som var basert på direkte spørsmål med opphav i de nedskrevne observasjonene. Spørsmålene ble stilt slik at sykepleierne ble satt tilbake i situasjonen gjennom at de fikk repetert hva som ble gjort og kunne reflektere rundt dette. Alle intensivsykepleierne hadde mange års erfaring fra intensivavdeling.

Det ble benyttet samme analysemetode som i studie III. De transformerte tekstene ble fortolket fenomenologisk-hermeneutisk i tre nivå gjennom; 1) gjennomlesning av teksten for å få fram essensen i materialet, 2) integrering av aktuell kunnskap fra feltet samt å få fram subtema og tema i materialet og 3) inkludere fenomenologisk-hermeneutisk teori i søken etter å finne meningene og en dypere forståelse i intensivsykepleierens erfaringsbaserte uttrykk (Kvale 1997).

3.3 Forskningens kvalitet

Målet med all forskning er å gi et troverdig bilde av den virkelighet en løfter fram. Hvordan denne troverdigheten kommer fram avhenger blant annet av de perspektiv og metoder som velges og sammenhengen mellom disse. Dette er viktige aspekter for å sikre forskningskvaliteten. Det er ulike måter å vurdere forskningskvalitet på. Larsson (1994) hevder at forskningskvaliteten må relateres både til studiens helhet og til studiens enkeltdeler. Forskningens kvalitet avhenger om studiens enkelte deler er preget av en type logikk som knytter delene sammen til en helhet.

Kvale (1997) mener at forskningskvaliteten er knyttet til forskningens håndverk gjennom alle forskningsprosessens steg. Kvalitetssikringen vil utgjøre en kontinuerlig prosess i forhold til det enkelte steg og opp mot en helhetlig sammenheng (validitet). I tillegg til validitet er Kvale

også opptatt av generaliserbarhet og reliabilitet. Generalisering omhandler i hvilken grad det er mulig å benytte funnene fra en studie til tilsvarende situasjoner gjennom å se på likheter og ulikheter ved de ulike situasjonene for å vurdere grad av relevans. Med reliabilitet menes om det er konsistens i forskningsfunnene, noe som innebærer å se på om metodene som har blitt anvendt er adekvate i forhold til hva en ønsket å studere. Totalt sett utgjør kvalitetsvurderingen av kvalitative studier kontroller, spørsmål og teoretisering (tolkning) for å sørge for at alle de ulike aspektene i forskningen henger sammen (Kvale 1997).

Forskningskvaliteten i følge Barbosa da Silva og Andersson (1991) utgjøres av å sikre sammenhengene mellom perspektivene, forskningsspørsmål, valgt datasamlingsmetode og analyse, samt de rammer som ligger i dataene i form av fortolkningsmuligheter og begrensninger.

Hos Sandelowski (1986) vurderes kvaliteten i forskning ut fra fire begreper; troverdighet, overførbarhet, granskbarehet og bekreftbarhet. Begrepene til Sandelowski fanger opp forskningskvaliteten gjennom sine valgte tilnærminger og utgjør tilsvarende kvalitetssikringsvurderinger som andre vurderingsgrunnlag innenfor kvalitativ forskning. I denne sammenheng omhandler troverdighet nøyaktighet i de beskrivelser som har blitt gjort, samt fortolkningen basert på de ulike delstudiene i avhandlingen. Når det gjelder overførbarhet omhandler det i hvilken grad funnene kan tilpasses, eller anvendes i andre kontekster og har relevans for andre. I denne sammenheng omhandler det relevans for andre profesjonsgrupper som arbeider i en intensivkontekst. Begrepet granskbarehet omhandler om andre forskere kan følge beskrevne forskningsprosesser fram til de funn som foreligger.

Bekreftbarhet baseres i følge Sandelowskis på at de ovennevnte tre kriteriene er oppfylt. Sandelowskis begreper om forskningskvalitet vil bli anvendt i denne avhandlingens diskusjonsdel.

I de ovennevnte beskrivelsene uttrykkes sekvens, prosess og helhet i forskningen som vesentlig. Denne avhandlingen, med sine fire delstudier, har opplevelsesperspektivet som møtepunktet mellom folkehelse og sykepleie. Møtepunktet (fokuset) representeres gjennom et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv, samt valgte metoder innenfor samme perspektiv. Problemstillingene i delstudiene II, III og IV har basis i delstudie I, hvor det er gjort review (av 10 reviewstudier). Hensikten var å få fram en solid forskningsmessig kunnskapsbakgrunn for å reise videre forskningsspørsmål i forhold til intensivkonteksten.

3.4 Forforståelse

Et anliggende som også har betydning for fenomenologisk-hermeneutisk forskning er forskerens forforståelse. Gadamer (2007) påpekte i diskusjonen om Husserls fenomenologiske metodologi og epochè (den første av reduksjonene for å finne fram til "saken selv") at i fortolkningsarbeidet var det uriktig å sette parentes om forforståelsen (Gadamers benyttet begrepet fordom), men forskeren måtte derimot beskrive forforståelsen slik at forståelsen(e) kunne sees i lys av fortolkningen(e). Forskerens posisjon i en hermeneutisk tradisjon vil være en form for instrument i fortolkningsprosessen hvor forskeren løfter fram egne meningsskapende forståelse(r) fra datamaterialet (Lykkeslett & Gjengedal 2007, Fangen 2004, Malterud 2003, Kvale 1997). Med det menes at forskeren fortolker data opp mot egen forforståelse, noe som i dette tilfellet innebærer at fortolkningene som gjøres både blir påvirket av den bakgrunnskunnskap og de erfaringene forskeren bærer i seg.

Forskeren som har hatt hovedansvaret for fortolkningsarbeidet som inngår i denne avhandlingen har både utdanning innenfor intensivsykepleie og erfaring som intensivsykepleier. I tillegg inngår erfaringer med å være faglærer og leder for videreutdanning i intensivsykepleie, samt forskning og fagutvikling innom dette spesialfeltet innenfor sykepleiefaget. Denne kunnskapen og erfaringsbakgrunnen som utgjør forforståelsen vil på ulike vis speile hva som blir fokusert på, hva forskeren ser og/eller ikke ser (Malterud 2003). Dette innebærer at forforståelsen innvirker på hva slags spørsmål en stiller, eller lar vær å stille og den vil også påvirke hvordan forskningsspørsmålene stilles og vinkles.

Å forske i eget felt, både klinisk, teoretisk og forskningsmessig, omhandler oftest at en allerede har en form for nærhet, eller familiært forhold til konteksten(e). En slik kjennskap til feltet vil kunne åpne opp feltet gjennom kjennskapet til hva som beveger seg der, men det vil også kunne lukke gjennom at forskeren forholder seg til feltet uten i noen grad stille spørsmål som favner andre posisjoner enn det erfaringene tilsier (Halvorsen 2009). En slik lukkethet innebærer en form for blindhet i forhold til fagfeltet hvor en ikke evner å løfte fram egen forforståelse (Fangen 2004, Malterud 2003). Lykkeslett og Gjengedal (2007) har sett på forhold som kan ha betydning for forskning i eget fagfelt. De konkluderer med at innsikt løfter fram mange fordeler i forhold til forskningen, men den utfordrer også forskeren på å stille selvkritiske spørsmål for å komme bak egen forskningsposisjon og perspektiv. Forskerens nærhet til feltet er flersidig, men vil være knyttet til identitet og verdier. De faglige

posisjonene innenfor anvendte teoretiske perspektiv, metodologisk perspektiv og valg av metoder utgjør aspekter ved denne identiteten.

3.5 Forskningsetiske overveielser

Forskningsetikken har sitt opphav i FN's menneskerettigheter og reguleres gjennom bl.a. Helsinkideklarasjonen prinsippet om god etisk standart i forskning som involverer mennesker. Norsk sykepleieforbund (NSF) (2007), Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) og International Council of Nurse's (ICN) bygger sine forskningsetiske prinsipper på samme forskningsetiske utgangspunkt som Helsinki-deklarasjonen. Å handle forskningsetisk handler i prinsipp om balansen mellom hensynet til den/de personene som inngår i prosjektet og forskeren og hans/hennes interesser (Alver & Øyen 1997). Forskning, som fanger opp vanskelige forhold ved livet, må balanseres for eksempel mot den kompetanse som sykepleiere trenger for å arbeide med intensivpasienter og mot disse pasientenes mestring. Å være intensivpasient innebærer oftest å være i en krisetilstand der selve livet er truet. Og igjen få fram opplevelser og erfaringer fra en slik livsfase kan for mange informanter være svært traumatisk. Forskningstemaet ble med dette utgangspunktet vurdert som sensitivt. Det blir derfor ekstra viktig i et slikt forskningsfelt at forskeren følger gjeldende forskningsetiske prinsipper, og i tillegg viser varhet i forhold til den enkelte informant (Forsmark 1997). Forskerens interesse er rettet mot å beskrive og utvikle kunnskapsgrunnlaget i dette området av sykepleiefaget, med en hovedtanke om å forbedre praksis. I den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora's (NESH) (2006) forskningsetiske retningslinjer påpekes det at forskere har et spesielt ansvar på seg for å forske innenfor svake grupper eller sensitive tema. De viktigste forutsetninger er at studien skal oppfylle forskningsetiske retningslinjer og grunnleggende aspekter som ikke å skade deltakeren og at forskningen skal ha nytteverdi.

Forskningsmaterialet som inngår i delstudiene II, III og IV er basert på empirisk materiale. Det empiriske materiale i delstudiene II og III inneholder dybdeintervjuer av tidligere intensivpasienter. Begge delstudiene ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk helseregion 5 (8/11 2004). Informantene i delstudiene II og III var tidligere intensivpasienter og ble valgt ut av avdelingssykepleier ved intensivavdelingen hvor informantene hadde vært behandlet. De ble skriftlig tilskrevet og forespurt om å delta i forskningsprosjektet. Studiens hensikt, utvelgelsen av informanter og anonymitet, praktiske forhold som deltager, samt muligheten til å trekke seg ble vektlagt i informasjonsskrivet. Alle

informanter har bekreftet deltagelsen ved skriftlige samtykke. Alle informantene ble lovet at datamaterialet skulle behandles konfidensielt. Alt skriftlig materiale ble for hver informant kodet med en bokstav. I tillegg ble identifiserbare forhold i datamateriale (som navn på personer, stedsnavn og navn på sykehus) tatt ut slik at datamaterialet både ble aidentifisert og anonymisert. Ingen av informantene ønsket å trekke seg før studiene var ferdigstillet.

Delstudie IV inneholder nedskrevne data fra observasjon og intervju av intensivsykepleiere. Gjennom et informasjonsskriv ble informantene forespurt om å delta i studien. Informasjonen omhandlet hensikten med studien, utvelgelse av informanter og anonymitet, praktiske forhold ved deltagelse, samt muligheten til å trekke seg. Alle informantene ga sitt skriftlige samtykke til å delta. I denne delstudien var det intensivsykepleiere som var informanter, ikke intensivpasienten(e). Dette til tross, hadde pasienten(e) en sentral posisjon i situasjonen(e) ved det å være i situasjonen(e). De var i situasjonene hvor det ble observert og de var i sentrum for all omsorgs- og behandlingsaktivitet i rommet som observasjonene var knyttet til. Autonomi forbindes gjerne med forhold som respekten for deltagelse, verdighet, integritet og sårbarhet. Intensivpasienten(e) var i en spesielt sårbar situasjon ved å ha en kritisk syk kropp, blottlagt privatliv og kroppslig nakenhet. Det ble derfor lagt vekt på at også pasienten skulle få gi sitt samtykke om tillatelse til at det ble observert i rommet hvor han/hun befant seg. Et slikt valg ville ikke bare imøtekomme respekten for pasientens autonomi og integritet, men også den nærhetsetiske dimensjonen som i denne sammenheng ville avklare observatørens funksjon og engasjement i situasjonen (Nyeng 1999). Med utgangspunkt i pleie av den syke og vektleggingen av å være til for den andre ble også dette et relasjonsetisk problem, nettopp ved at i møte med den andre (intensivpasienten) trer også mitt ansvar som sykepleier fram. Forespørselen ble gjort gjennom skriftlig informasjon og spørsmål om skriftlig samtykke rettet til de pasienter som skulle opereres før innleggelse i intensivavdelingen. Pasientene bekreftet sin tillatelse med skriftlig samtykke sendt direkte til forsker.

Delstudiene II, III og IV ble også godkjent av Personvernombudet, Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste, vedrørende behandling av personopplysninger (delstudiene II og III den 27/10 2004 og delstudie IV den 7/6 2005).

3.6 Tidligere forskning

Et litteratursøk i databasene Pubmed og Cinahl (innenfor en tidsperiode på de siste ti år), samt gjennomgang av artikler og abstrakter viser betydelig forskning innenfor området kritisk syke pasienter og intensivbehandling. Mye av forskningen er amerikansk, canadisk, eller australsk, lite er europeisk og fra Norden. I søken etter tidligere studier har fokuset vært rettet mot de fire fenomenologiske områdene; opplevd stress i situasjonen (delstudie I), kropp og kraft (delstudie II), pårørendenærværet (delstudie III) og formidlingen av erfart kunnskap (delstudie IV). Forskning på hva som kan virke inn på situasjonen til pasienten i form av stress kan i en intensivkontekst i hovedsak deles inn i fire områder. Innenfor det første området belyses fenomener som oppstår under intensivbehandling. Ulike former for mentale reaksjoner på situasjon omtales under fokusene psykoseopplevelse, post traumatisk stress og sensorisk deprivasjon. Hewitt (2002) beskriver psyko-affektive forstyrrelser hos pasientene i intensivavdelingen og avhumanisering. Det vektlegges i studien at det må gjøres intervensjoner både i forhold til selve miljøet i avdelingen og intervensjonsmetodene som anvendes. Ulike stressforhold ved det å være tilkopleet respirator, samt medikamentell sedering under respiratorbehandling er studert av Rotondi et al. (2002) hvor det framkommer at pasientene utsettes for store stressbelastninger knyttet til intubasjon og respiratorbehandling og som manifesteres som smerter, angst, søvnløshet, samt mangel på kommunikasjon og kontroll. En studie omtaler intensivpasienter som har vært levertransplantert der disse har stressreaksjoner knyttet til søvn, smerte, problemer knyttet til intubasjon og stress knyttet opp mot relasjonsproblematikk, til tross for intensivpersonalets intervensjoner i situasjonen (Biancofiore et al. 2005). Tracy og Ceronisky (2001) beskriver at stresset i situasjonen hindrer pasient-pårørenderelasjonen i å fungere, de mestrer ikke heller ikke i forhold til å kunne klare å motta informasjon. Stresset de opplever er også relatert til betjeningens kompetanse, moral og oppholdets lengde.

Intensivbehandling og prosedyrer er det andre området. Studier belyses ulike forhold ved respiratorbehandling, medikamentell avslapning/søvn behandling, teknikker både i forbindelse med utsugning av slim fra luftvegene og tilkopling og frakopling av respiratorutstyret. Hurford (2002) konkluderer i sin studie at uklok bruk av sederende og muskelrelakserende medikamenter forlenger oppholdet i intensivavdelingen, noe som baserer seg på dårlig innsikt i medikamentell og behandlingalternativene til intensivpasientene. I Sheen og Oates`s (2005) studie fant de at intensivpasienter, som er behandlet med sederende medikamenter, at ble fullstendig hjelpeløse. Pasientene opplevde drømmer hvor de var

distansert fra kroppen, opplevde kaos, og at tidsaspektet ble borte. Det å få hjelp ble opplevd som positivt, blant annet følte pasientene seg trygg når de var knyttet til respiratoren og følte seg komfortable når det var lyder/stemmer i rommet. Fracer og Riker (2001) viser at medikamentell sedering synes å ha en positiv effekt under respiratorbehandling. I Samuelson et al. (2007a) studie har de sett på sammenhengen mellom stress og medikamentell sedasjon og konkluderer med at den beste behandlingen er en individuell kontinuerlig vurdering som gir de beste resultater i forhold til pasientens mestring. I en annen studie ser Samuelson et al. (2007b) på stress hos voksne pasienter i sammenhengen mellom respiratorbehandling og minner. Resultatene viser at pasientene har sterk angst og uro, samt at det å være kvinne øker risikoen for psykologisk stress. Glykemiske forhold hos intensivpasienter som er under stress i intensivavdelingen studeres også og knyttes til trauma i intensivavdelingen som medfører periodevis hyperglykemi og som derfor må nøye systematisk kontrolleres under oppholdet i avdelingen (Perkins 2004).

Det tredje området omhandler interaksjon mellom pasient og sykepleier. Å kommunisere med avslapningsbehandlede pasienter tilkopleet respirator, med fokus på berøring belyses av Llenore (1999). Sykepleiere kommuniserer usedvanlig dårlig med intensivpasientene til tross for høy kompetanse og gode ferdigheter. I følge studien til Dyson (1999) mener er det sammenheng mellom at pasienten i intensivavdelingen utvikler psykose og det terapeutiske pasient – sykepleieforholdet og intensivavdelingen som kontekst. Til tross for mye forskning innenfor intensivsituasjonen, er det ikke funnet forskning hvor stressforhold relateres til opplevd situasjon og som settes inn i et folkehelse- og sykepleievitenskapelig perspektiv med fenomenologisk hermeneutisk fortolkning.

Det fjerde og siste området innbefatter oppfølging av intensivpasienter etter utskrivelse fra intensivavdelingen. En studie tar for seg intensivpasienters situasjon etter behandlingstiden i intensivavdelingen og konsekvensene av pasientenes erfaringer for å endre sykepleiepraksis (Odell 2000). Studier belyser ulike forhold i intensivavdelingen i et retrospektivt perspektiv, som hvordan pasientene opplever respiratorbehandlingen ett år etter behandlingen og i Mendelsohn et al. (2002) studie konkluderes det med at yngre personer har et mer positivt forhold til respiratorbehandling enn eldre. Når det gjelder den psykologiske effekten av behandling i intensivavdeling beskriver Richmann (2000) drømmer relatert til sorg og hevder at sykepleierne står i en særstilling til å kunne hjelpe pasientene med samtale med hensikt å forså sykdomssituasjonen. Beard (2005) har studert stress knyttet til overflyttingen fra

intensivavdelingen til vanlig sengepost. Pasientenes stress relateres til redsel knyttet til det å miste en-til-en forholdet med sykepleieren, den kontinuerlige overvåkingen og mangel på kontinuitet. Den viser også at stress kan reduseres gjennom tidlig planlegging og bearbeiding av overflytting. Angst, depresjon og post-traumatiske forhold etter opphold i intensivavlingen beskrives i to studier. I følge Rattray og Hull (2008) er de studerte fenomenene et økende problem hos intensivpasientene. Etter kontinuerlig oppfølging av pasientene opp til seks måneder etter intensivoppholdet, beskriver Adamson et al. (2004) rehabilitering etter kritisk sykdom som en kompleks prosess hvor pasientene plages av erindringer og opplevelsene knyttet til dynamikken mellom velvære og ubehag. Også redsel knyttet til oppholdet i intensivavdelinger og betydningen dette kan ha for rehabiliteringsprosessen har vært studert av So og Chan (2004) og de beskriver betydningsfulle motsetninger mellom sykepleiernes og pasientens opplevelser av stress i intensivavdelingen. Sykepleiere minimaliserer effekten av stress, noe som har betydning i forhold til rehabiliteringsprosessen. Forskerne fremhever at pasientenes psykiske tilstand må vektlegges i større grad gjennom å få opp pasientenes egenkontroll. Jones et al. (2003) viser at egenaktivitet (selvhjelp) i rehabiliteringsprosessen er betydningsfullt for den fysiske rehabiliteringen og minsker faren for depresjon. Minton og Carryer (2005) viser at intensivpasienter (seks måneder etter utskrivning) som innser hvor syk de har vært mestrer utfordringer bedre enn de som ikke tar dette på alvor.

Når det gjelder forskning på fenomenene kraft og bevegelse finnes det lite forskning knyttet til intensivpasienter. Ernæringsmessige forhold relatert til kroppsfunksjon beskriver Janssen et al. (2002) har betydning for muskelkraften hos eldre. I en studie av Loram et al. (2002) påvises det at aktive bevegelser påvirker respirasjonskvaliteten. Majoriteten av intensivpasienter som overlever har funksjonsreduksjon, nedsatt livskvalitet og autonomi (van der Scaaf et al. 2004). Epstein (2002) beskriver i sin studie at det er ulike sykdomsmessige forhold mellom intubasjon og reintubasjon, noe som indikerer kritisk vurdering og kartlegging av pasienten tilstand, også av hoste- og pustekraft, før ekstubasjon. Knyttet til opplevelser av mening beskriver Storli et al. (2008) minnene intensivpasientene har fra intensivoppholdet og hevder at menneskets eksistensiell karakter (inklusive livskraft) har betydning for hvordan den enkelte klarer å leve gjennom intensivfasen. Ut fra de datasøk som er utført finnes det ingen fenomenologisk hermeneutiske studier av fenomenene kraft og bevegelse i en intensivkontekst.

Området pårørende er generelt sett bra belyst gjennom forskning. Denne forskningen omhandler grovt sett pårørendes behov, samt hvordan en på ulike måter møter pårørendes behov knyttet til alvorlig sykdom og familier i krise. De aller fleste studier tar for seg området pårørendes ulike behov og erfaringer knyttet til intensivbehandling og endret situasjon i forbindelse med akutt/alvorlig sykdom. Van Horn og Tesh (2000) beskriver stress hos pårørende i intensivavdelingen som innvirker både på personlig helse og integritet, samt medfører endringer på spisevaner, søvn, aktivitet og familiemedlemmenes rolle og integritet. En studie viser at pårørende opplever emosjonelt stress knyttet til relasjonene med behandlingspersonalet, hvor sykepleierne vil ha en positiv rolle knyttet til det å gi informasjon og det å skape optimisme (Auerbach et al. 2005). Pasientenes opplevelse av besøk av pårørende i intensivavdelingen og besøksrutinene i intensivavdelingene er studert av (Bergbom 2000), som viser at lidelse ikke bare kan imøtekommes knyttet til sykdom og skade som pasientene opplever, men også til at de er del av en større sammenheng og til frykten for meningsløshet. Forskning om intensivpasient og pårørende-relasjonen har i hovedsak pårørendes behov som utgangspunkt. En studie tar også opp hvordan pårørende opplever å leve med å ha en pårørende som er døende tilkoplest respirator (Sinuff et al. (2008). Studien viser at pårørende forstår respiratorbehandling bedre over tid også knyttet til intensivavdelingens miljø og rutiner, noe som medfører større respekt og meningsfull kommunikasjon. Det å vente som pårørende i intensivavdelingen knyttet til avklaring av pasientens situasjon beskriver Bournes og Mitchell (2002) som å være midt inne i en turbulens av vaksomhet og oppmerksomhet, men også med engasjement. Reviewstudien til Paul og Rattrey (2008) konkluderer med at faktorer i lokal- og kulturelle forskjeller, samt individuelle behov hos pårørende må vektlegges til pårørende i intensivdelingen. Hvor pårørende har uidentifiserte behov må dette også kartlegges og imøtekommes. Kroppsnærværet fra pårørende i en intensivsetting og opplevelsen av dette nærværet er, så vidt søkene viser, ikke eksplisitt studert ut fra pasientens perspektiv.

Overføring av erfaringsbasert kunnskap i en klinisk veiledningssituasjon er lite belyst gjennom forskning. I en studie av Gieselman et al. (2000) ser de på implikasjoner for utvikling av en læringsmodell for å lære seg sykepleieforskning på bakgrunn i erfaringer og konkluderer med at modellen er anvendbar for et slikt formål. Halse og Hage (2006) ser på en veiledningsmodell for en gruppe sykepleiestudenter i klinisk praksis. Modellen viser at studentene øker sin sykepleiekompetanse og sykepleieidentitet. Haigh (2007) har sett på bruk

av case som simulering av klinisk praksis. Studenter ga uttrykk for behov av mer slik undervisning. Det er også funnet en studie (ut over søkertidsrammen på 10 år) som kan relateres til en slik måte å se på kunnskapsoverføring. Studien belyser denne erfaringen og problematiserer en slik erfaring i forhold til hva slags effekt slike holdninger kan ha for pasientens prognose. En slik holdning kan også relateres til kunnskapsoverføring, nettopp ved at erfaringen og holdningen overføres til studenten og kan dermed få både et videre omfang og konsekvens. I tillegg er det funnet en studie (utenom søkene i pubmed og cinahl) om læring i praksisfellesskapet i intensivavdelingen (Kvangarsnes et al. 2008) som tar for seg hvordan studenter deltar og lærer i praksisfellesskapet i avdelingen. Studentene deltar i tre læringsarena; sammen med sykepleierne, legene, samt pasienter og pårørende. Studien viser at den medisinske diskursen er i høgsete, men det er grunnlag for å stille spørsmål om den kritiske sosialiseringa blir ivaretatt.

4.0 HOVEDFUNN MED KOMMENTARER

Funnene vil bli presentert knyttet til hvert delstudie. I disse individuelle presentasjonene blir funnene beskrevet ut fra følgende organisering: I delstudie I danner de tre spørsmålene, som ble stilt til tekstene (stress relatert til kropp, rom og relasjon), strukturen for presentasjonen av funnene. I delstudie II danner de tre temaene strukturen, mens i delstudiene III og IV er strukturen knyttet til subtemaene organisert under enkeltstudiets tema. Etter presentasjonen av funnene, i hver enkelt delstudie, gis det kommentar til funnene. Til slutt vil funnene bli presentert og diskutert i en kort sammenfattende del.

4.1 Delstudie I.

Om det å være i situasjonen –intensivpasienters opplevelse av stress.

Denne delstudien er en reviewstudie hvor dataene består av 10 artikler (reviewstudier). Det fremgår av litteraturen at stress i situasjonen som intensivpasienter opplever og erfaringer er relatert til kropp, rom og relasjon.

Stress relatert til kropp

Når kroppen er syk skjer det endringer ved at den påvirkes av sykdomssituasjonen. Stress framkommer da gjennom kroppslige uttrykk som svette, forhøyet puls og hyperventilering. Ved at disse uttrykkene kjennes i kroppen settes disse opplevelsene opp mot kroppens erfaringer gjennom sin kroppslige oppmerksomhet. Mangel på søvn oppleves også som et kroppslig stressfenomen og forhold som prosedyrer, stell og støy forstyrrer kroppens søvnregulering. Gjennom søvnforstyrrende aktiviteter påtvinges kroppen å være sansende i motsetning til å kunne slippe situasjonen ved å gå inn i søvnen. Å miste kontrollen, samt angst og smerte ble opplevd som stress gjennom opplevelsen av å miste seg selv. Dette blir svært truende for den kritisk syke, nettopp gjennom en erkjennelse av å være bundet til kroppen og situasjonen. Det tekniske utstyret, samt prosedyrene ble både opplevd som selve tryggheten i forhold til å opprettholde livet, og som noe av det som gjorde situasjonen ubehagelig og plagsom gjennom ulike kroppslige emosjoner og reaksjoner. Bruken av det tekniske utstyret innbefattet også redsel for ikke å komme ut av situasjonen, forvirring og hallusinasjoner.

Stress relatert til intensivrommet

Stress relatert til og fra intensivrommet fremkommer gjennom opplevelser om at selve rommet blir et speil av situasjonen ved at rommet både representerer livet og samtidig redselen for å dø. Slike opplevelser innvirker sansemessig på pasientene gjennom lys, lyd og

det horisontale leie og i hvilken grad de har mulighet til å påvirke situasjonen som innbefatter disse inntrykkene. Og gjennom å være i den horisontale posisjonen i rommet trer en form for makt fram ved at pasientene, i kraft av sin situasjon som kritisk syk, settes i avmakt. Denne formen for avmakt omhandler at de ikke lengre er deltagende i det mellommenneskelige samspillet (i vertikal posisjon) i opprettholdelsen av selve livet.

Stress relatert til relasjon

I relasjonene framkommer det også stressreaksjoner, oftest relatert til situasjoner hvor det gjennomføres observasjoner, stell og behandling. Organiseringen av stellet og kommunikasjonen i situasjonen har stor betydning for effekten av grunnleggende fysiske behov, men også i forhold til å unngå angst og redsel. Organiseringen har også betydning for hvordan kontinuiteten blir ivaretatt og likeså hvordan det kan skapes rom for trygghet og håp. Travelhet i relasjonen forstyrrer kontinuiteten og dermed påvirker situasjonen til å oppleves som nærhetsfraværende. Når nærheten i relasjonen reduseres, eller blir borte ved at ordene og fellesskapet uteblir, oppleves dette som stress i form av hjelpeløshet.

Kommentar:

I lys av forforståelsen er det to forhold fra funnene som åpner seg (jfr. avsnitt 3.4). Det at organisering er viktig for kontinuitet er kjent, men at organiseringen skaper rom for trygghet og spesielt for håp gir en slags påminnelse om hvor viktig det er at pasientene "kjenner igjen" sykepleiernes organisering og rutiner. Det minner en også på om betydningen av organiseringens bevegelser og hvordan disse kan skape rom for fellesskapet og for at pasienten skal kunne kjenne det å mestre. Dypest sett omhandler dette det å kjenne seg sett, for når effektiviteten øker blir handlingene ofte mere instrumentelle og ensrettede. Konsekvensen av dette vil kunne være distansering og stress.

4.2 Delstudie II.

Kropp, kraft og bevegelse -om intensivpasienters erfaringer med kroppen.

Denne delstudien er basert på data fra kvalitative dybdeintervju med syv intensivpasienter (fem kvinner og to menn). Funnene i studien presenteres under tre tema; tapet av kropp, kraft og bevegelse, handteringen av å ha mistet kropp, kraft og bevegelse og gjenerobring av kropp, kraft og bevegelse (Tabell II).

Tabell II

Oversikt over subtema og tema om hvordan intensivpasientene opplever og erfarer kropp kraft og bevegelse.

Subtema	Tema
Kroppen vil ikke samarbeide	Tapet av kropp, kraft og bevegelse
Avhengigheten av andre	
Relasjonsbåndene	
Håndtert av pleiepersonalet	
Drøm og virkelighet	
Livet og fargene	
Trassen og Sinne	Handtering av å ha mistet kropp, kraft og bevegelse
Ansaret	
Distansering	
Beskyttelse	
Livskampen	
Fremskrittene	Gjenerobring av kropp, kraft og bevegelse
Forventningene	

Tapet av kropp, kraft og bevegelse

Tapet av kropp, kraft og bevegelse omhandler sterke motsetningsforhold, hvor kraft og bevegelse som potensialer blir endret til å være begrensninger i form av kraftløshet og bevegelsesbegrensninger. Dette kommer fram konkret i situasjonen ved at kroppen ikke fungerer i mangel på kraft og bevegelse. Mangelen på kraft og bevegelse gir seg utslag i at finmotorikken ikke fungerer. Mangelen på presisjonsmotorikk påvirker kroppsfølelsen og kontrollen over kroppen og/eller deler av kroppen, samt de muligheter som er til stede for å kunne bestemme over kroppen og ha medbestemmelse i situasjonen. Tapet av kroppen og potensialene kraft og bevegelse innvirker også på avhengigheten til andre. Dette framtrer både i følelsene av å ikke bli tatt på alvor, i et ønske om å kunne ha muligheten til å hjelpe seg selv i situasjonen og i selve nederlaget ved for eksempel det å ikke kunne puste. Relasjonsbåndene påvirkes også av tapet av kropp, kraft og bevegelse gjennom at tilhørigheten til familie og venner endres gjennom selve kontakten. Den påvirkes også gjennom at det trer fram et konfliktforhold mellom nærheten og avstanden til de nærmeste, men drives av tilknytningen til sine nærmeste og håpet om gjenforening. I forhold til pleiepersonalet fremkommer det at tilstedeværelsen har stor betydning med tanke på det å bli sørget for. Det å være handtert av pleiepersonalet innvirker positivt på kroppen og dens kraft og bevegelse gjennom at sykepleierne viser medfølelse, engasjement og er omsorgsfulle. Det fremkommer allikevel en

kontrast til dette når sykepleierne anvender instrumentelle handlinger noe som innebærer en opplevelse av å bli behandlet som et objekt. I situasjoner hvor det vanskelig kan skilles mellom drøm og virkelighet påvirkes også kroppen og dens kraft og bevegelse. Den påvirkes når det blir brist mellom virkelighetsoppfattelsene som kan framtre i en intensivkontekst og når situasjonen blir så prekær at det påtvinger en distansering fra kroppen. Også når tid og sammenhenger flyter sammen, eller blir borte, påvirkes kroppen ved at det blir "sorte hull" i meningssammenhengene. Også livet og fargene innvirker på kroppen og dens potensialer gjennom den fargede verden endret seg fra å være "overfarvet" til igjen å utgjøre et gjenkjennelsens fargespill slik det var fra før sykdomssituasjonen oppsto. Lyst, i en mer åndelig forstand, innvirket også ved at det påvirket livskraften.

Handtering av å ha mistet kropp, kraft og bevegelse

Handteringen av å ha mistet kropp, kraft og bevegelse handler om mobilisering av ressurser. Slike ressurser mobiliseres gjennom å benytte trass og sinne. Hensikten synes å være både å sette grenser for seg selv og det å utfordre seg selv. Denne mobiliseringen benyttes også som drivkraft for å overvinne egen situasjon som kritisk syk. En situasjon hvor det å forsvare seg selv i situasjonen, mot smerter og en kropp som ikke fungerer, blir viktig. Handteringen kommer videre fram i forhold til ansvaret for familien. Til tross for at situasjonen er vanskelig, tematiserer de hvordan situasjonen er for dem ved å vise ansvar i familiefellesskapet. De tar blant annet ansvar i forhold til beslutninger innad i familien. På denne måten søker de å skape trygghet for det enkelte familiemedlem og danner et grunnlag for familiens mestring. Ikke minst vurderes familiemedlemmenes ulike behov og prioritering mellom disse. Et aspekt i dette er når pasientenes egen situasjon settes opp mot resten av familiemedlemmenes behov. Et betydningsfullt aspekt i situasjonen er besøksordningen. Når pasientene distanserer seg fra situasjonen er også det en måte å handtere tapet av kropp, kraft og bevegelse. De distanserer seg fra smertene som ofte er knyttet til stell og prosedyrer. Når situasjonen blir for vanskelig å være i, flykter de fra situasjonen ved å bevege seg vekk fra den gjennom tanken. Å beskytte seg er også en måte å handtere den tapte kroppen på. En slik beskyttelse har en åndelig dimensjon ved at de opplever seg beskyttet, i tillegg beskytter de seg selv mot pårørende ved å velge dem vekk. For at ikke barna i familien skal få for sterke inntrykk og opplevelser setter de rammer for barna, slik at disse blir beskyttet fra deltagelse i sykehuskonteksten. Å handtere en tapt kropp kommer også fram i kampen for selve livet. Livskampen, en kamp hvor det å få leve blir viktigst og hvor situasjonen er så vanskelig at galgenhumoren blir et potensiale i situasjonen. Hvor motløsheten tar plass ved at bl.a. språket

og mulighetene for å formidle seg til omverdenen er borte. Denne tilstanden omtales som det laveste eksistensnivå et liv kan ha og at skriket om hjelp blir et siste nøddrop.

Gjenerobring av kropp, kraft og bevegelse

Å gjenerobre kroppen innbefatter opplevelsen av å gjøre små fremskritt og bevegelser i situasjon. Slike fremskritt kommer fram når pasientene gjenopplever å kan kjenne igjen den vertikale posisjonen. Pasientene opplever at personalet motiverer de på en god måte og at denne motiveringen er god ved at den er rettet mot avgrensede områder ved situasjonen. Og med de små fremskrittene, bevegelsene og motivasjonen skapes også forventninger. Slike forventninger knyttes opp mot egen prestasjon og muligheter. Denne opplevelsessituasjonen innbefatter også at de våger å tenke i et framtidsperspektiv. Gjenerobringen av kroppen omhandler også det å bli klar til å utrette noe i livet. Etter hvert som kroppen, med dens kraft og bevegelse forbedres, øker presisjonsnivået noe som igjen skaper livsmening.

Kommentar:

De momentene som er overraskende, sett ut fra et forforståelsesperspektiv (jfr. avsnitt 3.4), er dette med å mobilisere krefter gjennom en form for selvdisiplinerende grunnegenskaper som trass og sinne for å møte situasjonen. Ved å anvende trass og sinne flyttes fokuset vekk fra håpløsheten og over til å ha ressurs- og mestringsfokus. Det å benytte galgenhumoren er også et uttrykk for det samme, pasientene henter fram det som er tilstede for å mobilisere mestring. Disse uttrykkene fra pasientene gjenspeiler også hvordan mennesket har i seg en intensjonalitet som er rettet mot å fange inn det som i situasjonen er betydningsfullt og tilgjengelig, samt å anvende disse på en hensiktsmessig måte. Å kunne gjenerobre noe i og/eller ved kroppen synes også å skape egenforventning og et blick som er ekstrovert og mot framtid.

4.3 Delstudie III.

Pårørendenærværet -intensivpasienters erfaringer og betydningen av disse i situasjonen som kritisk syk.

Denne delstudien er basert på data fra kvalitative dybdeintervju med syv intensivpasienter (seks kvinner og en mann). Delstudien har et tema; konflikter mellom nærhet og distanse til pårørende. Funnene vil bli presentert gjennom å anvende dette temaets seks subtema som struktur (Tabell III).

Tabell III

Oversikt over subtema og tema om hvordan intensivpasientene opplever og erfarer kroppsnærværet til pårørende.

Subtema	Tema
Kroppslige reaksjoner i samværet med pårørende	Konflikter mellom nærhet og distanse til pårørende
Kroppsnærværets bekreftende betydning	
Pasientenes opplevelser av pårørendes reaksjoner	
Kroppsnærværet og opplevelser av fellesskapet	
Ansvarsopplevelse i forhold til seg selv og familien	
Delaktighet i kroppsnærværet	

Konflikter mellom nærhet og distanse til pårørende

Kroppslige reaksjoner i samværet med pårørende

Intensivpasientene opplever kroppslige reaksjoner i samværet med pårørende. Disse kommer fram gjennom ulike sansemessige kroppsopplevelser som det at pasientene kjenner igjen stemmer, kroppsberøring og at noen pårørende tapper de for energi. Pasientene opplever også å være i en situasjon hvor de er i et dilemma mellom pårørendes forventninger og hva de selv klarer å yte. Dette gjør at pasientene prioriterer seg selv for å få nok hvile.

Kroppsnærværets bekreftende betydning

Det å få bekreftende handlinger på seg selv i situasjonen som kritisk syk oppleves som problematisk ved at det setter pasientene i en dobbelsituasjon. Å få bekreftelse uttrykkes som noe godt, men den skaper også en følelse av ensomhet. Det å få oppmerksomhet i form av gaver kjennes godt ved at det er en måte å bli sett på. Det er allikevel den direkte nærheten som blir viktigst for pasientene, en kontakt som er knyttet til blodsband. Å ha denne nærheten uttrykker pasientene skaper også følelsemessige konflikter gjennom at det kun er de aller nærmeste ved at de kjenner pasientenes liv, som kan bekrefte eller avkrefte om pasientenes opplevelser er funder i en ytre virkelighet.

Pasientenes opplevelser av pårørendes reaksjoner

Pasientene har opplevelser knyttet til pårørendes reaksjoner. De sammenligner seg med pårørende ved å sette egne reaksjoner opp mot de pårørendes når de sier at pårørende har det verre i situasjonen. Når barna gir uttrykk for at de ikke fungerer som forelder opplever

pasientene at det både skapes forventninger til dem, men samtidig bekreftes utilstrekkeligheten. Pasientene forteller at de slipper pårørende nær, men ikke helt til. Denne nærheten og avstanden trer fram gjennom både det å være i en innelukket og samtidig i en tilstedeværelse og nærvær. Intensivpasientene uttrykker også at pårørende i sin sårbarhet har ulike reaksjoner som sinne, mens andre blir stille og introvert. Pasientene opplever også håp når pårørende var håpefulle, men pasientene kjente også håpløshet ved at de ikke klarte å slippe løs selve livskraften.

Kroppsnærværet og opplevelser av fellesskapet

Fellesskapet med pårørende har stor betydning for pasientene, men i denne erkjennelsen trer også frykten fram for at fellesskapet skal opphøre. I dette fellesskapet uttrykkes også tillitens betydning, men også redselen for at pårørende ikke skal komme igjen. Pårørende tar seg tid og prioriterer å komme på besøk til dem, men pasientene uttrykker at pårørende også kommer for seg selv. Og ved at egenkapasiteten til pasientene er svært redusert lever pasientene i dilemma mellom å velge seg selv, eller å velge pårørende.

Ansvarsopplevelse i forhold til seg selv og familien

Å ta ansvar for seg selv og familien blir av pasientene uttrykt som det å gå inn å ta en sjefsrolle og knyttes opp både mot tid og til det å være grensesetter. Ved å inneha sjefsrollen vurderer de både egen og pårørendes situasjon og iverksetter tiltak for å hindre at situasjonen blir mere vanskelig enn den behøver være. Pasientene holder tilbake opplysninger for pårørende om for eksempel smerter og angst for de vurderer det som en beste løsning at de selv blir bærende med belastningen. Og pasientene sørger for at pårørende får den mest nødvendige informasjonen gjennom personalet fordi dette tjener familien best i forhold til hvordan de skal fungere hjemme.

Delaktighet i kroppsnærværet

Pasientene er også redusert når det gjelder å være kommunikativt deltagende i situasjonen. De klarer ikke å kommunisere når de er tilkoplest respirator. Det å være kroppsnær og samtidig ikke kunne delta i kommunikasjonen betegnes som problematisk og skapte konflikter i situasjonen. Mangelen på å uttrykke seg ved ord ekskluderte pasientene fra å være medbestemmende, og de blir utestengt fra det å kunne planlegge. Spesielt i forhold til kontakten med barna ble mangelen på kommunikasjon opplevd som svært vanskelig. Å være

ordløs betegnes som en totaltilstand hvor kropp og bevissthet er adskilt med en bevissthet som gir mulighetene, men en kropp som ikke kan følge opp.

Kommentar:

Funnene i denne studien, sett i et forforståelsesperspektiv (jfr. avsnitt 3.4), løfter først og fremst fram en betydelig større nyanse når det gjelder konfliktene i nærhet- og distansedynamikken med pårørende enn tidligere kjent. Funnene løfter også fram betydninger konfliktene har for pasientene gjennom den kraftfullhet som pasientene uttrykker. Konflikt(er) i relasjonen til pårørende har vært kjent og også observert i det kliniske arbeidet. At konfliktene pasientene opplever og er kroppslig involvert i, i så stor grad var relatert til egen eksistens og eksistensvilkår, er overraskende. Det sentrale her synes å være en form for streng ressursforvaltning for å kunne opprettholde eget liv og samtidig være til i den relasjonelle væren.

4.4 Delstudie IV.

Fra ”lært kropp” til ”ulært kropp” -om overføring av erfart kunnskap fra intensivsykepleier til student i kliniske veiledningssituasjoner.

Denne delstudien er basert på data innsamlet gjennom deltagende observasjon og kvalitative dybdeintervju med seks intensivsykepleiere (to delte ansvaret for veiledningen av en student) som veiledet fem intensivstudenter. Delstudien har et tema; den tilstedeværende kroppen i meningsskapende bevegelser. Funnene vil bli presentert gjennom å anvende dette temaets fem subtema som struktur; få inntrykk av situasjonen, forstå fenomenet, hjelpe naturprosessene, møte pasientens kroppslige uttrykk og å få erfaringene i kroppen.

Den tilstedeværende kroppen i meningsskapende bevegelser

Få inntrykk av situasjonen

Intensivsykepleierne formidler gjennom, og med sin kroppslige tilstedeværelse meningsskapende bevegelser når de er rettet mot å formidle inntrykk om situasjonen. Et slikt inntrykk omhandler å skape en form for oversikt. Denne oversikten baseres både på hva som har skjedd med pasienten før han/henne kom til intensivavdelingen, men også hva som er aktuelt her og nå. Inntrykket, eller det store bildet av situasjonen, innbefatter å uttrykke det generelle, men kanskje aller mest det å se det individuelle i situasjonen. Å se det individuelle går utover å se behandlingsstrategiene, det omhandler å se personene og det med personen

som kommer til uttrykk i situasjonen. Sykepleierne formidler også vurderinger vedrørende studentens kompetanse og hvor stort ansvar studenten kan inneha i situasjonen opp mot pasientens tilstand. Denne vurderingen framkommer når de stadig er hos pasientene og yter små omsorgshandlinger. Denne nære kontinuiteten kontakten fungerer også som en systematisk kontinuitet for å vurdere og kvalitetssikre situasjonen både for pasienten og studenten.

Forstå fenomenet

Meningsskapende bevegelser framkommer også i formidlingen av å forstå fenomenene. De er opptatt av å formidle hvordan smerte kommer til uttrykk, vurderes og hvordan en kan sanse at pasientene er smertepåvirket. Sykepleierne er også opptatt av og formidler vurderingene av det å være smertepåvirket. Dette innbefatter også hvordan smerte påvirker eller påvirkes av andre fenomener og motsatt, samt relevante intervensjoner. De reflekterer også om fenomener som er knyttet til respirasjon og hvordan medikamenter eller spesielle sykdomstilstander kan påvirke respirasjonen. Hvordan fenomener knyttet til eliminasjon kommer til uttrykk formidles også til studentene gjennom resonnementer om nyre- og ventrikkelfunksjoner og hvordan disse kan gi utslag i situasjonen.

Hjelpe naturprosessene

Sykepleierne resonnerer også om hvordan en kan hjelpe kroppens egne prosesser. For å unngå at det skjer komplikasjoner etter kirurgiske inngrep formidler de hvordan utnytte sammenhenger mellom kroppens posisjon og det medisinske utstyrets funksjon. Forebyggende viser de også hvordan pasientkroppene kan forberedes på behandlingen for å unngå sterke negative effekter som kan få pasientkroppene ut av en stabilisert situasjon. Sykepleierne er opptatt av og resonnerer om innaktivitet og ulike konsekvenser av innaktivitet. De formidler hvordan en må være oppmerksomme på kroppens naturlige aktivitetsprosesser og når disse kan være truet, samt mulige intervensjoner, både forebyggende og behandlingsmessig. I forbindelse med kirurgiske inngrep og bedøvelse uttrykker de hvordan oppsugingen av væske fra tarmen reduseres og at pasientene en kort periode må ha restriksjon på væske for å unngå komplikasjoner. Samtidig uttrykker de viktigheten av å lindre tørste.

Møte pasientens kroppslige uttrykk

Intensivsykepleierne vurderer og uttrykker pasientenes kroppslige uttrykk og hvordan disse kan imøtekommes, og er rettet mot å forstå disse uttrykkene i et totalbilde av pasientene. Der

hvor pasientene har helt spesielle uttrykk ved at de har spesielle problemer eller erfaringer, viser sykepleierne ekstra oppmerksomhet. I slike situasjoner imøtekommer sykepleierne pasientene uttrykk med å støtte pasientene, eller overta de funksjonene som pasientene ikke selv kan klare av i situasjonen som kritisk syk. Sykepleierne viser også vurderingene om situasjoner hvor de kroppslige uttrykkene er usikre i forhold til hva pasientene har oppfattet. Når oppfattelsesnivået til pasientene er uklart, reflekterer og formidler sykepleierne at det blir det viktig å imøtekomme slike uklare uttrykk gjennom systematiske intervensjoner.

Å få erfaringene i kroppen

For at studentene skal få erfaringene i kroppen søker sykepleierne å sette studentene inn i komplekse kunnskaps- og situasjonsforståelser. Å for å få slike kunnskapskompleksiteter setter sykepleieren studenten i situasjoner hvor de må delta, forholde seg til situasjonen og gradvis overta ansvaret i situasjonen. I disse situasjonene er studentene og sykepleierne sammen og på en slik måte kan sykepleierne kontinuerlig vurderer, utfordre og utvikle studentens kunnskaps og erfaringsgrunnlag. Sykepleierne bringer erfaringene inn i situasjonen ved at de setter studentene i situasjonen, men også ved at de gradvis bærer inn egne erfaringer i sammenhengene for å hjelpe studentene til å se situasjonene og dens elementer. På denne måten økes studentens erfaringer og de meningsskapende bevegelsene mot en større og mer omfattende forståelse av uttrykkene som kommer fram i utøvelsen av sykepleie i en intensivkontekst.

Kommentar:

Det som først og fremst åpnes opp i lys av forforståelsen (jfr. avsnitt 3.4) i denne studiens funn er det at sykepleierne søker å skape inntrykk. Det å skape seg inntrykk i situasjonen er i seg selv kjent. Derimot tydeliggjøres det hvordan kunnskapsgrunnlaget er bestemmende for inntrykkets innhold og hvordan det blir bestemmende for kunnskapsformidlingens innhold. Kunnskapsgrunnlaget bestemmer i stor grad blikkets innhold, nettopp ved at blikket påfølges av inntrykket. Inntrykket bestemmer hva øye ser, hva blikket ser og fanger opp og gir dermed også en bestemmelse for hva og hvordan intensivsykepleieren formidler, eller ikke formidler kunnskap, også i forhold til eksistensielle forhold.

4.5 Sammenfatning av funnene

Det overordnede målet med avhandlingen er å øke forståelsen av det å være alvorlig syk og hvordan slik kunnskap har betydning i kunnskapsformidling i en intensivkontekst. Sammenfatningsvis viser funnene fra delstudiene I, II og III at intensivpasientene er i en situasjon som innebærer å være i en dobbelhet -en tosidighet som de søker å finne en balanse i, gjennom å finne tilbake til seg selv som helhet i livet. Gadamer (2003) hevder at bevegelsene mellom tosidigheten nettopp omhandler et av menneskets eldste tema, nettopp å *”.....gestalta sitt liv och fråga sig hur man skall gestalta det”* (s. 11). Bevegelser mellom tosidigheten omhandler en søken etter en indre balanse hos individet som ikke kan styres av andres kontroll, men gjennom menneskets egen intensjonale drivkraft. Pasientene forholder seg gjennom den intensjonale drivkraften til livsrytmikken og til dobbelheten som kommer fram i situasjon. Pasientene uttrykker kompleksiteten og intensiteten i det er å være sentrum i eget liv som kritisk syk og hvordan det medfører brudd på mening (stress). Denne kompleksiteten og intensiteten kommer fram gjennom hvordan det er å være i ulike former for dynamikk med egen kropp, rommet og gjennom relasjoner (delstudie I). Gjennom å forholde seg aktivt til egen kropp, kraft og bevegelse framtrer intensjonaliteten gjennom at pasientene ikke bare forholder seg til opplevelsene av fenomenenes uttrykk fra det å være kritisk syk, men også forholder seg til dem ved å ta stilling til potensialene. Med utgangspunkt i potensialene søker pasientene gradvis å ta tilbake kontrollen over egen kropp (delstudie II). I kroppsnærværet til pårørende opplever pasientene å stå i en konflikt mellom forhold i egen situasjon og det å som er viktig for de nærstående. Pasientene settes i en forvaltningssituasjon hvor de på den ene siden kjemper for egne eksistensvilkår og på den andre siden står i utfordringer i forhold til pårørende og deres situasjon (delstudie III). I følge Gadamer (2003) er det dette helsens gåtefullhet omhandler, nettopp hvordan helsens vesen kommer til uttrykk. Han sier at:

”Hälsan är livets rytmik, ett oavbrutet skeende i vilket jämvikten hela tiden på nytt stabiliseras. Vi känner alla till det. Här har vi andningen, ämnesomsättningen, sömnen. Detta är tre rytmiska fenomen vilkas förlopp åstadkommer liv, energiuppbyggnad och återhämtning” (s. 21).

For å få inn erfart kunnskapen om livets rytmikk, og kan anvende den i det kliniske arbeidet for å forstå pasientens situasjon og uttrykk, søker intensivsykepleieren å overføre erfaringsbasert kunnskap til vordende intensivsykepleiere (intensivsykepleiestudenter). Gjennom tilstedeværelsen med egen reflektert kropp formidler intensivsykepleierne kunnskap til studenten gjennom meningsskapende bevegelser. Hensikten er å skape kunnskap om

pasientens situasjon, samt hjelpe studenten til å forstå og handle i forhold til pasientens situasjon gjennom å ha fått erfaringene i kroppen (delstudie IV).

Både gjennom det å fange opp det gåtefulle i pasientens situasjon i intensivavdelingen og gjennom å fange opp dynamikken i intensivsykepleierens meningsskapende bevegelser i formidlingen av erfaringsbasert kunnskap, rettes søkelyset mot å utvikle kunnskap. Hensikten er å kunne se og imøtekomme intensivpasientens på en slik måte at han/hun kan oppnå en høyere gestalt i situasjonen. Både pasientenes situasjon i intensivavdelingen og den gåtefulle helsen har i seg en dobbelhet. Denne dobbeltheten synes å være to sider av samme sak ved at de begge omhandler livets dialektiske uttrykk (Gadamer 2003). I forhold til avhandlingens overordnede hensikt som er å øke forståelsen for hvordan det er å være alvorlig syk og formidling av erfart kunnskap, er den kunnskap som løftes fram gjennom funnene et bidrag mot å forene tosidigheten mellom det å ta vare på mennesket som sykt og det å behandle sykdom.

5.0 GENERELL- OG METODISK DISKUSJON

Det overordnede målet med denne avhandlingen er å utvikle kunnskap om det å være alvorlig syk, samt om hvordan erfart kunnskap formidles i klinisk veiledning i en intensivkontekst.

Delstudiene I, II og III viser at intensivpasientene befinner seg i en sammensatt og kompleks livssituasjon. Denne livssituasjonen uttrykkes gjennom hvordan de opplever seg selv som sentrum i en opplevelseshorison og erfaringstilstand hvor de påvirkes av en spesiell kontekst, egen kropp og av relasjoner i konteksten. Det å være i denne situasjonen, setter dem i en tosidighet. Intensivpasientene kjenner situasjonen i kroppen gjennom stressreaksjoner. De opplever at kroppen blir satt ut av spill og samtidig opplever de å være i dilemmaer overfor sine nærmeste. Når situasjonen blir påtrengende, grunnet kritisk sykdom, kjenner de at de ikke kan/klarer å formidle seg ut til sykepleierne og/eller pårørende. Ved at pasientene ikke kan formidle seg ut i rommet og at sykepleierne som skal fange deres oppmerksomhet ofte mangler de faglige forutsetningene til å fange deres kroppslige uttrykk med, kommer pasientene i en dobbelsituasjon. Denne dobbelposisjonen innebærer en livsverden hvor de på den ene siden speiler at de behandles som objekt i et objektiverende (kunnskaps)blikk, men samtidig lever pasientene i og med sine erfaringer ved det å være i situasjonen med det denne innebærer. En slik posisjon setter pasientene i en form for avmaktssituasjon.

I den siste delstudien (delstudie IV) kommer det frem at intensivsykepleierne formidler erfaringskunnskap gjennom kroppens tilstedeværelse og meningsskapende bevegelser relatert til intensivpasientenes sammensatte og komplekse situasjon. Sykepleierne søker, ut fra situasjonens innhold sammen med eget erfaringsgrunnlag, å skape/setting sammen meningsinnhold for at studenten skal forstå viktige elementer i/ved pasientens tilstand. Mange av resonnementene og elementene som går inn i resonnementene, er fundert i det naturvitenskapelige kunnskapsgrunnlaget.

Å tenke helsefremmende (helsepromotivt) omkring disse forholdene er viktig både for dem som utsettes for akutt/kritisk sykdom og intensivsykepleierne som skal hjelpe de akutt/kritisk syke i en alvorlig livssituasjon. Gjennom å øke kunnskapen om hva pasientene erfarer i denne spesielle livssituasjonen, samt å "trene" blikket til vordende intensivsykepleiere gjennom formidlingen av erfaringsbasert kunnskap, vil det kunne bli løftet inn flere forutsetninger for å forebygge uhelse. Dette er derfor et felles anliggende både for folkehelsearbeidet og innenfor sykepleie fordi at helsefremming er rettet mot at intensivsykepleieren ser (har/får kunnskap

om), forstår og på et tidlig tidspunkt kan intervensere i forhold til det pasientene uttrykker i situasjonen (Berg 2007). I forhold til intensivpasientens situasjon vil intensivsykepleieren stå i en utfordring mellom å løfte fram de salutogenetiske aspektene hos/fra pasienten i en situasjon der oftest hovedvekten er preget av patogenetiske problematikk. Den salutogenetiske orienteringen er ikke bare en forutsetning for helsefremmende arbeid, det er også et grunnlag for å utvikle kunnskap om mestring og mestringsprosessene i følge Antonovsky (2000).

Påfølgende diskuteres funnene fra de fire delstudiene opp mot avhandlingens teoretiske perspektiv med fokus på blikket, empowerment og mestring, kunnskapsformidling, samt erfaringskunnskapens betydning for folkehelsearbeidet og folkehelsevitenskapen. Videre vil forskningskvaliteten bli diskutert, samt forskningsetiske refleksjoner og forforståelse. Til slutt vil det bli trukket opp retninger for videre forskning og konklusjon.

5.1 Blikket i intensivavdelingen

For intensivpersonell, og i særdeleshet sykepleiere som overvåker intensivpasientene kontinuerlig, blir blikket de anvender når de ”våker over” de kritisk syke pasientene spesielt viktig (Benner & Wrubel 2002, Benner et al. 1996). I en generell sykepleiefaglig sammenheng omtales blikket som det at sykepleieren ”ser” og for pasienten innebærer det å kjenne seg ”sett” (Martinsen 1993). Implisitt i ”blikket” ligger en form for bevegelse og resonnement i forhold til situasjonen hvor sykepleieren anvender ulike kunnskapstilfang i søken etter å forstå pasientens tilstand og situasjon. Avhengig av hva slags kunnskapstilfang sykepleieren har tilgang til, vil dette medføre hva som ses av faglige utfordringer og hvordan disse kan møtes gjennom ulike tilnærminger. Pahuus (2003) hevder at ulike blikk har ulike intensjoner. Et undersøkende blikk har en annen hensikt enn for eksempel det oppmerksomme blikk. Det ene er rettet mot mål, mens det andre har i seg å fange opp det umiddelbare og spontane som kommer til uttrykk i situasjonen.

Tradisjonelt har kunnskapsblikket innenfor en intensivkontekst vært rettet mot den fysiske kroppens funksjoner gjennom en klinisk medisinsk tilnærming, og slik er det fortsatt i stor grad. Hensikten med dette blikket er å forebygge, eller behandle kriser knyttet til vitale organers funksjon(er) slik som eksempelvis svikt i nyrene, hjertet, eller lungene (Moesmand & Kjøllesdal 2004). Pasientene forteller at de kjenner seg sett gjennom et blikk som er av betraktende karakter, et blikk som er registrerende og i hovedsak rettet mot parametre, symptomer og diagnostikk. Et slikt betraktende blikk er også nødvendig innenfor

intensivfeltet, men det fanger ikke opp det pasientene opplever og erfarer i situasjonen. Det fanger heller ikke opp pasientenes bevisste og/eller uttrykte liv og skjørhet med dets kroppslige uttrykk (Lillestø 1997). I denne dissonansen mellom hva blikkene fanger som viktigst i pasientens situasjon oppstår det ofte motsettende resonnementer i en form for ”kamp” om hva som skal få plass i blikket. Gjennom at det er den betraktende kunnskapen som har vært/er dominerende, fordi det er gjennom denne kunnskapen en redder (biologisk)liv, tar den ofte oppmerksomheten vekk fra intensivpasientens egen opplevelse av hva som står på spill og hans/hennes væren med sine muligheter- og begrensninger. Intensivpasientene oppmerksomhet er ifølge datamateriellet fanget av stress og ulike kroppslige, relasjonelle og situasjonsmessige begrensninger.

”Blikket” sykepleierne anvender, vil kunne være avgjørende for om uttrykkene sees og forstås, eller ikke. Sykepleierens blick og grad av tilstedeværelse i situasjonen vil være bestemmende for hvilke muligheter og umuligheter som framtrer (Benner & Wrubel 2002). En kan derfor spørre seg om intensivpasientenes erfaring av å være i en dobbelhet er en følge av et reduksjonistisk menneskesyn som kroppen møtes med i situasjonen; gjennom det sykepleierne fanger i blikket. Er avmaktssituasjonen pasientene opplever som akutt/kritisk syke kroppens opplevde stemthet som et direkte ”svar” på sykepleiernes (og behandlingssystemets) handlinger ut fra blikkets innhold og karakter. En slik ”splitting” kan skape en dobbelhet som den intensivpasientene opplever gjennom et blick som ekskluderer annen kunnskap (om pasientenes situasjon) og innsikt enn det blikket representerer i seg selv. Blikket utgjør dermed en form for reduksjonisme, som oftest utelukker aspekter fra pasientens livsverden. Benner et al. (1999) sier at blikket har stor betydning for sykepleierens funksjoner for å håndtere hurtige situasjonsendringer og skjørhet og de sier også at: ”.....*det var uppenbart att minsta påfrestning kunde vara avgörande*” (s. 32).

For å kunne fange denne skjørheten i forhold til pasientens situasjon, må sykepleieren beherske både de patogenetiske og salutogenetiske aspektene ved pasientens tilstand. Antonovsky (2000) påpeker at disse to dimensjonene må være supplementære og at hensikten er å skape en bevegelse mot den sunne pol, altså å fremme helsen. På denne måten blir også blikket og hva blikket fanger opp et viktig supplement i det helsefremmende arbeidet i en intensivkontekst. I følge Hanson (2004) er det ikke nok med behandlende og forebyggende tiltak innenfor folkehelsearbeidet. Det må utvikles kunnskap, og denne kunnskapen må være av direkte helsefremmende karakter. Når intensivpasienten uttrykker aspekt fra sitt

eksistensielle liv, og hvordan det trer fram i situasjonen, vil slike beretninger utgjøre viktige grunnlag for å utvikle et supplement til den kunnskap som allerede inngår i kunnskapsforståelse for/i folkehelsearbeidet. Hensikten med et slikt supplement vil foreksempel kunne være å skape en dypere forståelse av den fenomenologiske kroppen og dens uttrykksformer. En slik kunnskap vil både kunne fange opp sykepleiernes oppmerksomhet mot intensivpasientens situasjon, men også sykepleiernes egen kroppslighet i møte med situasjonen. Den vil i tillegg kunne løfte fram kroppslig kompetanse hos intensivsykepleierne i forhold til formidling av erfart kunnskap.

5.2 Empowerment, mestring og blikket

Empowerment synes å være en posisjon for å søke mot et tankesett hvor kunnskapen om pasientenes opplevelser og erfaringer kan løftes fram (Berg 2007). Et viktig aspekt ved empowerment er at det forutsetter en bevissthet om den mulighet personen har for å påvirke i situasjonen (Antonovsky 1987). Intensivpasientene som inngår i datamaterialet, er inneforstått med at de står i en avmaktssituasjon, men de synliggjør også at de har i seg indre ressurser som gjør at de har indre potensiale til å kjempe og forbedre sin egen posisjon i situasjonen. Dette framkommer også i Wåhlins et al's. (2006) studie, hvor det påpekes at intensivpasientene opparbeider seg en indre styrke og en livsglede til å kjempe. Intensivpasientenes opplevelser og erfaringer får fram at de lever i en dobbelposisjon mellom hva de selv opplever og erfarer og det som sees og vektlegges av intensivpersonalet og pårørende i situasjonen. Situasjonen til intensivpasientene setter kroppen deres i avmakt gjennom at den i ulik grad ikke gis mulighet til å fungere. Pasientene opplever blant annet at det er vanskelig å kunne løfte fram aspekt av sin opplevde situasjon, både ved at de er tilkoplest respirator (og derfor ikke kan kommunisere verbalt) og ved at sykdomssituasjonen ofte er av et slikt omfang at den legger store begrensninger på kroppen. Mangelen på disse forutsetningene "lukker" pasienten inne. Samtidig ser de mulighetene for slik intervensjon om forutsetningene hadde vært der, eksempelvis at sykepleierne og pårørende hadde sett, forstått, tatt hensyn til og integrert deres opplevelser og uttrykk i intensivsituasjonen. De ovennevnte forholdene pasientene opplever, er oftest knyttet til eksistensgrunnlaget, og har med det stor betydning for deres væren i situasjonen.

Når intensivpasientene opplever en dobbelhet ved at de ikke sees og møtes på eksistensielle forhold, men opplever seg behandlet som objekt, kan det synes som om at intensivsykepleieren mangler viktige forutsetninger for å tilføre pasientene de redskapene som

skal til for at pasientene skal kunne påvirke egen situasjon. Eriksson (1993) løfter fram to aspekt som trengs for å bli sett, forstått og møtt. Hun mener at en må fange opp selve livskampen pasienten fører, men også den konkrete hjelpen pasienten trenger. Det er i disse grunnforutsetningene forholdet makt og avmakt framtrer, nettopp ved at pasientenes sarte og begrensede potensial i svært liten grad gripes og at pasientenes eksistensielle situasjon ikke blir fanget og møtt. Det er også i disse grunnforutsetningene utfordringene til å minske avstanden mellom avmakt og makt ligger gjennom å legge til rette for empowermentprosessen. Dette kommer også fram når pasienter som har kroppslige begrensninger, forteller om hvordan de avgrenses fra den lille hjelpen og det motiverende ordet, som tilsynelatende kan virke ubetydelig sett fra sykepleiernes side, men som gir uvurderlig næring til livskraften.

Nyman og Sivonen (2005) knytter dette til livsmening og mener at det konkret sett handler om måten å leve på, livets bevegelse og retning, samt individuelt meningsinnhold. Når intensivpasientene mangler kraften, både i form av å kunne handle og kraften som ligger som utgangspunkt for det å kunne handle, kan dette rettes mot viljen og lysten til å leve. Barbosa da Silva og Perrson (1991) sier at dette kan forstås ut fra at tre forhold; objektivt, ontologisk og fenomenologisk. Med utgangspunkt i en livsmening som retter seg mot disse aspektene, vil alltid spørsmålet komme opp hvorfor den enkelte kjemper for å leve. Barbosa da Silva og Perrson (1991) setter også denne vurderingen opp i et tidsperspektiv der pasientene retter eget blikk mot livet og hva som har vært meningsfullt og gjort livet verdt å leve. Syk helse innebærer hvordan personen opplever å ikke få tilrettelagt forhold som kan endre fokuset fra redusert selvfølelse, verdiløshet og føler seg fengslet i og av situasjonen (Strandmark 2004). Dette er også opplevelser og reaksjoner som framkommer i denne avhandlingens datamateriale (i de tre første delstudiene). Motsetningen til uhelse representeres gjennom helse som innebærer at til tross for at situasjonen for pasientene kan være marginal så kan kunnskapen som har sin bakgrunn i erfaringene utgjøre viktige innspill nettopp for at de skal kunne kjenne seg verdifulle og at situasjonen blir representert gjennom dens iboende muligheter, ikke situasjonens begrensninger.

Empowerment handler om hvordan sykepleieren ut fra situasjonens muligheter kan skape helsefremmende empowermentprosesser gjennom å tilrettelegge for pasienten. En slik tilrettelegging vil kunne tilbakeføre mulighetene til pasientene for å styrke selvfølelse, egenverd og mestring i situasjonen (Wåhlin et al 2009, Endacott et al. 2008). Den viktigste

forutsetningen for å kunne slippe makten i form av å kunne åpne for en pasientrettet empowermentprosess er at sykepleierne har kunnskaper til å se situasjonen og hva som står på spill. I denne sammenhengen betyr det å kunne ha en kunnskapsmessig og en kroppslig åpenhet i forhold til å se, sanse og fortolke hva pasientens liv kan innebære akkurat i situasjonen (Martinsen 1996, 1993). I dette interpersonlige samspillet blir kompetansen intensivsykepleierne besitter, avgjørende nettopp ved at makten som ligger i det reduksjonistiske blikket, kan skape avmakt hos pasienten. Opplevelsen av avmakt er knyttet til hva sykepleieren ser eller ikke ser i følge pasientenes erfaringer. Når sykepleieren ikke ser hva som står på spill og objektiviserer de kroppslige uttrykkene, kan dette også sees på som at sykepleierne selv kan komme i avmakt i forhold til situasjonen. Denne ”maktens avmakt” utgjør både det å være i en profesjonell posisjon til pasienten og det å være i mangel av ”redskapene” til å kunne se, forstå og kunne intervensere. Når avmakten ikke bare blir pasientenes levde liv, men også det sykepleierne lever ut i situasjonen, kan det få konsekvenser i og for situasjonen.

Martinsen (1996) hevder at livet i seg selv bærer en rangordning i seg, nettopp motsetningene mellom liv og død. Det er i dynamikken mellom disse intensivpasientene befinner seg, både gjennom erkjennelsen av å være levende, men også gjennom erkjennelsen av å bli håndtert som objekt. I mangelen av kunnskap om den fenomenologiske kroppens uttrykksformer som kritisk syk, og i det også aktelsen av intensivpasientenes særegne uttrykk, blir intensivpasientene satt i avmakt. De kan bli satt i krenkelsens rom (ved at både livet og livsfølelsen krenkes) gjennom at de ”forminskes” fra å være et medsubjekt til å bli en kropp uten bevissthet om egen kropp og liv, i mangelen på et sansende og fortolkende kunnskapsblikk. Til tross for dette kjemper pasientene en kamp gjennom å bekrefte seg selv i kampen for å fange mulighetene i situasjonen. Et spørsmål vil være hva som skal til for å legge forutsetningene til rette for en empowermentprosess, hvor pasientene ikke settes i avmakt, men gis makt også som grunnlag for mestring?

I følge Lazarus (1984) er mestring knyttet til å se mening i situasjonen, mens stress er et uttrykk for brudd på mening. Han påpeker også at mestring kan forstås som noe typisk en gjør, men det kan også forstås som det å ikke gjøre noe. I motsetning til den kognitive tradisjonen, hvor mestring er knyttet til menneskets rasjonelle håndtering av ytre begivenheter (betraktende perspektiv), er mestring innenfor den fenomenologiske tradisjonen knyttet til at mennesket formes/påvirkes og utformer/påvirker betydninger og meninger i situasjonen(e)

(Benner & Wrubel 2002). Intensivpasientene i datamaterialet (delstudiene I, II og III) opplever brudd på mening knyttet til kropp, rom og til relasjonen(e) i situasjonen. De opplever også å være i en dobbelhet i situasjonen både til seg selv og til omgivelsene, noe som ofte skaper brudd på mening. I mangelen på meningssammenheng ligger det en uro både over noe og mot noe hos pasientene. I dette aspektet utgjør stressopplevelsen både en meningssøken i forhold til tilværelsen, en form for forflytning i livsutviklingen og en forståelse av liv og situasjon, og ikke minst utgjør den en livsgnist (Palmgren 1997). Derfor kan det å ikke oppleve mening i situasjonen (mestre) være omfattende og synes å påvirke pasientenes selvoppfattelse, eksistens og helsemessige livsmuligheter. Strandmark (2006) beskriver helse som mental kraft eller livskraft, en livskraft som gir individet selvrespekt, kraft og mestring. Denne livskraften er nødvendig for at mennesket skal kunne oppleve og erfare helse. Intensivpasientene viser at de har livskraft i sine kropp (delstudie II), men de er satt i avmakt på grunn av at noen av grunnforutsetningene er borte.

En av grunnforutsetningene er at sykepleierne i liten grad har fokuset rettet mot å kunne fange opp værensvilkårene. Slike vilkår er en forutsetning for at intensivpasientene på ulike vis skal kunne bli møtt på deres situasjon og dermed gis muligheten for å få tilført nødvendige bidrag for å få bygge mening i situasjonen. Eriksson (1993) hevder at i den gode lidelsen fører mennesket en kamp for mening og vekst, men i den gode lysten finnes den ekte livsgleden, mening og kraft. Dette setter fokuset på både lidelse og (lives)lyst som to dimensjoner i mennesket, som til sammen utgjør det som driver mennesket. Intensivpasientene har oftest i seg disse potensialene Eriksson løfter fram, men denne kampen og livsgleden løftes lite fram av sykepleierne slik at mening, vekst og kraft framelskes hos pasientene. Meningsbygging og livskraft synes ut fra studiene som inngår i denne avhandlingen, ikke å være tilstede i noen særlig grad slik at en fremmer de iboende ressursene pasientene har i seg for å skape helse. De blir i stedet erstattet av et blikk som fanger "utenpåheten" og som framtrer handlingsmessig i form av sykepleie som har sitt fundament i et naturvitenskapelig kunnskapsgrunnlag hvor sykdomsprosessen behandles, men ikke livskraftsgrunnlaget. Empowerment og mestring er prosesser som går hånd i hånd. En kan sjelden snakke om empowerment uten å legge forutsetningen for mestring, eller at mestring er tilstede.

5.3 Kunnskapsformidling og blikket

I utdanning av intensivpersonell blir blikket viktig, nettopp ved at blikkets innhold kommer til uttrykk gjennom det som formidles i den kliniske veiledningen av studenten(e). Gjennom

intensivsykepleierens blikks innhold formes og dannes studenten til en sykepleiefaglig funksjon rettet mot å ivareta den akutt/kritisk syke i en intensivkontekst. Når intensivsykepleierne er i situasjonen, reflekterer og formidler de i hovedsak det som er fundert i det naturvitenskapelige kunnskapsgrunnlaget. De ser og reflekter over hva som har skjedd med pasientene kirurgisk, anestetisk og hvilke komplikasjoner som kan forventes. I dette blikket er de betraktende gjennom at det de fanger opp, er av parametrisk form, men de reflekterer også i noen sammenhenger over sine opplevelser og erfaringer. Når de ser fenomenene, er det i hovedsak med et diagnostisk blick rettet mot diagnosen. I et slikt sett å tenke og formidle på, løfter de i noen grad også pasientens opplevde virkelighet fram gjennom å se personen i situasjonen. Til tross for dette blir pasientene ivaretatt gjennom et betraktende blick. Martinsen (2000) sier at: *”Øyet som besitter denne kunnskapen, blir en bevegelighet og en hurtighet til å kunne ordne, registrere og systematisere innenfor en skala eller et system (s. 39).* Hun mener også at dette har med hurtighet å gjøre og at i denne hurtigheten utvikles det ulike former for se-teknikker. I disse teknikkene blir blikket organisert som en slags egenprosedyre, skilt ut fra det sanselige, og representerer et sorterende/utvelgende se-etter-blick. I disse se-teknikkene ligger det en posisjon som er av betraktende/registrerende art og ikke involverende og/eller sansende. Se-teknikkene er heller ikke rettet mot meningssammenhengene til pasientene og pasientens egen mestring i situasjonen. I se-teknikkene ligger det vanligvis ingen form for dialog mellom partene i situasjonen og de er ikke knyttet til samhandling og løsning av forhold i situasjonen. Antonovsky (1987) kaller dette for ”sence of coherence”, som innebatter det å kunne forstå situasjonen og felles kunne utvikle og løse forhold i situasjonen og/eller skape en mening i den. Hensikten med slik involvering i situasjonen er at en slik aktivitet vil kunne være pådriver til å oppnå helse gjennom muligheten til å kunne påvirke situasjonen, eller forhold i denne som er knyttet til egen utvikling og forståelse (Askheim 2007). Til tross for at sykepleierne ofte kan samtale med pasientene knyttet til se-teknikkene, der pasienten er bevisst og i stand til å kunne uttrykke seg, vil denne samtalen oftest være knyttet til å få bekreftelse eller avkreftelse på det som har blitt registrert eller observert.

Intensivsykepleierne formidler i tillegg til se-teknikkene også det å være sansende gjennom at de fanger opp fenomener som for eksempel om pasientene har smerte, eller om de har det bra i situasjonen. Det å være sansende formidles også i de situasjoner hvor de møter pasientene på deres kroppslige uttrykk. Sykepleierne formidler også hvordan de kjenner igjen de kroppslige uttrykkene ut fra erfaringer fra andre pasientsituasjoner, og undrer på hvorfor de ”strever

sånn”. I grunnlaget for denne faglige måten å resonnerer og fungere på ligger det en grunnkunnskap som er basert på kausalitet. Sykepleierne ser på uttrykkene som en form for respons på om smertebehandlingen har fungert knyttet til kirurgisk skade på vevene (inklusive nerveskader). I resonnementet blir sansningen en form for kvalitetssikring/”validering” hvor en sikrer seg at det en observerer og erfarer stemmer overens/henger sammen. I denne måten å tenke på blir kunnskapsgrunnlaget en form for tvang/makt i seg gjennom dens tekniske rasjonalitet (Molander 1996). Den gis en form for systemisk tenkning og modelltenkning som blir intervenert over pasienten, i motsetning til en forståelse som også baserer seg på pasientens deltagelse i en intersubjektivitet (Løken 2007). Et slikt kunnskapsgrunnlag vil derfor være knyttet til objekt eller naturen som kunnskapsgrunnlag og skiller seg derfor fra subjektiviteten og det opplevde og erfarte livet.

Når sykepleierne i sin kroppslige tilstedeværelse søker å hjelpe studentene med å få erfaringene i kroppen, gjør de det med et utgangspunkt i et tankesett om kompleksiteten i fagkompetansen. I denne kompleksiteten inngår sansningen. Sansningens natur, ut fra intensivsykepleiernes tankesett, har i seg en type systematikk hvor helheten er mer enn summen av enkeltdelene. Dette er i stor grad samme tankesett som en har innenfor den positivistiske ontologi, hvor helheten er mer enn summen av delene fysisk, psykisk, sosial og de åndelige dimensjonene ved mennesket (Moesmand & Kjøllesdal 2004, Nortvedt 1998). ”Sansningen” systematiseres i en form for nivåtenkning og knyttes til de ulike parametre som observeres og registreres i situasjonen med pasientene. Et slikt tankesett kjenner vi igjen fra den deduktive arbeidsprosess mot det å stille riktig diagnose. Når symptomatologien stemmer overens og henger sammen, skapes det mening i form av riktig diagnose (Jensen & Jensen 1976). Dette empiriske nivået bestående av objektive sansbare kjensgjerninger er av stor betydning i det klinisk medisinske perspektivet og gir et grunnlag for en objektiv og sann erkjennelse av verden (Thistad 1990). Med objektivitet menes, i klinisk medisinsk sammenheng, at det er avskåret fra menneskets egne opplevelser, erfaringer og meninger. Denne formen for sansbarhet omhandler kroppens prosesser og medfører at oppmerksomheten konsentreres om det ytre (om det som kan sees og høres). Denne sosialiseringen som kunnskapsoverføringen fra sykepleieren til studenten utgjør, har dermed i seg to ulike intensjoner, nettopp omsorg og behandling.

Nortvedt (1998) sier at: *”Sykepleierens dynamikk ligger i å støtte opp om helbredelsesprosessene”* (s. 57). Når sykepleierens dynamikk er knyttet til å støtte

helbredelsesprosessene (eller helseprosessene) må det også være et viktig anliggende å formidle (og sosialisere studentene inn i) hvordan disse helbredelsesprosessene skal håndteres på best mulig måte og ut fra best mulig kunnskap. I så måte kan en si at intensivsykepleierne i dette datamaterialet (delstudie IV) har i seg en tvetydelig tilstedeværelse i situasjonen, nettopp ved at intensjonene og dets innhold synes uavklart. Den er uklar ved at sykepleieren gjennom sin kunnskapsformidling søker å forstå og hjelpe pasienten, men gjennom den kunnskap hun/han forvalter settes både studentene og pasientene i avmakt gjennom systemkunnskapen (modellmakten). Avmakten omhandler for studenten at hun/han sosialiseres inn i et tankesett som ikke fanger sansningen og det pasienten opplever og erfarer, og som står i en klar kontrast til intensivpasientenes livssituasjon. Nortvedt (1998) sier videre at:

”Medisinens fokus er behandling av den sykes sykdom ut fra en kvalifisert forståelse av den enkelte sykdoms årsaker diagnostikk og prognose. Sykepleierens fokus er omsorg for den syke ut fra en forståelse av hans eller hennes opplevelse av det å være syk eller det å bli truet av sykdom (s. 57).

I intensivsykepleierens formidling av kunnskap kan det synes som om det er en dominans av den medisinske tenkning og funksjon som er et maktaspekt i seg selv, også i forhold til intensivsykepleie innhold og funksjon, samt konsekvenser av denne både for studenter og pasienter.

5.4 Erfaringskunnskapen fra intensivkonteksten, et kunnskapstilfang til folkehelsevitenskapen og folkehelsearbeidet

I denne avhandlingen benyttes det to perspektiv; sykepleieperspektivet- og folkehelseperspektivet. Fokuset for sykepleiens utøvelse og funksjon har i stor grad vært individfokuset. Selv om noen teorier om sykepleie løfter fram eksempelvis familie og samfunn som former for gruppe og samfunnsnivå, har sykepleie tradisjonelt sett hatt individet og arbeid i relasjonen som hovedfokus (Benner & Wrubel 2002, Travelbee 1999). Som en naturlig følge av dette har også kunnskapsutviklingen ofte slike fokus. I denne sammenhengen er fokuset på intensivpasientenes erfaringer, samt erfart kunnskap sykepleieren formidler til studentene og som danner forståelses- og handlingsgrunlaget for utøvelsen av sykepleien i intensivkonteksten. I følge Berg (2007) har sykepleiefaget mistet mye av sin forebyggende funksjon, noe som både skyldes manglende vektlegging på fagets helseforebyggende rolle og at andre fagområder har avfeid sykepleiefagets bidrag.

Folkehelseperspektivet er et mere overordnet perspektiv med fokus på både individ-, gruppe- og samfunnsnivå (WHO 1986). Ved at folkehelseperspektivet er overordnet søker en å fange opp kunnskap som kan bidra til en større totalforståelse om hva intensivpasienten utsettes for og lever i. Totalforståelsen innbefatter både kunnskap utviklet på erfaringer fra personen selv og i bevegelsene med/mot omgivelsene. Med det menes at en løfter kunnskapen opp på et mer overordnet nivå for å kunne anvende denne kunnskapen opp mot for eksempel gruppen intensivpasienter og gruppen intensivsykepleiere. Erfaringskunnskapen, om hva intensivpasientene opplever og erfarer i intensivkonteksten og hva intensivsykepleierne formidler av erfart kunnskap i en veiledningssammenheng, vil derfor utgjøre et viktig vitenskapelig kunnskapssupplement til folkehelsevitenskapens (flerfaglige) kunnskapsbase. Dette aktualiserer både folkehelseperspektivets individperspektiv og folkehelseperspektivets gruppenivå gjennom intensivsykepleierne faglige funksjon som gruppe. Et aspekt vil være den faglighet intensivpasientene har bruk for i situasjonen som kritisk syke. Et viktig anliggende her vil være retten til autonomi som baserer seg på menneskerettene og er fundert i prinsippet om ukrenkelighet. Et hvert individ har rett til å sette egne mål og ha egne preferanser (Nortvedt 2008, WHO 1986). For intensivpasientene vil preferansen bl.a. omhandle retten til å få hjelp også på et eksistensielt nivå kroppslig uttrykt i egne opplevelser og erfaringer i situasjonen.

Som møtepunkt mellom individ og gruppenivået, framtrer samfunnsnivået som er folkehelseperspektivets tredje og øverste nivå. Dette nivået omhandler blant annet i hvilken grad den nasjonale fagplanen for utdanningen av intensivsykepleiere legger føringene og definerer innholdet for en tilstrekkelig kompetanse for at pasientenes eksistensielle situasjon kan fanges og på den måten legge forholdene til rette for å gi pasientene mulighetene for mestring i situasjonen. Dette reiser en diskusjon om hvilket kompetanseinnhold som bør være i en slik utdanning og om utdanningen for intensivsykepleierne er tilfredsstillende med tanke på å håndtere de forhold som også går utover kroppens rent fysiske anliggender. Faglig utdanning og sosialisering i en intensivkontekst danner intensivsykepleiernes kompetanse og er på den måten selve grunnforutsetningene for å utøve sykepleie i det disiplinære feltet. Dette reiser flere spørsmål. For det første om hva en forstår med hva akutt og kritisk sykdom ikke bare er, men hva en slik situasjon kan innebære. Det blir for det andre et spørsmål som hva av kunnskap som må være tilstede for å gi innsikt i disse områdene, også fenomenologisk-hermeneutisk. Og for det tredje blir det et spørsmål om hvilken prioritet og rom erfart kunnskap som kunnskapsform og formidlingsform gis i utdanningen av intensivsykepleiere,

både rent teoretisk og i den kliniske veiledningen. I følge den nasjonale rammeplanen for intensivsykepleie (KUF 1998) fremkommer det at målgruppen for intensivsykepleieren er: ”.....intensivsykepleieren skal overvåke, pleie og behandle mennesker i alle aldre som

- er eller kan komme i en akutt fysiologisk krise på grunn av sykdom eller skade
- etter kirurgi og anestesi trenger det for å gjenopprette sirkulatorisk og respiratorisk balanse og som trenger å lindre smerte og annet ubehag
- har kronisk sykdom og som enten får en akutt sykdom eller en forverring av sin grunnlidelse” (s. 65).

I følge rammeplanens beskrivelse av målgruppen for fagområdet intensivsykepleier er fokuset i hovedsak klinisk medisinsk- og sykdomsorientert kunnskap. Det er lite fokus på erfaringskunnskap og eksistensiell problematikk. Ut fra dette kan en anta at arbeidsformen i intensivkonteksten også i hovedsak er hypotetisk- deduktiv og kausal. Det fremkommer lite tydelighet på fenomenologisk-hermeneutisk tenkning i den forstand at kunnskap om fenomenene som trer fram i situasjonene fra pasientene skal kunne forstås og håndteres. Fenomenologi som utgangspunkt for blikket og for å fange fenomenenes ulike uttrykk, samt hermeneutikkens arbeidsform i søken etter å forstå synes ikke å inngå i rammeplanens tenkning og innhold. Begge nivåene ved folkehelseperspektivets, gruppe- og samfunnsnivået, handler både praktisk og moralsk sett om (i hvilken grad) intensivpasientene og deres situasjon blir sett og møtt gjennom den kunnskap som inngår i profesjonens kompetanse for å kunne hjelpe pasientene fra avmakt mot mestring også gjennom den sansende kroppskunnskapsblikk. I følge Nortvedt (2008) handler profesjonsetisk paternalisme om hva yrkesutøvere i beste mening får gjøre overfor sin(e) pasient(er). I dette legges to grunntanker opp mot hverandre, på den ene siden velgjørenhetsprinsippet om at en skal handle til pasientens beste og på den andre siden pasientens autonomi, hvor en skal ha respekt for pasienten(es) rett til å bestemme over seg selv. Nortvedt setter også lys på at det kan være asymmetri mellom disse. Til syvende og sist vil samfunnet (gjennom våre myndigheter) avgjøre hvilke(n) ontologi og epistemologi som skal være gjeldende for hvilken kunnskap(er) som blir viktig i forhold til pasientene situasjon i intensivavdelingen.

5.5 Metodologiske tilnærminger

Denne avhandlingen har i seg to perspektiv, et sykepleievitenskapelig og et folkehelsevitenskapelig perspektiv. Fokuset i avhandlingen, og også perspektivenes krysningspunkt, er opplevelsesaspektet og erfaring ved det å være i en intensivkontekst som kritisk syk og som intensivsykepleier i en veiledningssammenheng. Den overordnede

hensikten med studiene er å øke forståelsen om det å være alvorlig syk og hvordan slik kunnskap har betydning i kunnskapsformidling i en intensivkontekst. Det er benyttet ulike metodiske tilnærminger i de fire delstudiene, men alle tilnærmingene er innenfor den fenomenologisk-hermeneutiske tradisjonen. Hensikten med å velge en slik kvalitativ tilnærming er å søke å fange opp dybdekunnskaper om de fenomenene som studeres, som motsetning til å fange opp kvantitativ generaliserbar kunnskap. I påfølgende diskusjon vil begrepene troverdighet, overførbarhet, bekreftbarhet og granskarhet bli benyttet (Sandelowski 1986).

5.5.1 Troverdighet

Avhandlingen baseres på fire delstudier. I alle delstudiene inngår samme teoretiske tilnærming, nettopp fenomenologisk-hermeneutikk. Troverdighet, i følge Sandelowsky (1986), innebærer nøyaktighet i beskrivelse og fortolkning av teksten basert på hver enkelt delstudie i avhandlingen.

I delstudie I var alle data som ble benyttet hentet fra de 10 reviewartiklene som inngikk som grunnlag for studien. Hensikt, resultat og konklusjon ble nedskrevet. Videre ble metodisk tilnærming nedskrevet og hvor mange artikler som inngikk som datagrunnlag i hver av reviewartiklene som inngikk i studien. Datamaterialet ble analysert av begge forskerne.

I delstudiene II og III ble de transkriberte intervjuene kontrollert til å være i samsvar med båndenes innhold. Videre ble innholdet analysert av alle tre forskerne.

I delstudie IV ble det utført feltobservasjoner som systematisk ble nedskrevet. Videre ble det etter hver observasjonstid foretatt intervjuer av informantene. Datamaterialet i alle delstudiene ble validert av forskerne i den enkelte studie. Her ble det lagt vekt på å fortolke hvert narrativ både som del og som innhold i teksten som helhet. Dette er i overensstemmelse med den hermeneutiske sirkel - og se del mot helhet og helhet mot del. Alle delstudiene har vært presentert for intensivsykepleiere som har uttrykket at de gjenkjenner både fenomenene og forhold ved fenomenenes uttrykk. De uttrykte at ”.....*det er jo dette vi står i hver dag*”. I så måte har de troverdighet i intensivkonteksten gjennom gjenkjennbarhet av de studerte fenomenenes uttrykk.

5.5.2 Overførbarhet

Overførbarhet omhandler hvorvidt funnene i hver enkelt delstudie kan passe inn i andre kontekster, kan tilpasses, eller er meningsfulle for andre (Sandelowsky 1986). Kunnskapen som er utviklet gjennom de metoder som er valgt i delstudiene I, II og III kan ikke direkte overføres til en annen tilsvarende situasjon, eller kontekst. Den kan heller ikke direkte overføres til andre yrkesgrupper som arbeider med samme type pasientgruppe og kontekst, nettopp ved at denne type kunnskap ikke er generaliserbar. Det er allikevel stor grunn til å regne med at kunnskapsblikket som er i den fenomenologiske-hermeneutiske tenkningen i seg selv har en overføringsverdi/nytteverdi, ved at det retter oppmerksomheten mot menneskers kroppslige uttrykk, deres opplevelser og reaksjoner på den virkelighet de befinner seg i og fortolkningen av disse. I tillegg vil det kunne være en teoretisk overførbarhet som går ut over selve kunnskapen som ligger i blikket. Denne teoretiske overførbarheten innebærer at det vil være noe som vil være gjenkjennbart i situasjonene, både om hva som er viktig for mennesket i situasjonen og hvordan en kan møte dette. Svakheten med en slik tilnærming er at den kunnskapen som framkommer er individuell og at den kun gjelder for disse pasientene i deres situasjon og kontekst. Det er dog grunn til å regne med at mange av de forhold som pasientene opplever av stress, kraft og bevegelse, samt hvordan de opplever pårørendenærværet også gjelder i tilsvarende situasjoner. Det er allikevel en nivåforskjell på det med det fenomenologisk-hermeneutiske blikket og detaljekunnskapen som framkommer fra intensivpasientene. Blikket vil være nyttig overføringsmessig ved at det setter sykepleierne, og også andre helsearbeidere i intensivkonteksten, i stand til å se etter og kunne fange opp forhold i pasientenes eksistensielle væren. Kunnskapen fra pasientene vil gi kunnskap om hva som kan stå på spill i en slik situasjon og hva en skal se etter og søke å fange opp. I så måte vil den overførbare kunnskapen være overordnet og mer tematisk fenomenologisk, i motsetning til detaljere uttrykk fra levd liv som vil utgjøre andre enkeltpasientenes opplevelser og erfaringer.

Når det gjelder delstudie IV -om kunnskapsformidling vil denne kunnskapen heller ikke være direkte overførbar ved at den bygger på seks sykepleieres erfaringer. Til tross for dette må funnene i denne delstudien sees opp mot to forhold, rammeplanene for grunnutdanningen i sykepleie og for videreutdanningen i intensivsykepleie. Det er stor grunn til å tro at det vil være fellespunkter i kunnskapsoverføringen hos disse sykepleierne og andre sykepleiere som veileder studenter innenfor videreutdanningen i intensivsykepleie og at de derfor ville være gjenkjennbar og derfor også til en viss grad overførbar, nettopp ved at utdanningene har

samme rammer og tenkning når det gjelder innhold. Det er også to forhold som taler mot at denne kunnskapen kan være direkte overførbart. En av disse er den personlige kunnskapen den enkelte sykepleier representerer som vil gi veiledningen en individuell og særegent uttrykk, også inklusive den individuelle forståelse og vurdering av og i situasjonen. Et annet aspekt er den kultur som er i intensivavdelingen hvor dataene ble innsamlet, som vil være forskjellig fra kulturelle forhold i andre intensivavdelinger.

5.5.3 Granskbarehet

I følge Sandelowsky (1986) dreier granskbarehet seg om hvorvidt forskningens ulike steg er beskrevet slik at stegene kan følges av andre forskere i etterkant. Hver av delstudiene i avhandlingen har sin(e) datasamlingsmetode(r). Det er lagt inn inkluderings- og ekskluderingskriterier for utvelgelse av artikler (delstudie I) og inkluderingskriterier for hvem som inngår som informanter (delstudiene II og III). I delstudie IV var det avdelingssykepleie som valgte ut sykepleierne/informantene ut fra at disse var valgt ut til å være veiledere for studenter i utdanning til intensivsykepleiere på det aktuelle tidsrom når datasamlingen skulle gjennomføres. Inkluderingskriteriet her var nettopp at det skulle være sykepleier - student "par", altså sykepleier som veiledet og var fast kontaktperson for studenten. Gjennom beskrivelsene av tilgangen til informantene og hvordan disse ble inkludert som datakilder kan en i hver studie følge beskrivelsen av framgangsmåte. Når det gjelder analysen er analysemetodene beskrevet og disse kan følges ut fra beskrivelsene. Å analysere i en fenomenologisk-hermeneutisk tradisjon er på mange måter en personlig prosess i den forstand at fortolkningen i stor grad har forskerens forforståelse som bakteppe. Forforståelsen er beskrevet fra forordet og i kappens teoretiske del og i artiklene. Ut fra et slikt tankesett blir granskbareheten ikke et anliggende som kan detaljert etterprøves, eller kontrolleres. Derimot vil mye av granskbareheten ligge i en type valideringsprosess hvor forskerne som har utført studiene har gransket at en ikke overfortolker datamaterialet, men fortolker ut fra den mening som kommer fram fra datamaterialet og som datamaterialet gir dekning for. I et slikt tankesett vil det derfor delvis være mulig å granske materialet, men det vil også være en individuell og ikke granskningsbar prosess som ligger i en slik kvalitativ arbeidsmåte. Det vil alltid være begrenset hvor detaljert en kan beskrive forskningsmetodikken og det er også et spørsmål om den fullt ut lar seg beskrive. Disse forholdene er i overensstemmelse med den kvalitative forskningstradisjonen.

5.5.4 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet oppnås når de andre tre forskningskvalitetskriteriene (troverdighet, overførbarhet og granskbarehet) er oppfylt (Sandelowsky 1986). En av styrkene ved avhandlingen er at den har samme teoretiske perspektiv både i teori og metodologi. I alle delstudiene har det blitt vektlagt presisjon og nærhet i forhold transkribering, fortolkning og anvendelsen av empiri. Alle studiene har vært vurdert med tanke på hvorvidt funnene har vært gjenkjennbart og relevant for det kliniske feltet. Denne bekreftelsen aktualiserer også at studiene i noen grad også er overførbar, ved at dataene i studie to og tre er innhentet fra tre ulike intensivkontekster. Dette kan også henge sammen med at intensivsykepleierne er kjent med noe av det teoriinnhold som anvendes i studiene. Det er allikevel viktig å påpeke at alle dataene er innhentet fra en landsdel i Norge og at det både kan være kulturelle forskjeller innad i intensivavdelingene og utdanningsmiljøene, samt i de ulike delene av landet. Angående granskbareheten har studiene blitt gjennomført ut fra kvalitative forskningstilnæringer og analyser. I dette ligger det både formelle krav, men også aspekter av personlig fortolkning inklusive den enkelte forskers forforståelse. Det vil derfor være aspekter ved forskningen som er granskbare, men også noe som ligger innenfor den personlige forskningskompetansen som vanskelig kan etterprøves.

5.5.5 Forskningsetiske refleksjoner

I delstudiene II og III, som begge har dybdeintervju som metode for datasamlingen, ble informantene tilskrevet med informasjonsbrev og informert samtykkeskjema. Ingen av informantene tilkjennega ytterligere behov for informasjon knyttet til intervjusituasjonen eller anvendelsen av data utover informasjonsbrevet. Det er dog grunnlag til å rette fokus mot grensefeltet mellom forskningsetikken og det å få gode data. Intensivpasientene er en sårbar gruppe informanter, blant annet fordi opplevelser og kroppslige erfaringer fra tiden i intensivavdelingen kan vekkes til live og skape ytterligere belastninger. Før intervjuene ble det stilt spørsmål til alle informantene om det var ting de ønsket å vite mer om, eller om det var noe i informasjonsbrevet som var uklart for dem. På denne måten ble det søkt mot å knytte sammen grensegangen om noe var vanskelig, og/eller uavklart for informantene. I grensegangen ligger også dette med at forskeren ønsker gode data. Informasjon kan lett påvirke vinklingen, eller legge føringer for hva som forskeren ønskes å få fram i intervjuet. Varheten mellom å trø nært og det å trø for nært vil alltid være tilstede i en slik datasamlingsituasjon, også ved det at i situasjonen vil være en ubalanse i maktforholdet mellom forskeren og informanten. Etter hvert intervju ble informanten spurt om hvordan det

kjentes å ha snakket om situasjonen i intensivavdelingen. Alle ga uttrykk for at det hadde vært uproblematisk. Flere av informantene ga også uttrykk for at det var godt å få snakke med noen som skjønte hva dette egentlig dreide seg om. Andre ga uttrykk for at det lettet hjertet deres. Slike uttrykk fra informantene kan forstås som at det var en balanse i grensegang mellom informanten(e) og forskerens interesser.

I delstudie IV ble det benyttet deltagende observasjon og intervju som datasamlingsmetoder. Utvelgelsen av aktuelle informanter og utsendelsen av forespørsel om deltagele ble gjort av avdelingssykepleier ved intensivavdelingen. Et aspekt ved valgfriheten til å delta for de aktuelle informantene i avdelingene (intensivsykepleierne) kan være at de følte en slags form for moralsk forpliktelse til å delta. En slik forpliktelse kan tenkes ut fra flere forhold; at de følte solidaritet i forhold til avdelingen, at der er i en underordnet posisjon til sin avdelingsleder og at de allerede var tatt ut til å være veiledere for studentene og på den måten følte det naturlig å også inngå i studien. Et forskningsetisk aspekt ved å være sammen med intensivsykepleierne i avdelingen var å tydeliggjøre hva forskerens posisjon var, og ikke var. I uken før selve observeringen startet, gikk forskeren sammen med sykepleierne for å bli kjent, forklarte sykepleierne at han ville være en "skygge" som fulgte dem i situasjonene. Det ble vist eksempel på hvordan observasjonene vil foregå og på hva observasjonene kunne være. Siden forskeren også er førstelektor og intensivsykepleier ble det tydeliggjort for dem at forskeren ikke verken ville ha en rolle som lærer i form av undervisning, veiledning av student og pasient, eller vurdering av arbeid og arbeidets kvalitet og holdbarhet. Forskeren ville heller ikke gå inn i sykepleiefaglige vurderinger vedrørende pasientenes tilstand og situasjon.

Et annet forhold ved delstudie IV er observasjonen i situasjonene der pasientene var midtpunkt i den forstand at det var de som omsorgen og behandlingen dreide seg om. I følge Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (Forskningsetiske komiteer 2006) heter det at det "*.....at forskeren bør vurdere og foregripe virkninger på tredjepart som ikke direkte er inkludert i forskningen*" (s. 16). Intensivpasientene i observasjonssituasjonene vil i denne sammenhengen være tredjepart. Med utgangspunkt i at pasientene både burde få velge selv og om de ville ønsket at det skulle foretas forskning i situasjonen rundt dem fikk alle skriftlig informasjon om observasjonsstudien og hva dette ville innebære for dem. Etter som hver enkelt pasient våknet opp etter operasjonen var forskeren og ga seg til kjenne ved å presentere seg. Hensikten var at

pasientene skulle være klar over hans funksjon i konteksten. Til tross for dette var det i noen sammenhenger vanskelig å skille rollene når forskeren, som også er sykepleier, ble fordret av pasientenes kroppslige uttrykk og blick. For å tydeliggjøre egen posisjon og funksjon i datasamlings-situasjonene (i rommet med pasientene) valgte forskeren å bytte ut de hvite skoene med brune. De brune skoene skulle påminne om at sammenhengen var en forskningsposisjon og ikke en sykepleierposisjon. Det å bli fordret av pasienten kan noen ganger skapt uskarpe forskerblick, noe som kan ha påvirket innsamlingen av dataene. Kroppens oppmerksomhet ble endret fra et blick som skulle favne situasjonene som skulle observeres og noteres, til en kroppslig uro fra pasientens blick og kroppslige uttrykk som ikke kunne møtes. På et tidspunkt blir det relasjonsetiske også et forskningsetisk problemområde, nettopp ved at disse to formene for etikk kommer i en form for krysningspunkt og i konflikt mellom etikkformenes intensjoner. Relasjonsetikken med sin etiske fordring er knyttet til sykepleierens funksjon og er et uttrykk for å bli sett og bønnen om hjelp (Løgstrup 1994). Forskningsetikkens skal på sitt vis blant annet hjelpe til med å holde ”avstand” til informant (forskningssubjektet) for å sikre (i kvalitativ forskning) en viss grad av avstand til forskningsfeltet. På den andre siden ble observasjonene supplert og korrigert gjennom samtaler med sykepleierne etter hver observasjonsperiode der situasjonene som var observert ble gjentatt og beskrevet av sykepleierne som ikke var i min fordringsposisjon. Ut fra dette kan det tenkes at et innhold som ikke har blitt fanget opp grunnet et uskarpt forskningsblick har blitt utjevnet gjennom sykepleiernes faglige resonnementer om og fra situasjon(e). Det vil kunne bidra med en annerledes og supplerende dimensjon til det etablerte klinisk medisinske kunnskapsblick. På den måten vil det kunne legge forutsetninger for større mestring for intensivpasientene, blant annet gjennom hvilken kunnskap som får plass i utdanningen av intensivpersonell.

5.6 Perspektiv og forforståelse

Å være dannet inn i et sykepleieperspektiv med de teorier, erfaringer, verdier og innsikter dette innebærer, kan medføre at forskerens blick lett kan bli styrt av denne forforståelsen. Det kan i verste fall medføre en form for perspektivblindhet hvor perspektivinnholdet stenger for en annen relevant kontekstuell forståelse (Malterud 2003). Et viktig anliggende som aktualiseres er om forforståelsen har avgrenset folkehelseperspektivet. Sentrale spørsmål som reiser seg er hva en mener med folkehelseperspektiv og om folkehelseperspektivets relevans med tanke på hvilket tilbud intensivpasienter (både enkeltindividet og gruppen

intensivpasienter) får i intensivavdelingen under akutt/kritisk sykdom? Et tredje spørsmål som kan reises er om utdanning av intensivsykepleiere er et anliggende som angår folkehelsen.

I følge Laverack (2005) er målet for folkehelse å fremme befolkningens helse (både på individ, gruppe og samfunnsnivå) og å skape et tilfredsstillende helsetilbud. Folkehelsearbeid er et kollektivt satsningssett for å forebygge og/eller fremme helse til befolkningen (Beaglehole & Bonita 1999). I denne sammenheng vil et helsetilbud kunne være kunnskap som kan kvalifisere aktuelle yrkesgrupper til å kunne ivareta pasientenes spesielle situasjon i intensivkonteksten. Dette kan skje både gjennom at intensivsykepleierne både får ”redskaper” til forebyggende tiltak, men også gjennom å agere i den akutt/kritisk sykes situasjon. Ved et folkehelseperspektiv er et flerfaglig perspektiv vil det være naturlig at en trekker inn kunnskap fra de(t) fagområde(r) som står nærmest den aktuelle pasientgruppen, pasientenes situasjon og aktuelle faglige tilbud (Benner et al. 1999). I denne sammenheng angår det kunnskap som kan utvikles og formidles på bakgrunn av pasientenes erfaringer og som kan være et supplement til allerede eksisterende kunnskap innenfor folkehelse og folkehelsearbeid.

Et kunnskaps- og forskningsperspektiv som har fokus på erfaringer er fenomenologisk-hermeneutikk (Lindseth & Nordberg 2004, Lillestø 1997). I avhandlingen har fenomenologisk-hermeneutisk teori, metoder og analyser blitt valgt og gjennomført for å løfte fram og forstå mer av intensivpasientenes situasjon, samt den erfaringsbaserte kunnskapens betydning i en type klinisk veiledningssituasjon. Funnene har blitt knyttet opp mot folkehelse og helhetstenkning og mot begreper innenfor folkehelse for å synliggjøre kunnskapsaspekter i folkehelsearbeidet. I følge Aadland (2004) er teorier og begrepene avgjørende for å fram perspektiv, forståelse og forforståelse. I så måte har alle disse tre dimensjonene blitt synliggjort gjennom den teori og begrepsvalg som inngår i avhandlingen. Teorier og begreper fra sykepleieperspektivet har hatt lite fokus i avhandlingen, med unntak av teoretiske aspekter som løfter fram opplevelsens- og erfaringsdimensjonen.

Funnene har også blitt diskutert både på individ, gruppe og samfunnsnivå for å nyansere den erfarte kunnskapens betydning både for enkeltpasienter og for gruppen av pasienter. Disse tre nivåene er et felles anliggende for både folkehelse, folkehelsearbeid og sykepleie og har derfor fått sentral plass i avhandlingen (Benner & Wrubel 2002, WHO 1986). Til slutt har

funnene blitt diskutert på samfunnsnivå hvor betydningen av erfaringsbasert kunnskap aktualiseres i forhold til det faglige innholdet for intensivsykepleiere.

Ut i fra det synssett som er diskutert må denne avhandlingen sees som relevant for folkehelse og folkehelsearbeid ved at den løfter fram kunnskap som er relevant både for intensivpasienter, som er fokus for folkehelsearbeidet, og for viktige utøvere (sykepleiere) av det praktiske helsearbeidet i denne konteksten. I tillegg løfter avhandlingen fram en diskusjon om hvilken type kunnskapskomponenter som bør ligge i utdanningen av intensivsykepleiere. Avhandlingen legger dermed også opp til en faglig og politisk diskusjon om hva slags innhold intensivpasienter skal møtes med i intensivkonteksten og hva slags ”redskaper” intensivpasientene skal møte pasientene med under akutt/kritisk sykdom.

5.7 Videre forskning

Avhandlingen viser at intensivpasientene utsettes for ulike former for stress i intensivkonteksten, endringer av kropp, kraft og bevegelse, samt at kroppsnærværet til pårørende oppleves vanskelig og motsetningsfylt. Avhandlingen viser videre at intensivsykepleierne formidler erfaringsbasert kunnskap med ulike fenomenologiske fokus i forhold til studenter i videreutdanning i intensivsykepleier. Det fenomenologiske-hermeneutiske kunnskapsgrunnlaget knyttet opp mot intensivsykepleie trenger videre empirisk forskning, noe som kan være med på å gi et større og mer omfattende kunnskaps- og forståelsesgrunnlag for fagområdet intensivsykepleie. Slik forskning vil være nyttig, både i forhold til sykepleiernes kliniske virkelighet, sykepleievitenskapen, men også i en folkehelsevitenskapelig sammenheng både i forhold til empowerment-, mestring og i et forebyggende perspektiv. Det er tre dimensjoner ved intensivkonteksten som aktualiseres ytterligere på bakgrunn av de fire gjennomførte studiene i denne avhandlingen.

Den første dimensjonen er knyttet til å forstå mer om hvordan enkeltfenomenene kommer til uttrykk og påvirker pasientene i situasjonen. Fram til nå har den fenomenologiske forskningen vært lite rettet på enkeltfenomener, men mer overordnet knyttet til opplevelser i situasjonen. Derfor ville det vært nyttig med utfyllende forskning for å få fram mer detaljert, presis og utfyllende kunnskap om spesifikke opplevelser som fremkommer i intensivkonteksten. Å studere fenomener innebærer også å se på hvordan enkeltfenomenene kommer til uttrykk i situasjonen. Det er også gjort lite forskning på hvordan intensivsykepleierne ”leser”, fortolker og søker å forstå kroppens uttrykksmåter i situasjonen. Eksempler på forskningstema kan

omhandle hvordan trusselen mot eksistensen kommer fram i ”trusselbildene” pasientene erfarer i situasjonen som kritisk syk. Et annet temaområde kan være å få fram kunnskap om trøstens betydning har under kritisk sykdom og betydningen av ulike former for handlinger for å trøste. En slik forskning ville kunne være med å legge føringer/grunnlag for et bedre kunnskapsgrunnlag for å fange opp kroppslige uttrykk og intervensere i forhold til intensivpasientene.

Den andre dimensjonen er å se på samhandlingsaspekter mellom pasienten(e) og sykepleier(ne). Den nasjonale rammeplanen for utdanningen av intensivsykepleie legger innholdet og føringene for kompetanse og kompetanseinnholdet for funksjonen til intensivsykepleierne. Kompetansen gir føringene, men en vet lite om hvordan kompetansen møter den virkeligheten kompetansen er rettet mot å dekke. I så måte vil det på et generelt grunnlag være behov for å rette søkelyset mot hvordan denne sykepleiefaglige funksjonen ivaretar intensivpasientene og om pasientenes eksistensielle uttrykk sees og møtes. Et eksempel er å utforske mer eksplisitt hva blikket til intensivsykepleieren fanger opp/ikke fanger opp og hva slags situasjoner pasienten settes som konsekvens av blikket. Et annet område er hvordan sykepleierne benytter trøst som intervensering for å lindre i situasjonen og hvilken betydning trøstens handlinger har i situasjonen. I et slikt søkelys vil forskning kunne få fram hvordan både pasientene blir møtt, men også hvordan sykepleierne kan imøtekomme eksistensielle livsytringer og hjelpe pasientene som befinner seg inne i det kritisk syke livsrommet.

Den tredje og siste dimensjonen er å se på formidlingsformene for erfaringsbasert kunnskap generelt, men i den kliniske veiledningskonteksten spesielt. Den generelle kunnskapsformidlingen har fram til nå i stor grad vært bygd på en pedagogisk tenkning hvor teorien belyser praksis. I den pedagogiske tenkningen hvor erfaringer benyttes som kunnskapskilde benyttes erfaringene som grunnlag for teoriutvikling og utvikling av fagområdet (i denne sammenheng intensivsykepleie som et viktig kunnskapsområde i folkehelsearbeidet). I et slikt lys vil det kunne være nyttig å se på hvordan erfaringsbasert kunnskap vil kunne bidra til en større forståelse av intensivpasientens totale situasjon. Det vil også være nyttig å utvikle tenkningen angående overføring av kunnskap for å løfte fram og tydeliggjøre kroppens egne vilkår og forutsetninger i formidlingen av erfaringsbasert kunnskap, samt konsekvensene dette kan få for kunnskapsblikket. En kan ut fra et slikt tankesett eksempelvis stille spørsmål som: kan intensivpasientenes egne beskrivelser av

kroppens vilkår i det horisontale leie være situasjonsbilder som kan løfte fram og tydeliggjøre viktige kunnskapsdimensjoner om pasientenes vilkår som kritisk syk i utdanningen av intensivsykepleiere? I hvilken grad økes forståelsen av pasientenes eksistensielle situasjon ved å arbeide i hermeneutiske arbeidsprosesser for å forstå fenomenenes uttrykk i intensivkonteksten?

6.0 KONKLUSJON

Avhandlingens mål var å øke forståelsen om det å være alvorlig syk og hvordan opplevd- og erfart kunnskap har betydning i kunnskapsformidling i en intensivkontekst. Gjennom fire delstudier har noen aspekter ved intensivpasientenes erfarte virkelighet blitt belyst, samt hvordan intensivsykepleiere formidler kroppslig erfart kunnskap i en klinisk veiledningssituasjon i en intensivkontekst.

I lys av opplevelsesaspektet, som krysningspunkt mellom sykepleieperspektivet og folkehelseperspektivet, presenteres det i avhandlingen at intensivpasienter utsettes for varierte forhold av stress i situasjonen, både knyttet til kroppen, rommet og i relasjonene. Og ved at slike opplevelser setter seg i kroppen blir erfaringene med de ulike forholdene som ikke skaper mening satt i sentrum for kroppens oppmerksomhet. Å være i rommet både ”gir” og ”tar” i den forstand at situasjonen setter pasientene i avmakt, nettopp ved at potensialene mangler i forhold til å kunne innvirke på situasjonen, en avmakt som til sist omhandler grunnforutsetninger for opprettholdelsen av livet. I relasjonene påvirker organiseringen kontinuiteten og hvordan det kan skapes rom for trygghet og håpet. Og når rommene for det å skape trygghet og håp reduseres, avskjæres også nærheten og med det også fellesskapet.

I avhandlingen avdekkes at intensivpasientene opplever fenomenene kraft og bevegelse ved at de både taper, handterer og de opplever å gjenerobre kroppen, dens kraft og bevegelse. Det framkommer at intensivpasientenes kropp blir redusert som kropp og i relasjonene til andre er det noe som oppleves konfliktfylt, nettopp ved at situasjonen er prekær. De handterer kroppen ved at de klarer å mobilisere og mobiliseringen benyttes som drivkraft for å overvinne situasjonen som kritisk syk. Pasientene kjemper en kamp fra det laveste eksistensnivå til det å starte gjenerobringen av kroppen gjennom de små ubetydelige betydelige framskrittene. Gjenerobringen er grunnlag til igjen å gjøre seg klar til å utrette noe i livet og til å gjenskape livsmening.

I relasjonen til de som er betydningsfull for pasientene avdekkes det at pasientene opplever konflikt mellom det å kunne være nær og det å ha distanse i samværet. Slike konflikter framkommer sansemessig i situasjonen med pårørende, men også gjennom måter å bli sett og bekreftet på og gjennom pårørendes reaksjoner. De frykter for å bli revet vekk fra relasjonene samtidig som de går inn og tar ansvar for familiemedlemmene. Å ikke få være kommunikativt

deltagende i situasjonen oppleves også som konfliktfylt ved at de er tilstede, men slett ikke deltagende og medbestemmende i situasjonen.

Disse tre delstudiene avdekker en type kunnskap som har i seg en kroppsfenomenologiske uttrykk som ofte har i seg eksistensiell karakter. Uttrykkere speiler en situasjon som vitenskapen fram til nå har vært lite opptatt av og som har stor betydning både for intensivpasienten som enkeltmenneske, men også for gruppen akutt/kritisk syke, gruppen av intensivsykepleiere og for kunnskapsgrunnlaget for utdanningen av intensivpersonell. I så måte er denne kunnskapen viktig i folkehelsearbeidet både rent omsorgs- og behandlingmessig, men også i et forebyggende aspekt ved at en gjennom erfaringene kan forutsi og derfor på ulike måter legge til rette for å unngå at pasientene utsettes for ekstra belastning i en allerede vanskelig og ofte marginal situasjon.

Delstudie IV avdekker at intensivsykepleiere formidler erfaringsbasert kunnskap, i en klinisk veiledningssituasjon til studenter i intensivutdanning, gjennom sin kroppslige tilstedeværelse og gjennom meningsskapende bevegelser. Kunnskapen som formidles er knyttet opp mot en forståelse som har ulike fokus knyttet til situasjonen. Det kroppslige uttrykket som denne studien viser har betydning i forhold til å vise hva som er i fokus for den kliniske veiledningen, men også for hvilken ontologisk og epistemologisk grunnlag som vektledes i veiledningen. Studien legger føringer og er et innspill i forhold til en diskusjon om hva innholdet i intensivsykepleiens fagområde bør være sett opp mot intensivpasientenes eksistensielle situasjon og kunnskapsgrunnlaget for en slik kompetanse.

SUMMARY IN ENGLISH

INTRODUCTION

This dissertation is contextually linked to an intensive care unit (ICU) and related to patients under treatment for acute/critical illness as well as to its specialised nursing staff providing tutoring to student nurses in intensive care. Acute/critically ill patients have had their life-conditions severely altered from a well-functioning everyday situation to a situation in which they struggle to survive. In the midst of this drama the intensive care nurse meets the patient and his/her significant others. The intensive care patient and her/his significant others have expectations of being received and understood. The ICU nurse, on the other hand, has expectations towards understanding and receiving the patient. Relationships of this character contain an embodied presence which sensuously affects those present in the situation. Martinsen (1993) points to the need for professional justification of nursing actions. The justification involves reflection based on knowledge; a reflection which from experience often represents technological and clinical medical skills. As a departing point for understanding and assisting another person in the situation, the technological and medical skills may sometimes prevent the nurse from observing the critically ill patient's real concerns. Understanding how and in which way acute/critical illness affects the situation and health of the critically ill patient from the perspective of the patient's own experiences, has not had much focus. This dissertation highlights the significance of ICU patients' experiences. It constitutes a different basis for knowledge production than the traditional. It also aims at highlighting knowledge about dissemination which goes beyond traditional pedagogic since it is founded on nursing experience. Finally the dissertation applies a public health perspective to highlight a dimension of knowledge based on issues related to or raised by the situation, which has consequences for acute/critically ill patients' health (Gunther et al. 2007, Hopkins & Jackson 2006, Laverack 2005). In this respect, the dissertation contributes by: 1) presenting the type of stress experienced by intensive care patients in a situation of acute/critical illness, 2) by investigating how the elements strength and movement are affected, 3) by illustrating how ICU patients sense the physical presence of their significant others and 4) how experience based knowledge is applied and conveyed in clinical tutoring and how significant it may prove towards understanding the subject area intensive care nursing in the public health sector.

TWO PERSPECTIVES: PUBLIC HEALTH AND NURSING

Two theoretical perspectives meet in this dissertation, public health and nursing among acutely/critically ill persons and their experience and influence on personal body and condition and how lived experience is interpreted and described in clinical tutoring.

According to Laverack (2005) the primary target of public health is to promote health in a population and to establish adequate health services. The public health perspective reveals how certain conditions relating to the person or conditions in a person's environment affect their health. It refers to a context, relation, the patient's ability or lack thereof to influence a situation and how health care professionals organize and act professionally (Karlberg et al. 2002, Nordenfelt 1991, WHO 1986). Public health is multi disciplinary. This dissertation applies knowledge from phenomenological-hermeneutic philosophy, medicine, psychology, pedagogic and nursing to public health science in its search for understanding patient experiences and situations. From the perspective of the intensive care patient, and by applying phenomenological-hermeneutic philosophy, we may discover the patient's own interpretations of how different aspects of a situation affect her/him. By investigating the intensive care nurse's professional behaviour, we may discover/thematicise how experience based knowledge is disseminated and communicated in tutoring.

Public health is a key element in nursing and related to nursing's preventative and promotional function (Gammersvik 2006). It is essential to be able to see and identify man's potential and resources. This philosophy stems from the concept of accepting that no matter which situation a person finds herself/himself in, healthy or ill, it carries with it a potential for good health and/or preconditions for good health. The relevance of the nursing perspective can be observed in the nurse's encounter with the diseased person or in her nursing and care for persons at risk or already suffering from illness. The nursing perspective applied to this dissertation is phenomenological-hermeneutic (Martinsen 1989, Benner and Wrubel 2002). This tradition applies a holistic perspective. This implies health and sickness, but also life itself. The nurse's goal is to support the other in patient relations, professional contexts and nursing actions (Martinsen 1993). Within this perspective there is a need to look at intensive care nursing as a source for development of knowledge (Benner 1995, Bengtson 1989). The purpose should be to understand the intensive care patient's concept of her/his experiences, and the significance of this understanding to health promotion.

Multidimensional approach to health and public health issues

A multidimensional approach to health means inclusion of all of man's dimensions in the perspective of health and health promotion. This dissertation presents multidimensionality through experiences and situations. According to a salutogenetic perspective on health and health promotion multidimensionality may be described in several ways (Hanson 2004). Multidimensionality in this context implies seeing the person as social and acting (Berg 2007, Hedelin 2000, Nordenfelt 1991). The other perspective investigates a person's lack of ability to perform certain action(s) and health/health-deficit refers to an ability or lack thereof to respond. The phenomenological-hermeneutic tradition includes a holistic perspective by transgressing the body/soul dichotomy. Phenomenological hermeneutic provides access to capturing how intensive care patients feel in the dynamics of the borderland between health/health-deficit during critical illness. The holistic perspective of this tradition attempts to understand the reflective body's expressions by way of comprehending bodily expressions as expressions of consciousness. Consciousness is expressed through the body's signals combined with experiences and situations (Heidegger 1962). This dissertation's focus is the experiences and situations intensive care patients live through, and the experience based dissemination of knowledge from intensive care nurses to students.

Heidegger (1962) emphasises the integration of body and soul and the fact that human experience is physical as well as intellectual and need to be contextualised with the life/context a person lives in. A key element of this philosophy is the sense of being, expressed by the concepts being, doing, experiencing and sensing. A phenomenological understanding of body is considered self-explanatory and is, according to Benner and Wrubel (2002), characterised by man's particular capacity for embodied knowledge, understanding of background, caring for something/someone and to always be in a situation. By elaborating and describing the theoretical perspective in which the body with its experiences and situations constitutes the fundamental source of knowledge, it is possible to capture the innermost sentiments of an intensive care patient, sentiments which have remained undiscovered by other disciplines and models. Working with public health is referred to as applied public health science – the primary target being health promotion (Hummelvoll (1995). To promote health or prevent a health-deficit, can be approached in many ways with many different target groups (Hanson 2004). In an intensive care context this implies pooling knowledge from many professions, in order to provide comprehensive services to the acute/critically ill patient. One aspect of being comprehensive is to address important

dimensions of the patient's existential situation described by the patient's personal experience and the dissemination of experience based knowledge from the nurse. Hanson (2004) discusses the most relevant strategies of public health as treating disease, preventing disease and promoting health. The key aspects which are relevant to public health issues in an intensive care context are thus health promotion, empowerment, coping strategies and embodied experiences – together with the process of dissemination of knowledge.

GOALS AND RESEARCH QUESTIONS

The dissertation's primary target is to increase understanding of critical illness and how this knowledge influences education in the intensive care context. The four sections of the dissertation are:

- A study of how stress affects the patient's situation in intensive care. (study I)
 - A study of how the body and the embodied experience are affected when potentials like power and movement change. (study II)
 - ICU patients' experience and history with having their significant others present during acute/critical illness, and the significance this may have. (study III)
 - ICU nurses' interpretation and description of experience based knowledge to students during clinical tutoring and the significance of experience based knowledge towards understanding and practicing their profession. (study IV)
-
- Which types of stress do ICU patients experience during critical illness? (study I)
 - How are the elements power and movement affected from a patient perspective? (study II)
 - How do patients sense the physical presence of their significant others during acute/critical illness? (study III)
 - How is phenomenological knowledge conveyed from ICU nurses to their students in clinical situations? (study IV)

METHODS

All sub-studies are qualitative studies. A variety of data sources, collection methods and methods of analysis have been used in order to describe histories and experiences. The scientific approach is phenomenological-hermeneutic.

Sub-study I: This study uses scientific documents (texts) as data. These are review-articles covering a period of ten years and assembled by use of the databases Cinahl and PUBMED.

The scientific analysis of the data is phenomenological-hermeneutic with questions addressing the text (Gadamer 2007, Lindseth 1981).

Sub-study II: The portrayal of history and experience of body, strength and movement during critical illness has been by way of in-depth interviews with former ICU patients providing the data for this study. The analysis of the interview material was phenomenological-hermeneutic (Lindseth & Nordberg 2004, Ricoeur 1991, 1981, 1976).

Sub-study III: Data from this survey consists of assembled material from in-depth interviews with former ICU patients and their history and experience of their significant others being present during critical illness. The analysis of the interview material was phenomenological-hermeneutic (Kvale 1997).

Sub-study IV: In order to gather data on how the ICU nurse interprets and conveys knowledge in clinical tutoring, it was necessary to use observation and interviews as supplementary methods (Jakobsen 2000, Kvale 1997). Nurses responsible for tutoring students of intensive care nursing were observed and interviewed over a period of one month. The analysis of the interview material was phenomenological-hermeneutic (Kvale 1997).

FINDINGS

Sub-study I: During physical illness changes affect experiences related to perception of body, space and relation. Patients experience perspiration, elevated pulse or hyperventilation and their bodies tune in on these sensations. The lack of sleep is stressful and sleep depriving activities forces the body's awareness of sensation. The stressful loss of control was increased by a sense of loss of self. Being connected to technical equipment provided a sense of security yet it was also bothersome and uncomfortable.

The sense of stress in the ICU was affected by the space itself representing life as well as fear of dying, as well as being limited to a horizontal position and lacking in opportunities to influence the situation. The horizontal position is disempowering; it prevents the patient from interacting with fellow humans and thus in preserving life.

Relational stress is related to observation, care and treatment. Organization and communication has a significant effect towards patient needs in order to avoid fear and

anxiety and to provide hope. Work related stress among professionals interrupts continuity, creates distance to the patient and increases the patient's sense of helplessness.

Sub-study II: Critical illness involves loss of body, strength and movement and coping strategies to reclaim them.

The loss of body, strength and movement is visible through loss of minor muscle movement and lack of control with the body together with opportunities otherwise available in the situation. Loss of body also affects dependency on others for self preservation. Relational ties and the sense of belonging to one's significant others are affected by the loss of body created by the conflict of proximity and distance. Nursing staff influence the patient's sense of wellbeing and positively affect the body through care and compassion. It is very difficult for the patient to experience being treated as an object. In situations when they are in a dreamlike state between the real world and dreams, patients experience a sense of forced distance and sometimes lack of coherence in communication. Life and colours affect the body and its potential by affecting the life force.

Coping with the loss of body, strength and movement involves drawing from resources of defiance and anger, and applying them towards conquering the situation as critically ill. Coping with the body is also an aspect in the perspective of family, accountability, responsibility and providing for the family's needs. When the situation becomes too difficult, they flee from it by thinking of other things. Protection is one way of shielding the lost body, spiritually by establishing a sense of protection, but also by choosing not to relate to significant others. Handling the lost body is a struggle for life and sometimes morbid humour becomes the situation's only potential. In situations where sadness invades the body, it is referred to the lowest level of existence life can have and the cry for help becomes a final cry for help.

In small steps the body is reclaimed. Such steps are evident when the patient reclaims and recognises the vertical position. Due to limited requirements for movement, and physical progress, patients experience a positive, motivating attitude from the staff.

The small steps, movement and motivation create expectations. The patient's expectations of personal mastering and possibilities are experiences which also enables a perspective on the

future. Reclaiming the body also refers to preparing for future action and plans. As the body's strength and movement improves, its level of precision grows, and provides meaning to life.

Sub-study III: Patients experience conflicting emotions between having their significant others near to them or being physically separated from them. ICU patients respond physically to the presence of their significant others by recognizing their voices, physical touch and being drained of energy. They also find themselves facing the dilemma between living up to the expectations of their significant others and personal physical limitations.

For better or worse the recognition from significant others creates a dichotomy between affirmation and a sense of solitude. Having them near takes precedence, but this closeness creates emotional conflict with its reference to an external reality beyond the patient's reach.

Patients experience personal reactions from having to compare their own situations to that of others. When their children express lack of satisfaction with their parent's performance, patients see this as a confirmation of their insufficiency. Patients point to the fact that they will permit closeness within certain limits. Closeness and distance can be observed as seclusion as well as closeness. Patients see anger in some of their significant others and introversion in others. They experience hope when their significant others are hopeful, but also despair at not being able to trust their own life force.

Community with loved ones is important. Realising this creates fear of loss of community or fear that loved ones may not return. Patients are aware of the role as head of the family and responsible for setting limits. Often information of pain and anxiety is withheld from the family who receive information from staff instead. This is often a better solution for the family and how they make decisions at home.

Communication is extremely difficult in cases where patients are artificially ventilated. Physical presence and inability to share in the dialogue is problematic, creates conflicts and excludes from decision-making where children are involved. The inability to speak is a totalitarian situation in which the body and mind are separated – the conscious mind actively aware, but with a body unable to follow through.

Sub-study IV: The interpretation and teaching of embodied knowledge is expressed by the

intensive care nurse in physical awareness and meaningful movement.

The intensive care nurse conveys impressions from the situation creating an overview of events before arrival at the ICU as well as the here and now. These impressions are general and individual. The nurse weighs her students' expertise against their responsibility for the patient's condition. This continuity provides quality control with the patient's as well as the student's situation.

The nurse also addresses pain's expressions and assessment of pain levels in the patient and provides adequate intervention. Assessments include phenomena associated with respiration and the direct and indirect effects of medication and disease on respiratory functions. Elimination and problems related to bowel movements are also expressed to the students.

Nurses also evaluate how the body's own processes can be assisted by exploiting the relationship between the body's position and the technical equipment's function. They pre-emptively demonstrate that the patient's body can be prepared for treatment and avoid negative side effects. Nurses evaluate inactivity and the natural activity of the body when these are under threat. During surgical procedures and anaesthesia they express how absorption of fluids from the intestine is reduced and are able to intervene in order to avoid complications.

The intensive care nurse evaluates and expresses the patient's physical expressions and how these can be addressed. In cases when the patient's expression is extraordinary the nurse will provide extra attention and support, and relieve the patient of functions they are unable to sustain themselves. When the patient's awareness is limited or unclear, the nurse evaluates and conveys the imperative of addressing unclear expressions through systematic intervention.

Nurses instruct students in perception of complex understanding of knowledge and situations to provide them with embodied experience, obliging participation, addressing the situation at hand and gradually assume responsibility for the situation. Students and nurses work in teams, they evaluate and experience challenges together in developing skills and experience. Nurses provide experience to the situation as meaningful movements, which provide a comprehensive concept of the expressions at play in an intensive care context.

DISCUSSION

The important goal for this dissertation is to develop knowledge on what it is like to be seriously ill, and how experience based knowledge is disseminated in clinical tutoring in the intensive care context.

The surveys (I, II and III) demonstrate how intensive care patients experience a complex and difficult situation. The situation is characterised by being at the centre of an experience in which they are at the mercy of context, their own body and contextual relations. The situation represents a dichotomy. The dual position includes a life-world in which they on one hand are treated as objects from the perspective of an objectifying gaze (of knowledge) and, on the other hand, live with their experiences of the situation and all it involves. This position renders them disempowered. The final survey (survey IV) confirms that nurses disseminate experience based knowledge through bodily presence and movements which are meaningful in the perspective of the complex and diverse situation the intensive care patient experiences. The nurse tries to create/provide meaning, based on the content of the situation and combined with her experience, so that the student may understand important elements relating to the patient's condition.

Thinking health promotionally around these issues is important to those exposed to acute/critical illness and intensive care nurses working to aid the acutely/critically ill patient during perilous times. This is a shared responsibility within public health and nursing. Health promotion addresses what the intensive care nurse observes (has/is given information about), understands and has the opportunity to respond to patients' expressions in the situation at an early stage (Berg 2007).

The gaze in an intensive care unit.

For intensive care staff and especially nursing staff monitoring intensive care patients continuously, the professional gaze they apply becomes very significant, when guarding critically ill patients (Benner & Wrubel 2002, Benner et al. 1996). General nursing refers to the gaze as characteristic of how the nurse "sees" and for the patient how he/she is "seen" (Martinsen 1993). The gaze implies movement and consideration and the nurse applies all available sources of knowledge to assess the patient's condition and situation. In the intensive care context the traditional focus has been on the physical body's functions from a medical clinical perspective, and this still remains the key focus. The purpose of the gaze is to prevent

or treat crises relating to the functions of vital organs, e.g. collapsing kidneys, lungs or heart failure (Moesmand & Kjøllesdal 2004). The gaze does not register the patient's conscious and/or expressed life and fragility and its bodily expressions (Lillestø 1997). "The gaze" nurses apply can be vital to observing and comprehending expressions. The nurse's gaze and attentiveness in the situation will decide which opportunities are at hand (Benner & Wrubel 2002). It is relevant whether the intensive care patient's experience of duality stems from a reductionist philosophy the body is met with in the situation; by what the nurse's gaze captures. This "split" may create the dichotomy an intensive care patient experiences from the gaze which excludes other information (about the patient's situation) and insight than what the gaze itself represents. Benner et al. (1999) emphasize the significance of the gaze towards the nurse's capacity to handle rapid shifts in the situation and fragility. In order to grasp the fragility of the patient's situation, the nurse must be skilled in salutogenetical as well as patogenetical aspects of the patient's condition. When intensive care patients share aspects of their existential lives and experiences, such narratives constitute an important basis for supplementary knowledge to the existing knowledge we apply to working with public health.

Empowerment, coping and the gaze

Empowerment is a philosophy with a focus on addressing the patient's experiences and situations (Berg 2007). A key factor in empowerment is the awareness of a person's opportunity to influence his situation (Antonovsky 1987). Intensive care patient situations are situations of disempowerment. The body is prevented from functioning properly and unable to express aspects of the situation it experiences. The lack of opportunity compartmentalises the patient. The patient may see opportunities for intervention, provided that nurses see, comprehend and integrate the patient's expressions in their assessments.

The duality intensive care patients experience from not being existentially noticed or met may be related to the nurse's lack of ability to provide patients with proper instruments to influence their own situation. Eriksson (1993) points at two separate factors the patient needs in order to be seen, met and understood by the nurse; her/his struggle to survive and the concrete assistance she/he needs. Power and disempowerment are revealed through these basic factors; the patient's fragile and limited potential is seldom addressed. Simultaneously these factors provide an opportunity to bridge the gap between power and disempowerment through an empowerment process. Nyman and Sivonen (2005) describe them as related to the meaning of life; how we live our lives, life's movement and development and personal

perception of meaningfulness. Barbosa da Silva and Perrson (1991) say this can be explained objectively, ontologically and phenomenologically. When life's meaning revolves around these three aspects the question of why a person struggles so hard to survive will always arise. Having bad health involves a feeling of not being able to change focus from reduced self esteem and worthlessness, of being imprisoned in and by the situation (Strandmark 2004).

Empowerment refers to how nurses, based on the opportunities a situation provides, may facilitate the empowerment process. The most important precondition for letting go of power is to open up for a patient oriented empowerment process. The nurse needs knowledge to observe the situation and understand what is at risk. In the inter-personal cooperation the intensive care nurse's skill becomes vital. The power of the reductionist gaze may create disempowerment for the patient. According to patient experiences disempowerment is what the nurse observes or fails to recognize. Martinsen (1996) claims that life itself consists of a hierarchy in the contradiction between life and death. Intensive care patients experience this dynamic, recognising that they are alive but also recognising that they are treated as objects. Intensive care patients are disempowered by the lack of recognition of the phenomenological body's expressions of critical illness and consequently also the respect for the particular expressions intensive care patients convey. They risk becoming subject to violation (in which life itself and their life-struggle is violated), reduced from fellow subject to a body, absent of awareness of life and body by the lack of a sensuous and understanding gaze of knowledge. What does it take to facilitate an empowerment process in which the patients are empowered to cope instead of feeling disempowered?

According to Lazarus (1984) coping correlates with the perceived meaningfulness of the situation, while stress implies loss of meaning. Coping may be a typical action we perform, but also inactivity. Intensive care patients (surveys one, two and three) experience loss of meaning in relation to body, space and relationships in situations. They also experience ambivalent feelings of self and their environment, which also leads to loss of meaning. The loss of meaning makes the patient worried. Stress then becomes a search for meaning in their existence as a step in life's progress and understanding of life and situation. It also kindles a spark of life (Palmgren 1997). Strandmark (2006) describes health as mental power or vitality, a vitality which provides self-respect, power and coping. This vitality is necessary for man to feel and experience health. Intensive care patients demonstrate vitality with their bodies (survey two), but since some of the basic preconditions are removed, they feel disempowered.

One basic precondition is the lack of focus among nurses on sensing life-conditions. Eriksson (1993) says that man struggles for meaning and growth in benevolent suffering, but true joy of life, meaning and power are found in the lust for life. Suffering and lust (for life) are the two dimensions in human existence which constitute the driving force of man. The surveys contained in this dissertation do not seem to support the ability to create meaningfulness and vitality are significant resources among patients to create better health. Instead they are replaced by a nursing gaze drawn from the knowledge-base of the natural sciences, observing surface factors relevant to treating diseases, but not supportive of the basis of vitality.

The gaze and dissemination of knowledge

The gaze is important in the education of intensive care professionals. The content of the gaze is expressed in clinical tutoring of students. The content of the intensive care nurse's professional gaze forms and prepares the student for caring for the acute/critically ill patient in an intensive care context. In the situation intensive care nurses consider and convey factors founded in the knowledge base of the natural sciences. They mainly observe phenomena from a perspective of a diagnostic gaze where the diagnosis is the main focus. This way of thinking and teaching to some extent emphasise the patient's reality by observing her/him in the situation. Martinsen (2000) says the following: *"This knowing eye with its knowledge facilitates movement and speed in order to arrange, register and organize scales or systems (p. 39)."* In Martinsen's perspective this refers to speed and the development of observational techniques. These techniques of seeing take the position of observation rather than of involvement, sensing or ability to capture significant contexts in the patient. Antonovsky (1987) calls it a 'sense of coherence', which includes an ability to comprehend the situation and mutually develop and solve aspects of the situation and/or create meaning. In spite of the fact that nurses often are able to talk to their patients while patients are conscious and able to communicate, and applying seeing techniques simultaneously, the purpose of these discussions is usually to confirm or deny factors which have been registered or observed.

In addition to teaching seeing techniques intensive care nurses also teach sensing and the ability to register whether their patients are in pain or seem content in their situation. The professional assessments and function is from the nurse's fundamental knowledge based on causality. Nurses consider expressions a form of response to the efficiency of pain relief after surgical procedures to tissue (including nerve damage). The justification of sensing becomes a form of quality control/validation where the nurse makes sure that observation and experience is coherent. This philosophy makes knowledge a form of power/force through its technical

rationality (Molander 1996). The source of this knowledge is associated with object or nature and distinguishes itself from subjectivity and lived and experienced life. When a nurse with her bodily presence tries to guide students towards incorporating experience with body, they draw from a complexity of professional skills. This complexity includes sensing. Sensing becomes systematic on various levels and associated with parameters which are observed and registered in patient situations. The philosophy is recognizable by its deductive work process towards assessing the correct diagnosis. When symptomatology correlates and is coherent a correct diagnosis provides meaning (Jensen & Jensen 1976). This form of sensibility refers to the body's processes and leads to a focus on external factors (which can be seen and heard). The socialisation of transferred knowledge from the nurse to her student has two intentions; treatment and care. One could say that the intensive care nurse in this survey (survey four) is ambivalently present in the situation, since her intentions and its content seem unresolved. It becomes unclear when the nurse, with her knowledge, tries to assess and assist her patients, but with the knowledge she/he provides students and patients become disempowered through its systematic character (the power of models). The student's impotence is caused by being socialised towards a mind frame which fails to capture sensing and the patient's own experiences and situation – which also clearly contrasts the life-situation of the intensive care patient.

Experience based knowledge from an intensive care context; a source for knowledge for public health science and public health initiatives

Two perspectives are applied to this dissertation; Public health and nursing. The focus for nursing practice and function has largely been on the individual although some nursing theories also address family and society as examples of groups and social levels (Benner & Wrubel 2002, Travelbee 1999). As a natural consequence knowledge development has a similar focus. In this context the onus is on intensive care patients' experiences, combined with experience based knowledge the nurse conveys to students. This constitutes the basis for concepts and actions in professional intensive care nursing.

The public health perspective has as governing perspective focus on the individual, groups and communities (WHO 1986). Since the public health perspective is a governing perspective, it tries to develop knowledge related to increasing the comprehension of the factors an intensive care patient is exposed to and lives with. Comprehensive understanding includes knowledge based on the experiences of the person with or against its environment. This implies elevating knowledge to a governing level in order to apply this knowledge to e.g.

intensive care patients and intensive care nurses. The experience based knowledge of intensive care patients' experiences and situations in an intensive care context and how the intensive care nurse disseminates knowledge from personal experience, will constitute an important scientific supplement to the (multidisciplinary) knowledge base of public health science. By way of the intensive care nurse's professional capacity, this makes the individual and group perspectives in public health relevant. One aspect will be professionalism intensive care patients need as critically ill subjects. To the intensive care patient the preference refers to a right to assistance; also on the existential level, bodily expressed in the subject's personal experiences and situations. As a meeting point between individuals and groups, society at large appears as the third and highest level of the public health perspective. This level addresses a.o. to which extent national curriculums for the education of intensive care nurses provide guidelines and define content for sufficient skills development, so that the patient's existential situation is taken into account and thereby facilitates patient opportunities for coping. It raises the debate on which skills levels the education should require and whether the education of intensive care nurses is satisfactory in terms of addressing factors relevant beyond the body's physical condition. According to the description of target groups in the plan regarding intensive care nurses, the focus is chiefly on clinical, medical and disease related knowledge. There is hardly any focus on experience based knowledge and existential issues. Phenomenology as a basis for gaze and for understanding the different expressions of phenomena, as well as the working methods of hermeneutics which seek to comprehend, seem absent from the plan's philosophy and content. Both levels of the public health perspective's group- or social level, refer practically and morally to whether (to which extent) intensive care patients and their situation is noticed and addressed with the knowledge which is inherent in the profession's skills, so that the patients can be aided away from impotence towards coping with the sensuous body's knowledgeable gaze. According to Nortvedt (2008) professional paternalism expresses what professionals with the best intentions are permitted to do to their patients. Two core beliefs touch; one hand the principle of doing well and to act in the patient's best interest, and on the other hand patient autonomy, with respect for the patient's right to self determination. Nortvedt also highlights that between these there may exist asymmetry. Eventually society (our governing bodies) will decide which ontology and epistemology is valid and significant to which knowledge regarding the patient situation in intensive care units.

Choice of methodological approach

The focus of this dissertation is the aspect of experience in an intensive care context as critically ill, and the tutoring aspect of nursing in an Intensive Care Unit (ICU). The purpose of the dissertation is to increase awareness of critical illness and the importance of dissemination of knowledge in an intensive care context. Different methods are applied in the four sub-surveys, all within a phenomenological-hermeneutic tradition. The quality of the research will be discussed through the key concepts truth-value, applicability, consistency and neutrality (Sandelowski 1986).

Truth-value: In survey I all data had been assembled from 10 review articles. The purpose, results and conclusions were registered, as well as the methodological approach and number of articles included as data in each review article. The data was analysed by both researchers. In survey II and III the transcribed interviews were subjected to control of tape content against written transcription. The content was analysed by the researchers who took part in each of the surveys. In survey IV field observations were conducted together with informant interviews. The data was systematically recorded. All surveys were validated by the researchers. Emphasis was placed on interpretation of each narrative in part and as a complete in terms of meaning. All surveys have been presented to intensive care nurses who recognize the phenomena.

Applicability: The knowledge gained from surveys I, II and III are not directly applicable to other similar situations, contexts or to other professions who work in a similar context since it is not statistically valid. There is, however, reason to assume that the phenomenological-hermeneutic perspective on knowledge is applicable/useful from its perspective on human bodily expressions and how these are interpreted. There may also be a theoretical applicability based on recognition of the situation, which is a key factor when addressing the person and the issue. The weakness of this approach is that the knowledge produced is individual and only refer to these patients and their situation and context. We can assume that conditions which affect the patient in one situation may also be relevant under other but similar conditions. The knowledge from survey IV is not directly applicable either since it is based on the experience of six nurses. The findings, however, need to be considered from two perspectives; the curricula for nursing education and specialisation in intensive care nursing. There is reason to assume that there are similarities in the transfer of knowledge among these intensive care nurses and other nurses who provide tutoring to students of intensive care

nursing. It will be recognisable and to some extent applicable since the educations share curricula and philosophies. Two factors contradict the applicability of this knowledge. One factor relates to the person and how the personality affects the character of tutoring. The other factor is the different cultures which exist within different intensive care units and how this affects tutoring.

Neutrality: Inclusion- and exclusion criteria have been chosen in the selection of articles (survey I) and inclusion criteria for those who are registered as informers (surveys II and III). In survey IV the staff nurse selected nurses/informers based on which of them provided tutoring to students. The inclusion criteria stated pairing of nurse/tutor and student. Analysis in a phenomenological-hermeneutic tradition is a personal process in which the interpretation is based on the interpreter's presupposition. This presupposition is described in the foreword, theoretical chapter and articles. The neutrality is thus not an issue which can be validated in detail, or controlled. But neutrality is found in the validating process, in which researchers have made sure that findings reflect the actual content of the data. It will only be partially possible to investigate the material.

Consistency: One of the dissertation's strengths is the use of the same theoretical perspective in methodology and theory. All surveys have been precise and exact in transcription, interpretation and use of empirical data. The surveys have been reviewed according to their validity and relevance in clinical practise. The consistency confirms that the surveys, to some extent, is applicable since the data in survey 2 and 3 is collected from three different intensive care contexts. All data has been collected from one region in Norway, which may reveal local cultural differences among intensive care units and educational environments. Qualitative research methods have been applied in the surveys and analyses with regards to formal requirements, including presuppositions. Certain aspects of the research can be validated while other aspects are within the field of personal research qualifications which may be more difficult to validate.

Reflections on research ethics

In the surveys II and III, the informers received a letter describing the survey and were asked to sign a letter of consent. They were also asked whether they needed additional information before the formal interview. Additional information was not needed by any of the informers. Intensive care patients are a vulnerable group of informers since their experiences from

intensive care may reawaken and cause extra strain. The sensuous line between stepping close, and stepping too close, will always be present during interviews, and so will the imbalance in power between the informer and researcher. After the interview every informer was asked about his reactions to reliving his experiences from the intensive care unit. They all expressed that they were comfortable with discussing the experience. This suggests that the interests of the informer(s) and the interests of the researcher was well balanced. In survey IV participant observation and interviews were used to collect data. The selection of relevant candidates and written request for participation was administered by the staff nurse. One factor in the optional participation in the survey for those candidates that were selected may be a sense of moral obligation to participate in order to express solidarity with the ward.

One research ethical aspect is also to clarify the researcher's position, what his objectives were and what they were not, together with intensive care nurses on the ward. The researcher spent time together with the nurses in the intensive care unit for one week before participant observation commenced in order to demonstrate how it would be executed. It was also made clear to the nurses that the researcher had no professional or pedagogical responsibilities during his time at the unit.

Another factor to survey IV is the observation of situations, where the patient is in focus; the patient is after all the focus of treatment and care. According to the Ethical Guidelines for Research (Research ethical committees 2006) ".....*the researcher needs to evaluate and prevent effects on third party participants not directly involved in the research*" (p. 16). Intensive care patients are in this research context third parties. Patients should be able to choose to participate in research on their situation as critically ill, and were therefore informed in writing about the survey and the researcher's role in the intensive care context. In some situations it became difficult to distinguish between roles, particularly when the researcher experienced a demand from the patient's bodily expressions or gaze. The demand from the patient may occlude the researcher's perspective and affect the collection of data. The body's focus was diverted from the observing and calculating gaze to reacting to the uneasy gaze and bodily expression of the patient; while being unable to respond. At some point relational ethics and research ethics conflict in terms of their different intentionalities. Observations were supplemented and corrected during discourses with nurses after each observational period. The unregistered content which may have been lost due to the loss of a clear scientific gaze may have been balanced by the nurses' professional evaluation of the situation(s).

Perspective and presupposition

The formative process of the nursing perspective implies that the research perspective may be colored by presupposition. It may lead to a blindness of perspective where the perspective's content shuts out other relevant contextual understanding (Malterud 2003). One factor is whether the presupposition limits the public health perspective. Key issues this raises are what a public health perspective is, and how relevant it is towards what patients are offered of services in an intensive care context? A third question is whether the education of intensive care nurses is relevant to public health?

According to Lavarack (2005) public health's target is to promote the health in a population (on an individual, group and collective level) and to provide satisfactory health services. The public health initiative is a collective priority in order to prevent disease and/or promote health in a population (Beaglehole & Bonita 1999). In this context a health service may be constituted of skills and knowledge which may qualify relevant professionals towards providing adequate services to intensive care patients. This may refer to being equipped to initiate preventive measures as well as to respond to the diseased person's needs in the intensive care situation. Since public health takes a multidisciplinary approach it is only natural to include knowledge from those professions closest to the patient group in question, the patients' situation and relevant professional services available; as well as experience based knowledge from the intensive care context (Benner et al. 1999). I have chosen and implemented phenomenological-hermeneutic theory, methods and analysis in this dissertation in order to highlight and better comprehend the intensive care patient's situation, as well as the significance of experience based knowledge in clinical tutoring. The findings are linked to public health and holistic philosophy and to concepts within public health in order to illustrate the aspect of knowledge in public health (Aadland (2004). Theories and concepts from nursing have been subordinate in the dissertation, with the exception of theoretical aspects which highlight the dimension of patient experience.

The findings are discussed on individual, group and population level in order to nuance the significance of experience based knowledge for individual patients and groups of patients. These three levels are common to public health, the public health initiative and nursing; they are given a key position in this dissertation (Benner & Wrubel 2002, WHO 1986). Finally the

findings have been discussed from a community level perspective where experience based knowledge is relevant to professional intensive care nursing.

The dissertation thus becomes relevant to public health and the public health initiative by providing knowledge significant to intensive care patients in focus for a public health initiative, as well as important practitioners (nurses) of professional health work in this context. The dissertation also raises the discussion on which components of knowledge the education of intensive care nurses needs to include, and thus a professional and political discussion about the professionalism intensive care patients are met with in an intensive care context.

CONCLUSION AND FURTHER RESEARCH

Intensive care patients are exposed to different forms of stress in an intensive care context, (related to body, space and relationships); they experience a change in strength and movement (experience, action and how the body is reclaimed), as well as in the conflicting emotions the presence of their significant others create. Intensive care nurses convey experience based knowledge with a variety of phenomenological foci to their students in intensive care nursing.

More empirical research is needed to investigate the phenomenological-hermeneutic field, especially with regards to the clinical reality of intensive care nurses and public health theories on empowerment and prevention. The dissertations' surveys make three dimensions of the intensive care context relevant for further investigation:

To seek greater understanding of how singular phenomena are expressed and affect patients in the situation. Such research could contribute towards providing guidelines and a basis for improved expertise towards understanding intensive care patients' physical expressions as well as improving interventions.

It is essential to see the interaction between patient(s) and nurse(s). The National guidelines for training intensive care nurses provide content and guidelines for developing competence, but little is known of how this competency meets with the reality it is trained to function within.

We need to look at teaching methods for experience based learning in general, but especially in clinical tutoring. It also seems useful to develop the pedagogic philosophy to emphasise the body's own conditions and preconditions for teaching experience based knowledge and the consequences this will have for the knowing gaze.

Litteraturreferanser:

Adamson H., Murgo M., Boyle M., Kerr S., Crawford M. & Elliott D. (2004) Memories in intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 20:257-63.

Alasad J. (2002) Managing technology in the intensive care unit: the nurses' experience. *International Journal of Nursing Studies*, 39:407-13.

Almerud S., Alapack R.J., Fridlund B. & Ekeberg M. (2007) Of vigilance and invisibility-being a patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care*, 12:151-8.

Alver B. & Øyen Ø. (1997) *Forskningsetikk i forskerhverdag*. Oslo, Tano Aschehoug.

American Association of Critical Care Nurses Standards Committee. (2002) *Standards for Nursing Care of the Critically ill*. Reston Publishing Company Inc. Virginia, Reston.

Anderson J.A. & Willson P. (2009) Knowledge management: organizing nursing care knowledge. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32:1-9.

Antonovsky A. & Lev A. (2000) *Helbredets mysterium: at tåle stress at blive rask*. København, Hans Reitzel Forlag.

Antonovsky A. (1992) *Hälsans mysterium*. Stockholm, Natur och kultur.

Antonovsky A. (1987) *Unravelling the Mystery of Health*. San Fransisco, Jossey-Bass.

Antonovsky A. (1979) *Health, Stress and Coping*. San Francisco, Jossey-Bass.

Askheim O.P. (2007) Empowerment – ulike tilnærminger. I: *Empowerment. Teori og praksis* (Red: Askheim O.P. & Starrin B.). Oslo, Gyldendal Akademiske.

Auerbach S.M., Kiesle D.J., Wartella J., Rausch S., Ward K.R. & Ivatury R. (2005) Optimism, Satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and

emotional distress in patient` family members during critical care hospitalization, *American Journal of Critical Care*, 14:202-10.

Bandura A. (1962) Social learning through imitation. I: *Nebraska Symposium and Motivation*. (Red: Jones M.R.). Nebraska, University of Nebraska Press.

Barbosa da Silva A. & Andersson A. (1991) *Vetenskap och människosyn i sjukvården*. Teologiska Institutjonen, Uppsala, Universitetet i Uppsala.

Barbosa da Silva A. & Perrson M. (1991) Lidandets mening i ljuset av livets mening. I: *Vårdteologi*. (Red: Eriksson K. & Barbosa da Silva A.). Vårdforskning, Rapport 3. Institutjonen for Vårdvetenskap. Vasa, Åbo Akademi.

Beaglehole R. & Bonita R. (1999) *Public Health at the crossroads*. Achievements and prospects. Cambridge, Cambridge University Press.

Beard H. (2005) Does intermediate care minimize relocation stress for patients leaving the ICU?, *Nursing in Critical Care*, 10:272-8.

Bengtsson J. (1989) *Edmund Husserl*. Fenomenologiens idè. Göteborg, Bokförlaget Daidalos.

Benner P. & Wrubel J. (2002) *Omsorgens betydning i sygepleje*. Stress og mestring ved sundhed og sygdom. København, Munksgaard.

Benner P., Tanner C.A. & Chesla C.A. (1999) *Expertkunnande i omvårdnad*. Omsorg, klinisk bedömning och etikk. Lund, Studentlitteratur.

Benner P. (1995) *Fra novise til ekspert*. Oslo, Tano.

Berg G. (2007) *Å fremme den elder sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse- og et holistisk- eksistensielt sykepleieperspektiv*. Doktergradsavhandling. Göteborg, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

- Bergbom I. (2000) The nearest and the dearest: a lifeline for ICU patients, *Intensive and Critical Care Nursing*, 16:384-395.
- Bernstein J. (1978) *Forandring og stress*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Biancofiore G., Bindi M.L., Romanelli A.M., Urbani L., Mosca F. & Filopponi F. (2005) Stress-inducing factors in ICUs; what liver transplant recipients and what caregivers perceive, *Liver Transplantation*, 11:967-72.
- Bournes D.A. & Mitchell G.J. (2002) Waiting: the experience of persons in a critical care waiting room. *Research in nursing & health*, 25:58-67.
- Browning A.M. (2009) Empowering family members in end-of-life care decision making in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28:18-23.
- Burr G. (1998) Contextualizing critical care family needs through triangulation: an Australian study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14:161-169.
- Curtis J.R. (2000) Communicating with Patients and Their Families about Advance Care Planning and End-of-Life Care, *Respiratory Care*, 45:1385-94.
- Diller A. (1975) On tacit knowledge and apprenticeship. *Educational Philosophy and Theory* 7, 55-63.
- Dreyfus H. & Dreyfus S. (1999) Mesterlære og eksperters læring. I: *Mesterlære. Læring som praksis* (Red: Nielsen K. & Kvale S.). Oslo, ad Notam Gyldendal.
- Dyer K.A. (2005) Identifying, understanding, and working with grieving parents in the NICU, part II: strategies. *Neonatal Network*, 24:27-40.
- Dyson M. (1999) Intensive care unit psychosis, the therapeutic nurse-patient relationship and the influence of the intensive care setting: analyses of interrelating factors. *Journal of Clinical Nursing*, 8:284-90.

Endacott R., Boulanger C., Chamberlain B., Hendry J., Ryan H. & Chaboyer W. (2008) *Journal of Nursing Management*, 16:837-45.

Eriksson K. (1993) Lidandets idè. I: *Möten med lidanden* (Red: Eriksson K.). Vårdforskning 4/1993. Institusjonen för Vårdvetenskap. Åbo, Åbo Akademi.

Epstein S.K. (2002) Extubation. *Respiratory-care*, 47:483-95.

Fagermoen M.S. (1995) *Sykepleie i teori og praksis*. Oslo, Universitetsforlaget.

Fangen K. (2004) *Deltagende observasjon*. Bergen, Fagbokforlaget.

Forskningsetiske komiteer (NESH) (2006) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. ISBN: 82-7682-049-2.
<http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/06>.

Forsmark B. (1997) *Forskningsetikk*. Lund, Studentlitteratur.

Fraser G.L. & Riker R.R. (2001) Monitoring sedation, agitation, analgesia, and delirium in critically ill adult patients. *Critical Care Clinics*, 17:967-87.

Fredriksen S.T.D. & Svensson T. (2009) Fra "lært kropp" til "ulært kropp".
-om overføring av erfart kunnskap fra sykepleier til student i kliniske veiledningssituasjoner. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 1:13-27.

Fredriksen S.T.D., Talseth A.G. & Svensson T. (2008) Body, strength and movement - intensive care patients' experience of body. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 3:77-88.

Fredriksen S.T.D. & Ringsberg K.C. (2007) Living the situation stress experiences among intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23: 124-131.

Fredriksen S.T.D. (1998) *Hva kan det kliniske medisinske perspektiv og det fenomenologiske perspektivet bidra med i arbeidet for å bedre sykepleien til pasienter med intensivpsykose?*

Hovedfagsoppgave i helsefag. Oslo, Høgskolen i Oslo i samarbeid med Universitetet i Oslo, Institutt for spesialpedagogikk.

Gadamer H.G. (2007) *Sandhed og metode*. København, Academica.

Gadamer H.G. (2003) *Den gåtfulla hälsan*. Ludvika, Dualis.

Gammersvik, Å. (2006) *Den helsefremmende sykepleierfunksjonen i daglig arbeid og kompetansebygging av denne i sykepleierutdanningen*. Masteroppgave. Bergen, Universitetet i Bergen.

Gibson C.H. (1991) A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16:354-361.

Gieselmann J.A., Stark N. & Furruggia M.J. (2000) Implications of the situated learning model for teaching and learning nursing research. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 31:263-8, 284-5.

Gjengedal E. (1994) *Understanding a world of critical illness*. Department of Public Health Care /Division for Nursing Science. Doktorgradsavhandling. Bergen, University of Bergen.

Gray C. (1999) *Philosophy of law: an encyclopaedia*. New York, Garland.

Gunther M.L., Jackson J.C. & Ely E.W. (2007) The cognitive consequences of critical illness: practical recommendations for screening and assessment. *Critical Care Clinics*, 23:491-506.

Haigh J. (2007) Expansive learning in the university setting: the case for simulated clinical experience. *Nurse Education in Practice*, 7:95-102.

Haldorsdottir S. (1991) Five Basic Modes of Being with Another. I: *Caring: The Compassionate Healer* (Red: Watson J. & Gaut D.A.). New York, National League for Nursing Press.

Haldorsdottir S. (1996) *Caring and Uncaring Encounter in Nursing and Health Care* –

Developing a Theory. Linköping. Department of Caring Sciences, Faculty of Health Sciences, Linköping, Linköping University Medical Dissertations, no 493.

Halse K. & Hage A.M. (2006) An acute hospital ward, densely populated with students during a 12-week clinical study period. *Journal of Nursing Education*, 45:133-6.

Halvorsen K. (2009) *The ethics of bedside priorities in intensive care. Value choices and considerations. A qualitative study*. Doktorgradsavhandling, Medisinsk fakultet, Oslo, Universitetet I Oslo.

Hanneborg B. & Hanneborg K. (1975) *Filosofisk ordbok*. Oslo, Tanum.

Hanson A. (2004) *Hälsopromotion i arbetslivet*. Uppsala, Studentlitteratur.

Hayes J.A., Black N.A., Jenkinson C., Young J.D., Rowan K.M., Daly K. & Ridley S. (2000) Outcome measures for adult critical care: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 4:1-111.

Hedelin B. (2000) *Med gemenskap som grund – psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisköterskans hälsofrämjande arbete*. Doctoral thesis. Göteborg: Nordic School of Public Health.

Heidegger M. (1962) *Being and time*. New-York, Harper and Row.

Henderson W. (1960) *Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.

Hewitt J. (2002) Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *Journal of Clinical Nursing*, 11:575-584.

Hopkins R.O. & Jackson J.C. (2006) Long-term neurocognitive function after critical illness. *Chest*, 130:869-78.

- Houston M. & Cowley S. (2002) An empowerment approach to needs assessment in health visiting practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11:640-650.
- Hurford W. (2002) Sedation and Paralysis During Mechanical Ventilation, *Respiratory Care*, 47:334-347.
- Hummelvoll J.K. (1995) *Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid.* Doktorgradsavhandling. Göteborg, Nordiska hälsovårdshögskolan.
- Husserl E. (1989) *Fenomenologiens idè.* Göteborg, Bokförlaget Daidalos AB.
- Jacobsen D.I. (2000) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode,* Kristiansand, Høgskoleforlaget.
- Janssen H.C.J., Samson M.M. & Verhaar H.J.J. (2002) Vitamin D deficiency, muscle function, and falls in elderly people. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75:511-5.
- Jensen A.O. & Jensen H.S. (1976) *Medisinsk videnskapsteori.* København, Christian Ejlerts forlag.
- Jones C., Shirrow P., Griffiths R.D., Humphris G.D., Ingleby S., Eddleston J., Waldmann C. & Gager M. (2003) Rehabilitation after critical illness: a randomized, controlled trial. *Critical Care Medicine*, 31:2456-61.
- Karlberg I., Hallberg L. & Sarvimäki A. (2002) Introduction and aims at the book –health, public health and research on public health. I: *Qualitative methods in public health research. Theoretical foundations and practical examples* (Ed: Hallberg L.). Lund, Studentlitteratur. S. 13-31.
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF) (1998) Videreutdanning i anestesi-, operasjon-, intensiv-, barne -og kreftsykepleie. Oslo, Norgesnetttrådet.
- Kvale S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo, Ad Notam Gyldendal.

Kvangarsnes M., Vasset I. & Fylling G. (2008) Læring i praksisfellesskap i intensivavdelinga. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2:30-44.

Larsson S. (1994) Om kvalitetskriterier i kvalitativ forskning. I: *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (Red: Starrin, B. & Svensson PG.). Studentlitteratur, Lund.

Lave J. & Wenger E. (1991) *Situated learning – Legitimate peripheral participation*. New York, Cambridge University Press.

Laverack G. (2005) *Health promotion and empowerment*. Thousand Oaks, Sage Publication.

Lazarus R.S. (1993) From psychological stress to the emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44:1-21.

Lazarus R.S. & Folkman S. (1984) *Stress, Appraisal, and coping*. New York, Springer.

Lazarus R.S. (1981) The stress and coping paradigm. I: *Models for Clinical Psychopathology* (Eds: Eisdorfer C., Cohen D., Kleinman A. & Maxim P.). New York, Spectrum (Medical and Scientific books). S. 177-214.

Lazarus R.S. & Launier R. (1978) Stress-related transaction between person and environment. In: *Perspective in Interactial Psychologi* (Eds: Pervin L.A. & Lewis, M.). Plenum, New York

Lazarus R.S. (1966) *Psychological Stress and the Coping process*. New York, McGraw-Hill

Leder D. (1990) *The Absent Body*. Chicago, The University of Chicago Press.

Lillestø B. (1997) *Når omsorgen oppleves krenkende*. Doktorgradsavhandling. Bodø/Tromsø, Nordlandsforskning & Institutt for Samfunnsvitenskap, Universitetet i Tromsø.

Lindseth A. & Norberg A. (2004) A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18: 145-53.

- Lindseth A. (1981) Den filosofiske hermeneutikk reflekterer over betingelsene for at forståelse overhode kan lykkes. Intervju med Hans Georg Gadamer. *Dyade*; 4: 29-47.
- Llenore E. (1999) Nurse-patient communication in the intensive care unit: a review of the literature. *Australian Critical Care*, 12:142-145.
- Loram L., Bischof F. & De Charmoy S. (2002) The cardiopulmonar effect of passive movement. *South African Journal of Physiotherapy*, 58:27-32.
- Lowman L.B., Stone L.L. & Cole J.G. (2006) Using developmental assessments in the NICU to empower families. *Neonatal Network*, 25:177-86.
- Lykkeslett E. & Gjengedal E. (2007) Methodological Problems Associated With Practice-Close Research. *Qualitative Health Research*, 17:699-704.
- Löf L., Berggren L. & Ahlström G. (2008) ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: follow-ups after 3 and 12 months. *Intensive and Critical Nursing*, 24:108-21.
- Løgstrup K.E. (1994) *Den etiske fordring*. Oslo, Cappelen.
- Løken K.H. (2007) Lave stemmer skal også høres. I: *Empowerment i teori og praksis* (Red: Askheim OP & Starrin B.). Oslo, Gyldendal.
- Malterud K. (2003) *Kvalitative Metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Malusky S.K. (2005) A concept analysis of family-centered care in the NICU. *Neonatal Network*, 24:25-32.
- Martinsen K. (2008) Innfallet og dets betydning i liv og arbeid. Metafysisk inspirerte overveielser over innfallets natur og måter å vise seg på. *Klinisk sygepleje*, 1:20-32.

- Martinsen K. (2000) *Øyet og kallet*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Martinsen K. (1996) *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo, Tano.
- Martinsen K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo, Tano.
- Martinsen K. (1990) Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie, I: *Sykepleiens grunnlagsproblemer* (Red: Jensen T., Ulvik Jensen L. & Chung Kim W.). Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Martinsen K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk filosofisk essay*. Oslo, Tano.
- Marton F. & Booth S. (2002) *Om lärandet*. Lund, Studentlitteratur.
- Mechanic D. (1968) *Medical Sociology. A selective view*. New-York, The Free Press.
- Mendelsohn A.B., Belle S.H., Fischhoff B., Wisniewski S.R., Degenholtz H. & Chulleri L.; QOL-MV Study Investigators (2002) How patients feel about prolonged mechanical ventilation 1 year later, *Critical Care Medicine*, 30:166-8.
- Merleau-Ponty M. (1994) *Kroppens fenomenologi*. Oslo, Pax forlag.
- Minton C. & Carryer J. (2005) Memories of former intensive care patients six months following discharge. *Contemporary Nurse*, 20:152-8.
- Moesmand A.M. & Kjøllesdal A. (2004) *Å være akutt kritisk syk*. Oslo, Gyldendal Akademiske.
- Molander B. (1996) *Kunnskap i handling*. Göteborg, Daidalos.
- Mæland J.G. (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Nightingale, F. (1997) *Notater om sykepleie*. Oslo, Universitetsforlaget.

Nilsen K. & Kvale S. (1999) Mesterlære som aktuell læringsform. I: *Mesterlære. Læring som sosial praksis* (Red: Nilsen K. & Kvale S.). Oslo, ad Notam Gyldendal.

Nordenfelt L. (1991) *Livskvalitet och hälsa. Teori och kritik*. Falköping, Almquist & Wiksell Förlag AB.

Norsk Intensivregister (2007) *Årsrapport 2007*.

<http://www.intensivregister.no/Annet/%C3%85rsrapportar/tabid/55/Default.aspx>

Norsk Sykepleierforbund (NSF) (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo, NSF.

Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) (2006)

<http://www.sykepleierforbundet.no/article.php?articleID=4828&categoryID=718>

Nortvedt P. (2008) Profesjon og paternalisme. I: *Profesjonsstudier*. (Red: Molander A. & Terum L.I.). Oslo, Universitetsforlaget.

Nortvedt P. & Grimen H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo, Gyldendal Akademiske.

Nortvedt P. (1998) *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. Oslo, Tano Aschehug.

Nyeng F. (1999) *Etiske teorier: en systematisk fremstilling av syv etiske teoriretninger*. Bergen, Fagbokforlaget.

Nygren P. (2004) *Handlingskompetanse. -Om profesjonelle personer*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Nyman A.C. og Sivonen K. (2005) Livsmening som vårdvetenskapelig begrepp. *Vård i Norden*, 4:20-24.

Nåden D. (1999) *Når sykepleie er kunstutøvelse*. Doktorgradsavhandling. Oslo, Universitetsforlaget.

Odell M. (2000) The patient's thoughts and feeling about their transfer from intensive care to general ward, *Journal of Advanced Nursing*, 31:322-329.

Pahus M. (2003) Det undersøgende blikk og mål i sigte-blikket. *Klinisk sygepleje*, 4:47-51.

Palmgren K. (1997) *Hälsans grunnrytm. En begreppsanalytisk studie av liv och död i et vårdvetenskapligt perspektiv*. Magisteravhandling. Vasa, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Paul F. & Rattray J. (2008) Short- and long-term impact of critical illness on relatives; literature review, *Journal of Advanced Nursing*, 62:276-92.

Perkins C. (2004) Improving glycaemic control in a metabolically stressed patient in ICU, *British Journal of Nursing*, 13:652-7.

Polany M. (1958) *Personal knowledge*. London, Routledge and Kegan Paul.

Rahm G.B. (2009) *Ut ur ensamheten. Hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndommen och som deltagit i självhjälpsgrupp*. Doktorgradsavhandling. Göteborg, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

Rattray J.E. & Hull A.M. (2008) Emotional outcome after intensive care: literature review, *Journal of Advanced Nursing*, 64:2-13.

Resnick L.B. & Klopfer L.E. (1989) Toward the thinking curriculum: An overview. I: *Toward the thinking curriculum: Current Cognitive Research* (Red: Resnick L.B. & Klopfer L.E.). Sino loco, Association for Supervision and Curriculum Development.

Richman J. (2000) Coming Out of Intensive Care Crazy: Dreams of Affliction, *Qualitative Health Research*, 10:82-102.

Ricoeur P. (1991) *From text to action. Essays in hermeneutic II* (original 1986) Illinois, North West University Press.

Ricoeur P. (1981) *Hermeneutics and the human sciences: essays on language, action and interpretation*. Cambridge, Cambridge University press.

Ricoeur P. (1976) *Interpretation theory Discourse and the surplus of meaning*. Fourth Worth (TX), Texas, Christian University Press.

Robb Y.A. (1998) Family nursing in intensive care part two: the needs of a family with a member in intensive care, *Intensive and Critical Care Nursing*, 14:203-207.

Roberts S. (1976) *Behavioural concepts and the critically ill patients*. Connecticut, Prentice-Hall International Inc.

Rolf B. (1991) *Profession, tradition och tyst kunnskap: En studie i Michael Polanyis teori om den profesjonelle kunnskapens tysta dimension*. Lund, Nye Doxa.

Rootman I., Goodstadt M., Potvin L. & Springett J. (2001) A framework for health promotion. *WHO regional publication European series*, (92):7-38.

Rotondi A.J., Chelluri L., Sirio C., Mendelsohn A., Schultz R., Belle S., Im K., Donahoe M. & Pinsky M.R. (2002) Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit, *Critical Care Medicine*, 30:746-52.

Samuelson K.A., Lundberg D. & Fridlund B. (2007a) Stressful experience in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients, *Nursing in Critical Care*, 12:93-104.

Samuelson K.A., Lundberg D. & Fridlund B. (2007b) Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients -a 2-month follow-up study, *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 51:671-8.

Sandelowski M. (1986) The problem of rigor in qualitative research, *Advances in Nursing Science*. 8:27-37.

- Schön D. (1987) *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Selye H. (1971) The Evolution of the Stress Concept – Stress and Cardiovascular disease. I: *Society, Stress and Disease* (Ed: Levi L.). London, Oxford University Press.
- Sheen L. & Oates J. (2005) A phenomenological study of medically induced unconsciousness in intensive care, *Australien Critical Care*, 18:25-2.
- Sinuff T., Giacomini M., Shaw R., Swinton M. & Cook D.J.; CARENET (2008) Living with dying": the evolution of family members' experience of mechanical ventilation, *Critical Care Medicine*, 37:154-8.
- So H.M. & Chan D.S. (2004) Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong, *International Journal of Nursing Studies*, 41:77-84.
- Storli S.L., Lindseth A. & Asplund A. (2008) A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care, *Nursing in Critical Care*, 13:86-96.
- Story D.A. (2008) Postoperative complications in elderly patients and their significance for long-term prognosis, *Current opinion in anaesthesiology*, 21:375-9.
- Strandmark M. (2006) Health means vital force -a phenomenological study of self-image, ability and zest for life, *Vård I Norden*, 1:42-47.
- Strandmark M. (2004) Ill health is powerlessness: a phenomenological study about worthlessness, limitations and suffering, Nordic Collage of Caring Sciences, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18:135-144.
- Suominen T. & Leino-Kilpi H. (1997) Research in intensive care nursing, *Journal of Clinical Nursing*, 6:69-76.

Svensk intensivregister (2008) <http://www.icuregswe.org/sv/Kunskapsutbyte/Fragor-och-svar/Hur-manga-vardades-totalt/>

Svensson T., Müssener U. & Alexanderson K. (2006) Pride, empowerment, and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees, *Work*, 27:57-65.

Tistad J. (1990) Den videnskapelige krise i sundhedsvæsenet. Om den biomedisinske modell og helhedstenkning. I: *Sygepleiens grunnlagsproblemer*, (Red: Jensen T., Jensen L. & Kim W.). Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Tracy M.F. & Ceronsky C. (2001) Creating a collaborative environment to care for complex patients and families, *AACN Clinical Issues*, 12:383-400.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold I sykepleie*. Oslo, Universitetsforlaget.

Van der Schaaf M., Beelen A. & de Vos R. (2004) Functional outcome in patients with critical illness polyneuropathy, *Disability & Rehabilitation*, 26:1189-97.

Van Horn E. & Tesh A. (2000) The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses, *Dimensions of Critical Care Nursing*, 19:40-9.

Wilkin K. & Slevin E. (2004) The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit, *Journal of Clinical Nursing*, 13:50-9.

Wolf S. (1971) Psychosocial Influence in Gastrointestinal Function. I: *Society, Stress and Disease* (Red: Levi L.). London, Oxford University Press.

WHO (World Health Organization) (1998) Health Promotion Glossary, Geneva.

WHO (World Health Organization) (1986) Ottawa Charter for Health Promotion” Ottawa, World Health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association.

WHO (World Health Organization) (1988) *Ottawa Charter om sundhedafremme*, Dansk oversettelse, København, Komiteen for Sundhedsoplysning.

Wåhlin I., Ek A.C. & Idvall E. (2009) Empowerment in intensive care: patient experiences compared to next of kin and staff beliefs. *Intensive & Critical Care Nursing*, 25:332-40.

Wåhlin I., Ek A.C. & Idvall E. (2006) Patients empowerment in intensive care –An interview study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 22:370-377.

Aadland E. (2004) ”Og eg ser på deg...”. *Vitenskapsteori for helse- og sosialfag*. Oslo, Universitetsforlaget.

Vedlegg:

Originale publikasjoner

Studie I

Studie II

Studie III

Studie IV

NHV rapporter

Förteckning över NHV-rapporter

1983

- 1983:1 Hälsa för alla i Norden år 2000. Föredrag presenterade på en konferens vid Nordiska hälsovårdshögskolan 7–10 september 1982.
- 1983:2 Methods and Experience in Planning for Family Health – Report from a seminar. Harald Heijbel & Lennart Köhler (eds).
- 1983:3 Accident Prevention – Report from a seminar. Ragnar Berfenstam & Lennart Köhler (eds).
- 1983:4 Själv mord i Stockholm – en epidemiologisk studie av 686 konsekutiva fall. Thomas Hjortsjö. Avhandling.

1984

- 1984:1 Långvarigt sjuka barn – sjukvårdens effekter på barn och familj. Andersson, Harwe, Hellberg & Syrén. (FoU-rapport/shstf:14). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1984:2 Intersectoral Action for Health – Report from an International Workshop. Lennart Köhler & John Martin (eds).
- 1984:3 Barns hälsotillstånd i Norden. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.

1985

- 1985:1 Hälsa för äldre i Norden år 2000. Märten Lagergren (red).
- 1985:2 Socialt stöd åt handikappade barn i Norden. Mats Eriksson & Lennart Köhler. Distribueras av Allmänna Barnhuset, Box 26006, SE-100 41 Stockholm.
- 1985:3 Promotion of Mental Health. Per-Olof Brogren.
- 1985:4 Training Health Workers for Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1985:5 Inequalities in Health and Health Care. Lennart Köhler & John Martin (eds).

1986

- 1986:1 Prevention i primärvården. Rapport från konferens. Harald Siem & Hans Wedel (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1986:2 Management of Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1986:3 Health Implications of Family Breakdown. Lennart Köhler, Bengt Lindström, Keith Barnard & Houda Itani.
- 1986:4 Epidemiologi i tandvården. Dorthe Holst & Jostein Rise (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.
- 1986:5 Training Course in Social Pediatrics. Part I. Lennart Köhler & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

1987

- 1987:1 Children's Health and Well-being in the Nordic Countries. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Ingår i serien Clinics in Developmental Medicine, No 98 och distribueras av Blackwell Scientific Publications Ltd, Oxford. ISBN (UK) 0 632 01797X.
- 1987:2 Traffic and Children's Health. Lennart Köhler & Hugh Jackson (eds).
- 1987:3 Methods and Experience in Planning for Health. Essential Drugs. Frants Staugård (ed).
- 1987:4 Traditional midwives. Sandra Anderson & Frants Staugård.
- 1987:5 Nordiska hälsovårdshögskolan. En historik inför invigningen av lokalerna på Nya Varvet i Göteborg den 29 augusti 1987. Lennart Köhler (red).
- 1987:6 Equity and Intersectoral Action for Health. Keith Barnard, Anna Ritsatakis & Per-Gunnar Svensson.
- 1987:7 In the Right Direction. Health Promotion Learning Programmes. Keith Barnard (ed).

1988

- 1988:1 Infant Mortality – the Swedish Experience. Lennart Köhler.
- 1988:2 Familjen i välfärdsstaten. En undersökning av levnadsförhållanden och deras fördelning bland barnfamiljer i Finland och övriga nordiska länder. Gunborg Jakobsson. Avhandling.
- 1988:3 Aids i Norden. Birgit Westphal Christensen, Allan Krasnik, Jakob Bjørner & Bo Eriksson.
- 1988:4 Methods and Experience in Planning for Health – the Role of Health Systems Research. Frants Staugård (ed).
- 1988:5 Training Course in Social Pediatrics. Part II. Perinatal and neonatal period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).
- 1988:6 Äldretandvård. Jostein Rise & Dorthe Holst (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.

1989

- 1989:1 Rights, Roles and Responsibilities. A view on Youth and Health from the Nordic countries. Keith Barnard.
- 1989:2 Folkhälsovetenskap. Ett nordiskt perspektiv. Lennart Köhler (red).
- 1989:3 Training Course in Social Pediatrics. Part III. Pre-School Period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

- 1989:4 Traditional Medicine in Botswana. Traditional Medicinal Plants. Inga Hedberg & Frants Staugård.
- 1989:5 Forsknings- och utvecklingsverksamhet vid Nordiska hälsovårdshögskolan. Rapport till Nordiska Socialpolitiska kommittén.
- 1989:6 Omstridda mödrar. En studie av mödrar som förtecknats som förståndshandikappade. Evy Kollberg. Avhandling.
- 1989:7 Traditional Medicine in a transitional society. Botswana moving towards the year 2000. Frants Staugård.
- 1989:8 Rapport fra Den 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning. Bergen 4–7 juni 1989. Svein Hindal, Kjell Haug, Leif Edvard Aarø & Carl-Gunnar Eriksson.

1990

- 1990:1 Barn och barnfamiljer i Norden. En studie av välfärd, hälsa och livskvalitet. Lennart Köhler (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1990:2 Barn och barnfamiljer i Norden. Teknisk del. Lennart Köhler (red).
- 1990:3 Methods and Experience in Planning for Health. The Role of Women in Health Development. Frants Staugård (ed).
- 1990:4 Coffee and Coronary Heart Disease, Special Emphasis on the Coffee – Blood Lipids Relationship. Dag S. Thelle & Gerrit van der Stegen (eds).

1991

- 1991:1 Barns hälsa i Sverige. Kunskapsunderlag till 1991 års Folkhälsorapport. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:2 Health Policy Assessment – Proceedings of an International Workshop in Göteborg, Sweden, February 26 – March 1, 1990. Carl-Gunnar Eriksson (ed). Distributed by Almqvist & Wiksell International, Box 638, SE-101 28 Stockholm.
- 1991:3 Children's health in Sweden. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Distributed by Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:4 Poliklinikker og dagkurgi. Virksomhetsbeskrivelse for ambulent helsetjeneste. Monrad Aas.
- 1991:5 Growth and Social Conditions. Height and weight of Stockholm schoolchildren in a public health context. Lars Cernerud. Avhandling.
- 1991:6 Aids in a caring society – practice and policy. Birgit Westphal Victor. Avhandling
- 1991:7 Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet. Mats Brommels (red). Distribueras av nomesko, Sejrøgade 11, DK-2100 København.

Förteckning över NHV-rapporter

1992

- 1992:1 Forskning om psykiatrisk vårdorganisation – ett nordiskt komparativt perspektiv. Mats Brommels, Lars-Olof Ljungberg & Claes-Göran Westin (red). sou 1992:4. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna förlaget).
- 1992:2 Hepatitis virus and human immunodeficiency virus infection in dental care: occupational risk versus patient care. Flemming Scheutz. Avhandling.
- 1992:3 Att leda vård – utveckling i nordiskt perspektiv. Inga-Maja Rydholm. Distribueras av shstf-material, Box 49023, SE-100 28 Stockholm.
- 1992:4 Aktion mot alkohol och narkotika 1989–1991. Utvärderingsrapport. Athena. Ulla Marklund.
- 1992:5 Abortion from cultural, social and individual aspects. A comparative study, Italy – Sweden. Marianne Bengtsson Agostino. Avhandling.

1993

- 1993:1 Kronisk syke og funksjonshemmede barn. Mot en bedre fremtid? Arvid Heiberg (red). Distribueras av Tano Forlag, Stortorget 10, NO-0155 Oslo.
- 1993:2 3 Nordiske Konference om Sundhedsfremme i Aalborg 13 – 16 september 1992. Carl-Gunnar Eriksson (red).
- 1993:3 Reumatikernas situation i Norden. Kartläggning och rapport från en konferens på Nordiska hälsovårdshögskolan 9 – 10 november 1992. Bjarne Jansson & Dag S. Thelle (red).
- 1993:4 Peace, Health and Development. A Nobel seminar held in Göteborg, Sweden, December 5, 1991. Jointly organized by the Nordic School of Public Health and the University of Göteborg with financial support from SAREC. Lennart Köhler & Lars-Åke Hansson (eds).
- 1993:5 Hälsopolitiska jämlikhetsmål. Diskussionsunderlag utarbetat av WHO's regionkontor för Europa i Köpenhamn. Göran Dahlgren & Margret Whitehead. Distribueras gratis.

1994

- 1994:1 Innovation in Primary Health Care of Elderly People in Denmark. – Two Action Research Projects. Lis Wagner. Avhandling.
- 1994:2 Psychological stress and coping in hospitalized chronically ill elderly. Mary Kalfoss. Avhandling.
- 1994:3 The Essence of Existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic countries. Theory and Practice. Bengt Lindström. Avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

1995

- 1995:1 Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid. Jan Kåre Hummelvoll. Avhandling.
- 1995:2 Child Health in a Swedish City – Mortality and birth weight as indicators of health and social inequality. Håkan Elmén. Avhandling.
- 1995:3 Forebyggende arbeid for eldre – om screening, funn, kostnader og opplevd verdi. Grethe Johansen. Avhandling.
- 1995:4 Clinical Nursing Supervision in Health Care. Elisabeth Severinsson. Avhandling.
- 1995:5 Prioriteringsarbeid inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder. Stefan Holmström & Johan Calltorp. Sprit 1995. Distribueras av Spris förlag, Box 70487, SE-107 26 Stockholm.

1996

- 1996:1 Socialt stöd, livskontroll och hälsa. Raili Peltonen. Socialpolitiska institutionen, Åbo Akademi, Åbo, 1996.
- 1996:2 Recurrent Pains – A Public Health Concern in School – Age Children. An Investigation of Headache, Stomach Pain and Back Pain. Gudrún Kristjánsdóttir. Avhandling.
- 1996:3 AIDS and the Grassroots. Frants Staugård, David Pitt & Claudia Cabrera (red).
- 1996:4 Postgraduate public health training in the Nordic countries. Proceedings of seminar held at The Nordic School of Public Health, Göteborg, January 11 – 12, 1996.

1997

- 1997:1 Victims of Crime in a Public Health Perspective – some typologies and tentative explanatory models (Brottsoffer i ett folkhälsoperspektiv – några typologier och förklaringsmodeller). Barbro Renck. Avhandling. (Utges både på engelska och svenska.)
- 1997:2 Kön och ohälsa. Rapport från seminarium på Nordiska hälsovårdshögskolan den 30 januari 1997. Gunilla Krantz (red).
- 1997:3 Edgar Borgenhammar – 65 år. Bengt Rosengren & Hans Wedel (red).

1998

- 1998:1 Protection and Promotion of Children's Health – experiences from the East and the West. Yimin Wang & Lennart Köhler (eds).
- 1998:2 EU and Public Health. Future effects on policy, teaching and research. Lennart Köhler & Keith Barnard (eds) 1998:3 Gender and Tuberculosis. Vinod K. Diwan, Anna Thorson, Anna Winkvist (eds)

Förteckning över NHV-rapporter

Report from the workshop at the Nordic School of Public Health, May 24-26, 1998.

1999

- 1999:1 Tipping the Balance Towards Primary Healthcare Network. Proceedings of the 10th Anniversary Conference, 13-16 November 1997. Editor: Chris Buttanshaw.
- 1999:2 Health and Human Rights. Report from the European Conference held in Strasbourg 15-16 mars 1999. Editor: Dr. med. Stefan Winter.
- 1999:3 Learning about health: The pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue. Ina Borup. DrPH-avhandling.
- 1999:4 The value of screening as an approach to cervical cancer control. A study based on the Icelandic and Nordic experience through 1995. Kristjan Sigurdsson. DrPH-avhandling.

2000

- 2000:1 Konsekvenser av urininkontinens sett i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. En studie om livskvalitet hos kvinner og helsepersonells holdninger. Anne G Vinsnes. DrPH-avhandling.
- 2000:2 A new public health in an old country. An EU-China conference in Wuhan, China, October 25-29, 1998. Proceedings from the conference. Lennart Köhler (ed)
- 2000:3 Med gemenskap som grund - psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Birgitta Hedelin. DrPH-avhandling.
- 2000:4 ASPHER Peer Review 1999. Review Team: Jacques Bury, ASPHER, Franco Cavallo, Torino and Charles Normand, London.
- 2000:5 Det kan bli bättre. Rapport från en konferens om barns hälsa och välfärd i Norden. 11-12 november 1999. Lennart Köhler. (red)
- 2000:6 Det är bra men kan bli bättre. En studie av barns hälsa och välfärd i de fem nordiska länderna, från 1984 till 1996. Lennart Köhler, (red)
- 2000:7 Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning – en delikat balansakt. Lilian Axelsson. DrPH-avhandling.
- 2000:8 Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996. Leeni Berntsson. DrPH-avhandling.
- 2000:9 Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Göteborg, 28 - 30 October 1999.

2001

- 2001:1 The Changing Public-Private Mix in Nordic Healthcare - An Analysis
John Øvretveit.

Förteckning över NHV-rapporter

- 2001:2 Hälsokonsekvensbedömningar – från teori till praktik. Rapport från ett internationellt arbetsmöte på Nordiska hälsovårdshögskolan den 28-31 oktober 1999. Björn Olsson, (red)
- 2001:3 Children with asthma and their families. Coping, adjustment and quality of life. Kjell Reichenberg. DrPH-avhandling.
- 2001:4 Studier av bruket av dextropropoxifen ur ett folkhälsoperspektiv. Påverkan av ett regelverk. Ulf Jonasson. DrPH-avhandling.
- 2001:5 Protection – Prevention – Promotion. The development and future of Child Health Services. Proceedings from a conference. Lennart Köhler, Gunnar Norvenius, Jan Johansson, Göran Wennergren (eds).
- 2001:6 Ett pionjärbete för ensamvargar
Enkät- och intervjuundersökning av nordiska folkhälsodoktorer examinerade vid Nordiska hälsovårdshögskolan under åren 1987 – 2000.
Lillemor Hallberg (red).

2002

- 2002:1 Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. Per Rosén. DrPH-avhandling.
- 2002:2 Getting to cooperation: Conflict and conflict management in a Norwegian hospital. Morten Skjørshammer. DrPH-avhandling.
- 2002:3 Annual Research Report 2001. Lillemor Hallberg (ed).
- 2002:4 Health sector reforms: What about Hospitals? Pär Eriksson, Ingvar Karlberg, Vinod Diwan (ed).

2003

- 2003:1 Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet.
Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.
- 2003:3 NHV 50 år (Festboken)
- 2003:4 Pain, Coping and Well-Being in Children with Chronic Arthritis.
Christina Sällfors. DrPH-avhandling.
- 2003:5 A Grounded Theory of Dental Treatments and Oral Health Related Quality of Life.
Ulrika Trulsson. DrPH-avhandling.

2004

- 2004:1 Brimhealth: Baltic rim partnership for public health 1993-2003.
Susanna Bihari-Axelsson, Ina Borup, Eva Wimmerstedt (eds)
- 2004:2 Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents – qualitative and quantitative studies. Tone Ahlborg. DrPH-avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

2005

- 2005:1 Kärlek och Hälsa – Par-behandling i ett folkhälsoperspektiv.
Ann-Marie Lundblad. DrPH-avhandling.
- 2005:2 1990 - 2000:A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries
- Why, and What Did we Learn?
Erik Blas. DrPH-avhandling
- 2005:3 Socio-economic Status and Health in Women
Population-based studies with emphasis on lifestyle and cardiovascular disease
Claudia Cabrera. DrPH-avhandling

2006

- 2006:1 "Säker Vård -patientskador, rapportering och prevention"
Synnöve Ödegård. DrPH-avhandling
- 2006:2 Interprofessional Collaboration in Residential Childcare
Elisabeth Willumsen. DrPH-avhandling
- 2006:3 Inkomst-CTG: En vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og
effekt. Betydning for jordmødre i deres daglige arbeide
Ellen Blix. DrPH-avhandling

2007

- 2007:1 Health reforms in Estonia - acceptability, satisfaction and impact
Kaja Põlluste. DrPH-avhandling
- 2007:2 Creating Integrated Health Care
Bengt Åhgren. DrPH-avhandling
- 2007:3 Alkoholbruk i tilknytning til arbeid – Ein kvalitativ studie i eit folkehelsevitskapeleg
perspektiv
Hildegunn Sagvaag. DrPH-avhandling
- 2007:4 Public Health Aspects of Pharmaceutical Prescription Patterns – Exemplified by
Treatments for Prevention of Cardiovascular Disease
Louise Silwer. DrPH-avhandling
- 2007:5 Å fremme den eldre sykehuspasientens helse I lys av et folkehelse og holistisk-
eksistensielt sykepleieperspektiv
Geir V Berg. DrPH-avhandling

2008

- 2008:1 Diabetes in children and adolescents from non-western immigrant families –
health education, support and collaboration
Lene Povlsen. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

- 2008:2 Love that turns into terror: Intimate partner violence in Åland – nurses' encounters with battered women in the context of a government-initiated policy programme
Anette Häggblom. DrPH-avhandling
- 2008:3 Oral hälsa hos personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar – ett dolt folkhälsoproblem? Ulrika Hallberg, Gunilla Klingberg
- 2008:4 School health nursing – Perceiving, recording and improving schoolchildren's health
Eva K Clausson. DrPH-avhandling
- 2008:5 Helbredsrelateret livskvalitet efter apopleksi. Validering og anvendelse af SSQOL-DK, et diagnosespecifikt instrument til måling af helbredsrelateret livskvalitet blandt danske apopleksipatienter
Ingrid Muus. DrPH-avhandling
- 2008:6 Social integration for people with mental health problems: experiences, perspectives and practical changes
Arild Granerud. DrPH-avhandling
- 2008:7 Between death as escape and the dream of life. Psychosocial dimensions of health in young men living with substance abuse and suicidal behaviour
Stian Biong. DrPH-avhandling
- 2009**
- 2009:1 Ut ur ensamheten. Hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som deltagit i självhjälpgrupp
GullBritt Rahm. DrPH-avhandling
- 2009:2 Development of Interorganisational Integration – A Vocational Rehabilitation Project
Ulla Wihlman. DrPH-avhandling
- 2009:3 Hälsa- och sjukvårdens roll som informationskälla för hälsoläget i befolkningen och uppföljning av dess folkhälsoinriktade insatser
Sirkka Elo. DrPH-avhandling
- 2009:4 Folkesundhed i børnehøjde - indikatorer for børns sundhed og velbefindende i Grønland
Birgit Niclasen. DrPH-avhandling
- 2009:5 Folkhälsoforskning i fem nordiska länder - kartläggning och analys
Stefan Thorpenberg
- 2009:6 Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården. Nyckelaktörers och medarbetares upplevelser
Agneta Kullén Engström. DrPH-avhandling
- 2009:7 Perspective of risk in childbirth, women's expressed wishes for mode of delivery and how they actually give birth
Tone Kringeland. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

- 2009:8 Living with Juvenile Idiopathic Arthritis from childhood to adult life
An 18 year follow-up study from the perspective of young adults
Ingrid Landgraff Østlie. DrPH-avhandling
- 2009:9 Åldrande, hälsa, minoritet - äldre finlandssvenskar i Finland och Sverige
Gunilla Kulla. DrPH-avhandling
- 2010**
- 2010:1 Att värdera vårdbehov - ett kliniskt dilemma. En studie av nyttjandet av
ambulanssjukvård i olika geografiska områden
Lena Marie Beillon. DrPH-avhandling
- 2010:2 R Utvärdering av samverkansprojekt med remissgrupper och samverkansteam i
Norra Dalsland
- 2010:3 R Utvärdering av verksamheten vid Enheten för Asyl- och flyktingfrågor,
Västra Götalandsregionen
- 2010:4 R Utvärdering av försöksverksamhet med samverkansgrupper och coacher i
Vänersborg och Mellerud
- 2010:5 R Utvärdering av projekt GEVALIS – Unga vuxna
- 2010:6 R Utvärdering av Program Sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen
- 2010:7 Perceptions of public health nursing practice - On borders and boundaries,
visibility and voice
Anne Clancy. DrPH-avhandling
- 2010:8 Living with head and neck cancer: a health promotion perspective – A
Qualitative Study
Margereth Björklund. DrPH-avhandling
- 2010:9 R Barnhälsoindex för stadsdelarna i nordöstra Göteborg
– Ett förslag till uppföljning av barns hälsa och välbefinnande
Lennart Köhler. NHV i samarbete med Västra Götalandsregionen,
Angereds närsjukhus
- 2010:10 R Utvärdering med lärande ansats av pandemiplanering
inklusive vaccinationsprogram i Västra Götalandsregionen
Lars Edgren, Stefan Thorpenberg, Bengt Åhgren
- 2010:11 R Psykiatrisk registerforskning i Norden. En beskrivelse af forskningsmuligheter i
psykiatrirelevante registre i Danmark, Sverige og Finland
Thomas Munk Larsen, Merete Nordentoft, Mika Gissler, Jeanette Westman,
Kristian Wahlbeck

Förteckning över NHV-rapporter

2010:12 R Fysisk aktivitet på recept i Norden – erfarenheter och rekommendationer.
Lena V Kallings, på uppdrag av Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet

2011

2011:1 R Arbeidsledighet og psykisk helse blant unge i Norden
En kunnskapsoversikt
Anne Reneflot og Miriam Evensen

2011:2 Psychotropic drugs among the elderly – Population-based studies on indicators of inappropriate utilisation in relation to socioeconomic determinants and mental disorders
Eva Lesén. DrPH-avhandling

2011:3 Intensivpasientens gåtefulle kunnskap – om erfart kunnskap og kunnskapsformidling i en intensivkontekst
Sven-Tore Dreyer Fredriksen. DrPH-avhandling

2011:4 R Från reformintention till praxis - hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden
Rafael Lindqvist, Steen Bengtsson, Lars Fredén, Frode Larsen, David Rosenberg, Torleif Ruud, Kristian Wahlbeck